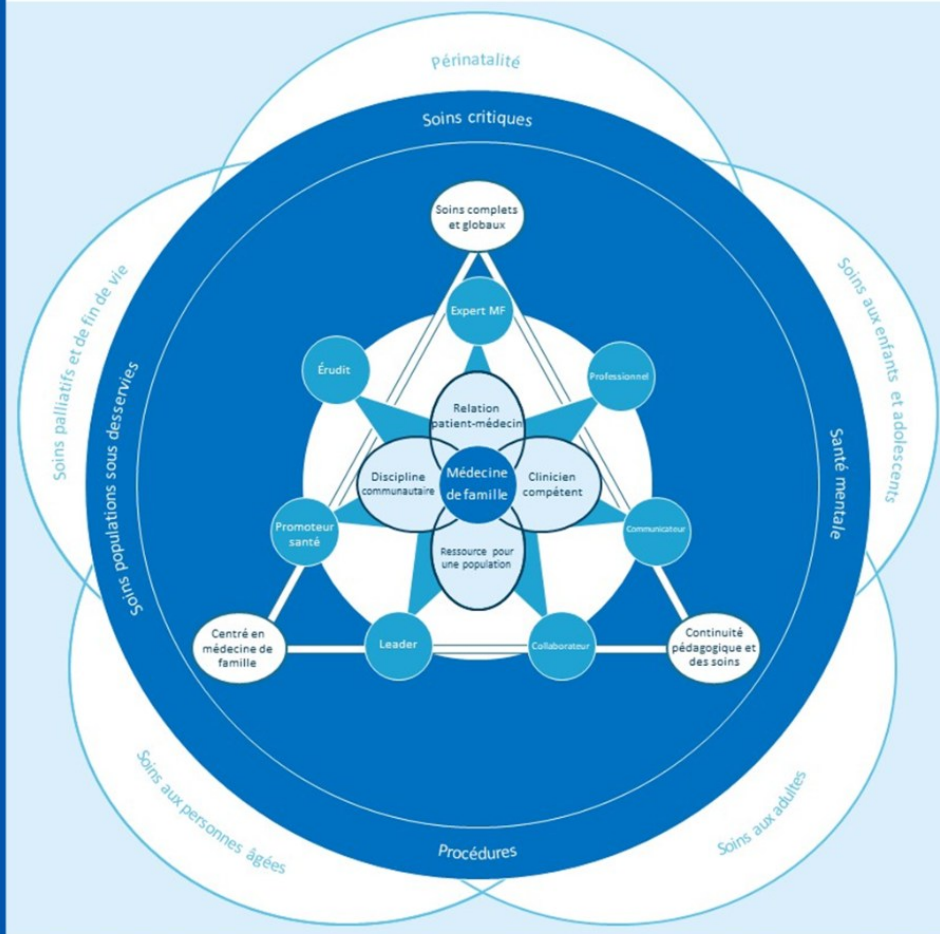




PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN

MÉDECINE DE FAMILLE

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE

ET DE MÉDECINE D'URGENCE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2026-2027



LES SECTIONS DU CAHIER DU PROGRAMME

SECTION I	1
INTRODUCTION	2
1.1 LA VOCATION DU CAHIER	2
1.1.1 CURRICULUM « TRIPLE C »	2
1.2 NOS REMERCIEMENTS	2
SECTION II	3
LES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES	4
SECTION III	5
LE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D'URGENCE ET SON PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE	6
3.1 LA MISSION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE	6
3.2 ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT	7
3.3 ORGANIGRAMME DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE	8
3.4 MEMBRES DE LA DIRECTION DU PROGRAMME ET PERSONNEL ADMINISTRATIF DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE	9
SECTION IV	11
LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE	12
4.1 DÉFINITION D'UNE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE	12
4.2 MISSIONS D'UNE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE	12
4.3 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES D'UNE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE	12
4.4 LISTE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE DE FAMILLE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	14
SECTION V	16
PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE	17
5.1 BUT DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE	17
5.2 LE OU LA MÉDECIN DE FAMILLE	17
5.3 STRUCTURE DU PROGRAMME – MAQUETTES DE STAGES	18
5.4 STAGES OPTIONNELS	22
SECTION VI	23
FLEXIBILITÉ DU CURSUS	24
6.1 FLEXIBILITÉ DU CURSUS	28
6.2 LES PROGRAMMES DE COMPÉTENCES AVANCÉES	29
6.3 POURSUITES DE FORMATION	30
SECTION VII	32
LES PRINCIPES DE LA MÉDECINE DE FAMILLE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA⁶	33
SECTION VIII	35
LES RÔLES CANMEDS ET DE LA MÉDECINE DE FAMILLE	36
8.1 CADRE CANMEDS MÉDECINE DE FAMILLE	36
SECTION IX	38
LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)	39

9.1 PRÉSENTATION	39
9.2 LES APC SPÉCIFIQUES AUX STAGES CONCENTRÉS	40
9.3 LES APC SPÉCIFIQUES AU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE	42
9.4 ATTENTES EN REGARD DU NIVEAU DE FORMATION POUR LES ACTIVITÉS DE CONTINUITÉ DE SOINS DANS LE STAGE DE MÉDECINE DE FAMILLE	43
9.5 DÉFINITIONS	44
9.6 FINALITÉS D'APPRENTISSAGE	45
SECTION X.....	46
LES TRAJECTOIRES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ADAPTÉES POUR LA MÉDECINE DE FAMILLE	47
10.1 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE EXPERTISE MÉDICALE	48
10.2 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE GESTION	56
10.3 RESSOURCES POUR LA COMPÉTENCE LEADER	58
10.4 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE PROMOTION DE LA SANTÉ	61
10.5 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE COLLABORATION	62
10.6 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE COMMUNICATION	64
10.7 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNALISME	66
10.8 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE ÉRUDITION	69
SECTION XI.....	72
RÉPERTOIRE DES BUTS ET OBJECTIFS À ATTEINDRE PAR DOMAINE DE SOINS	73
11.1 PAR DOMAINE DE SOINS	73
11.1.1 COMPÉTENCES EN SOINS AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS	73
11.1.2 COMPÉTENCES EN SOINS AUX ADULTES	77
11.1.3 COMPÉTENCES EN PÉRINATALITÉ	80
11.1.4 COMPÉTENCES EN SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES	83
11.1.5 COMPÉTENCES EN SANTÉ MENTALE	85
11.1.6. PROCÉDURES ET HABILITÉS TECHNIQUES	87
11.1.7 COMPÉTENCES EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	88
11.1.8 COMPÉTENCES EN SOINS URGENTS ET CRITIQUES	89
11.1.9 COMPÉTENCES POUR LA MÉDECINE DE FAMILLE EN RÉGION	97
11.1.10 COMPÉTENCES EN SANTÉ AUTOCHTONES	99
11.1.11 COMPÉTENCES EN POPULATIONS SOUS-DESSERVIES	100
11.1.12 COMPÉTENCE TRANSVERSALE – SANTÉ PLANÉTAIRE ET PERTINENCE DES SOINS	101
11.1.13 COMPÉTENCE TRANSVERSALE – UNITÉ D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE DE FAMILLE (UHMF) DURANT LA RÉSIDENCE	102
11.1.14 COMPÉTENCE TRANSVERSALE – STAGE DE CARDIOLOGIE	105
11.1.15 COMPÉTENCE – ÉCHOGRAPHIE	106
SECTION XII.....	108
SOUTIEN À L'APPRENTISSAGE	109
12.1 LE PROGRAMME ACADÉMIQUE	109
12.2 LE PROJET D'ÉRUDITION	111
12.3 PORTAIL ACADÉMIQUE DES RÉSIDENTS	111
SECTION XIII.....	112
ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES	113
13.1 L'ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE	113
13.1.1 L'ACCUEIL	113
13.1.2 L'ATTRIBUTION D'UN CONSEILLER PÉDAGOGIQUE À CHAQUE RÉSIDENT	113
13.1.3 LA SUPERVISION	114
13.2 L'ÉVALUATION	115
13.2.1 GÉNÉRALITÉS	115
13.2.2 ÉVALUATION DES STAGES	116

13.2.3 MÉSURES D'ACCOMMODEMENT POUR UN RETOUR EN STAGE APRÈS PLUS DE DEUX PÉRIODES D'ABSENCE ..	122
13.2.3 GUIDE SUR LE PROFESSIONNALISME ET LISTE DE CONTRÔLE	123
SECTION XIV.....	134
EXAMEN DE MÉDECINE DE FAMILLE	135
14.1 LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.....	135
14.2 ADMISSIBILITÉ À L'EXAMEN DE CERTIFICATION.....	136
14.3 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ PAR LA VOIE DE LA RÉSIDENCE	137
SECTION XV.....	139
POLITIQUES DU PROGRAMME	140
15.1 MISE EN GARDE.....	140
15.2 ÉNONCÉ DE PRINCIPES – STAGE D'URGENCE	140
15.3 CADRE D'ANALYSE EN CAS D'ABSENCE D'UN RÉSIDENT LORS D'UNE JOURNÉE OUVRABLE D'UN STAGE.....	143
15.4 CADRE POLITIQUE DE RECOMMANDATION DES FORMATIONS EN SOINS CRITIQUES	145
15.5 POLITIQUE EN REGARD DE LA PRÉSENCE AUX COURS DU PROGRAMME ACADÉMIQUE ET DES COURS D'URGENCE	
15.6 POLITIQUE SUR LA GARDE.....	146
15.7 POLITIQUE SUR LE SUIVI OBSTÉTRICAL	150
15.8 PRINCIPES ENCADRANT LES POSTES DE RÉSIDENTS COORDONNATEURS ET DES ADJOINTS COORDONNATEURS	
ADJOINT.....	152
15.9 POLITIQUE POUR LES DEMANDES D'ACCOMMODEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE	
EN MÉDECINE DE FAMILLE.....	154
15.10 ACCOMMODEMENT DANS LE CONTEXTE D'ABSENCES NON PRÉVUES.....	157
15.11 POLITIQUE GESTION DES RÉSULTATS HORS CUMF	158
15.12 POLITIQUE TMA PRÉSENTIEL/TÉLÉTRAVAIL	159
15.13 POLITIQUE DU SOUTIEN À LA RÉUSSITE	160
15.14 POLITIQUE SUR L'UTILISATION RESPONSABLE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA).....	176
15.15 POLITIQUE DE SUPERVISION CLINIQUE.....	181
SECTION XVI.....	183
LE RÉSEAU DE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (RRSPUM).....	184
ANNEXE I FINALITÉS D'APPRENTISSAGE.....	185
FINALITÉS D'APPRENTISSAGE DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE DE L'UNIVERSITÉ DE	
MONTRÉAL	186
ANNEXE II FICHE D'OBSERVATION-RÉTROACTION (FO-R).....	191
ANNEXE III FICHE D'APPRÉCIATION DU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE.....	215
ANNEXE IV GUIDE DE NOTATION DE LA FICHE D'APPRÉCIATION DU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE	217
ANNEXE V COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.....	288
ANNEXE VI TABLEAU JOURS TRAVAILLÉES/NON TRAVAILLÉES PAYÉS/NON PAYÉS	292
ANNEXE VII TABLEAUX DES BALISES	295

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION I

INTRODUCTION



NOTE AU LECTEUR

DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ SANS DISCRIMINATION ET UNIQUEMENT DANS LE BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

INTRODUCTION

1.1 LA VOCATION DU CAHIER

Ce cahier du programme se veut un survol de l'ensemble de la résidence en médecine de famille à l'Université de Montréal. Vous y trouverez à la fois des outils pratiques, les enseignements et les descriptifs des éléments du programme mais également, nos philosophies et nos valeurs.

Le programme est agréé (agrément complet) par le Collège des Médecins de Famille du Canada jusqu'en 2029 et est structuré en approche par compétences.

1.1.1 Curriculum « Triple C »

Notre curriculum est dit « Triple C »¹, parce qu'il :

- Forme les résidents à prodiguer des soins **Complets** et globaux;
- Favorise la **Continuité** tant pédagogique que des soins aux patients;
- Est **Centré** sur la médecine de famille.

Le présent document est en ajustement constant afin de répondre aux normes de formation. Il permettra au lecteur de se familiariser avec le programme, sa conception et son contenu, les principes de la médecine de famille et les sept compétences CANMEDS adaptées pour la médecine de famille. De plus, il guidera les résidents dans la construction de leurs compétences et les enseignants qui les accompagnent dans leur progression.

1.2 NOS REMERCIEMENTS

« L'équipe de rédaction s'est inspirée, pour l'élaboration du présent cahier, de nombreux documents: cahiers d'objectifs de plusieurs programmes de résidence en médecine de famille, énoncés de principes d'organismes d'agréments, rapports de groupes de travail et de sociétés savantes, commentaires et réflexions publiées dans des revues médicales et des travaux de plusieurs comités sur lesquels ont travaillé de nombreux enseignants et résidents du programme.

À tous ces collègues, l'équipe de rédaction exprime sa **très grande reconnaissance**.

¹ Cursus Triple C axé sur le développement des compétences, [Le Collège des médecins de famille du Canada](#)

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION II

LES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES



LES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales régit les stages qui sont effectués dans plus de cent programmes de résidence qu'offre la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, dont celui de médecine de famille.

Les résidents sont fortement encouragés à prendre connaissance du « *Guide pratique du résident* » produit par le vice-décanat et disponible sur leur site internet à l'adresse suivante :

[Guide Resident - Études médicales postdoctorales \(umontreal.ca\)](https://www.umontreal.ca/guide-resident-etudes-medicales-postdoctorales)

Vous y trouverez des informations sur les stages, le fonctionnement et les politiques du vice-décanat ainsi que des informations en lien avec le mieux-être des résidents.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION III

LE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE
FAMILLE ET DE MÉDECINE
D'URGENCE ET SON PROGRAMME DE
RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE
FAMILLE



LE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D'URGENCE ET SON PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

3.1 LA MISSION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE

NOTRE MISSION

Par la recherche et la formation des futurs médecins de famille, urgentologues et paramédics de soins avancés, améliorer la qualité des soins de santé offerts à la population du Québec, à toutes les étapes de la vie, en collaboration avec les professionnels de la santé et en partenariat avec les patients et leurs proches.

NOTRE VISION

Une grande équipe aux expertises multiples ancrée dans la communauté, qui rayonne et qui inspire.

NOS VALEURS

Collaboration : [Seul on va vite, ensemble on va plus loin]

- Garder l'intérêt de nos étudiants et de nos patients au cœur de nos priorités et de nos actions

Disponibilité à partager nos connaissances

- Intégrer avec bienveillance les différents professionnels et les apprenants à nos équipes de soins
- Exercer un leadership inclusif et positif

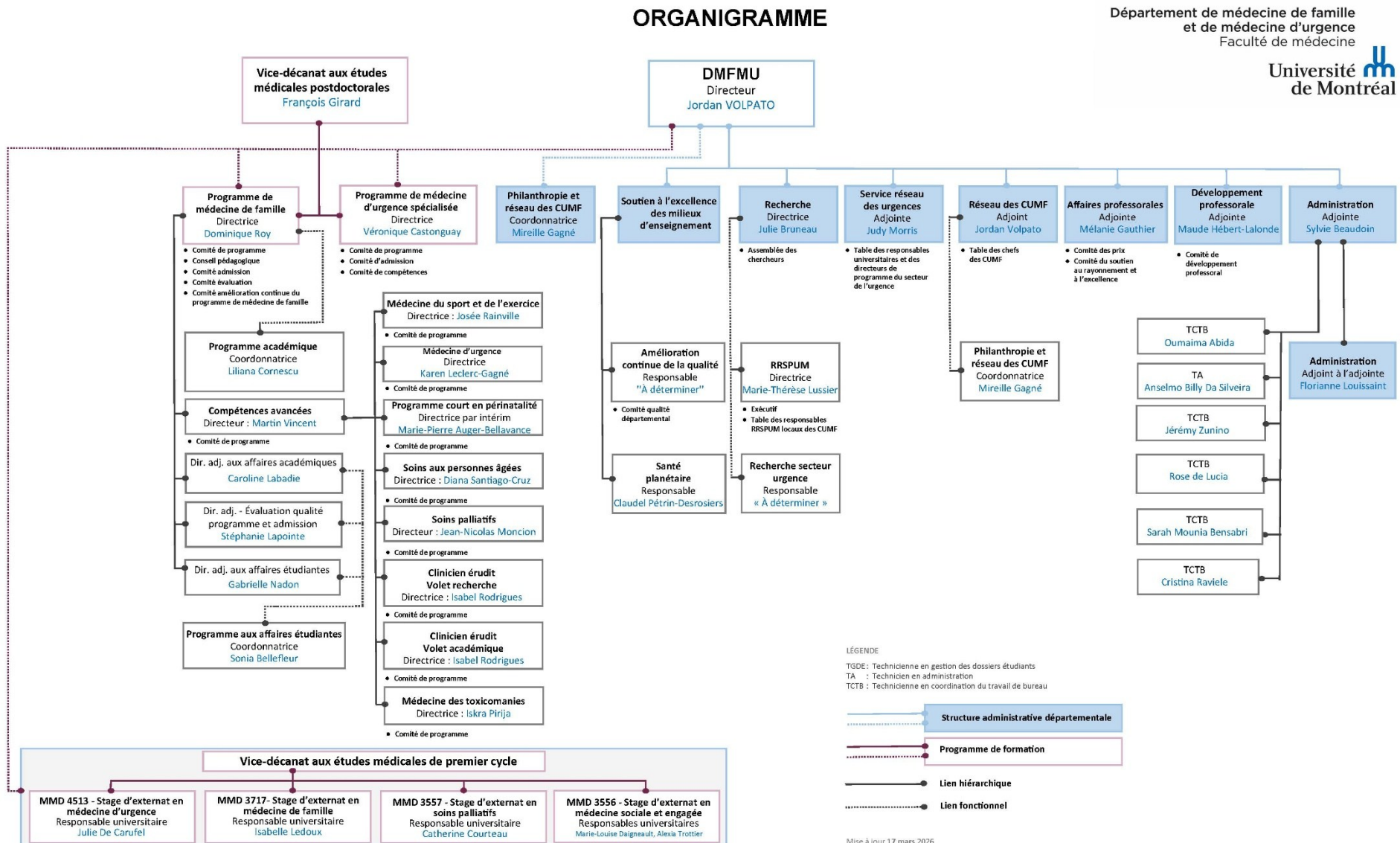
Ouverture : [Ouverture aux autres et aux nouvelles façons de faire]

- Ouverture au dialogue
- Respect et accueil des nouvelles idées
- Être visionnaire, anticiper l'avenir, innover
- Ouverture à la nouveauté et aux développements technologiques
- Savoir se remettre en question comme clinicien et comme enseignant

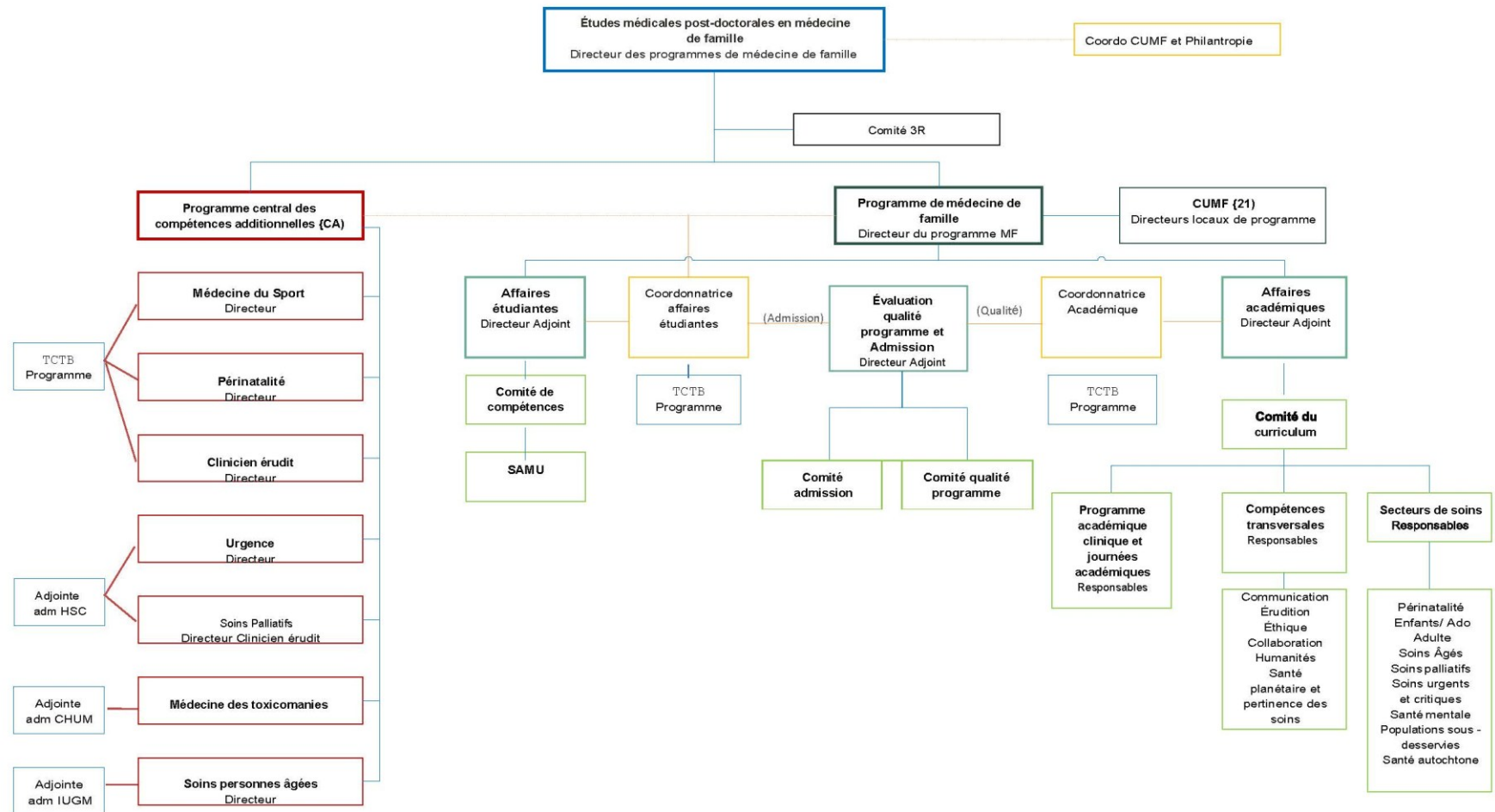
Engagement : [Engagement auprès des autres et dans notre travail]

- Être à l'écoute des autres, les soutenir
- Trouver des solutions créatives aux problèmes

3.2 ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT



3.3 ORGANIGRAMME DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE



3.4 MEMBRES DE LA DIRECTION DU PROGRAMME ET PERSONNEL ADMINISTRATIF DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

❖ Directrice du programme	D^{re} Dominique Roy
❖ Directrice-adjointe du programme (Affaires étudiantes)	D^{re} Gabrielle Nadon
❖ Directrice-adjointe du programme (Affaires académiques)	D^{re} Caroline Labadie
❖ Directrice-adjointe du programme (Évaluation qualité programme et admission)	D^{re} Stéphanie Lapointe
❖ Coordonnatrice académique 514 343-6111, poste 3673 secretariat-programme@medfam.umontreal.ca	M^{me} Liliana Cornescu
• Coordination et suivi du curriculum • Support aux CUMF et à la direction du programme • Amélioration de la qualité - Agrément • Gestion de projets (Ouverture de CUMF, Régions) • Portail Studium FC • Préparation logistique et soutien aux comités • Mise à jour des politiques et Cahier du programme • Soutien clérical au programme	
❖ Coordonnatrice aux affaires étudiants 514-343-6111, poste 80936 residence@medfam.umontreal.ca	M^{me} Sonia Bellefleur
• Admission et entrevues • Comité de compétence et d'admission • Portail des évaluations MedSIS	
❖ Technicienne en coordination de travail de bureau 514 343-6111, poste 2086 residence@medfam.umontreal.ca	M^{me} Cristina Raviele
• Admission et entrevues (dossiers des résidents) • Comité de compétences et d'admission • Portail des évaluations MedSIS • Grilles de stages • Formation préparatoire aux DHCEU • Stages en région (MAJ Cahier des stages en région) • Entrevues d'admission (logistique)	

❖ **Technicienne en coordination du travail de bureau**

M^{me} Sarah Mounia Bensabri

514-343-6111, poste 27501

sarah.mounia.bensabri@umontreal.ca

- Journées annuelles du DMFMU : journees-dmfmu@medfam.umontreal.ca
- Journée départementale de développement professoral
- Journées académiques des résidents
- Journée du patient instable
- Semaine d'intégration des médecins DHCEU (DIM)
- Site web / Infolettre

❖ **Technicienne en gestion des dossiers étudiants**

M^{me} Oumaima Abida

514-343-6111, poste 3018

- Cours GESTA aux résidents
- Cours PRN aux résidents
gesta-prn@medfam.umontreal.ca
- Cours ARCs aux externes en stage de médecine de famille
dmfm-externat@medfam.umontreal.ca

❖ **Technicienne en coordination du travail de bureau**

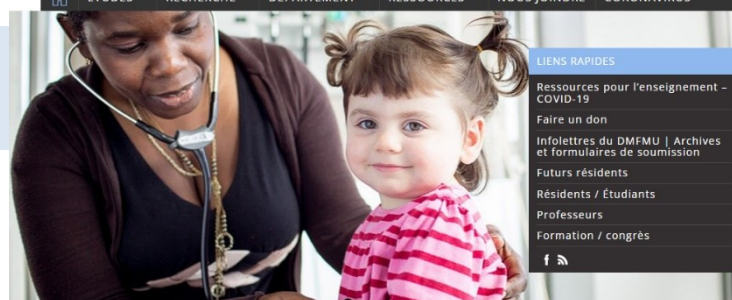
M. Jérémy Zunino

514-343-6111, poste 48779

jeremy.zunino@umontreal.ca

- Journée d'accueil
- Journées d'érudition
- MAJ Cahier des stages optionnels
- Suivi des programmes de compétences avancées : r3-ca@medfam.umontreal.ca
- Site web / Infolettre / Page Facebook du département

Pour plus d'informations et de coordonnées,
consultez notre site web du DMFMU → [cliquez ici](#)



CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION IV

LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE



LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE

4.1 DÉFINITION D'UNE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE

La clinique universitaire de médecine de famille (CUMF) est dédiée prioritairement à la formation des résidents en médecine de famille dans un contexte de soins de première ligne et à la recherche dans cette discipline. Elle contribue aussi à la formation d'étudiant(e)s en médecine et dans les autres disciplines de la santé. En plus de sa vocation d'enseignement et de recherche, elle offre des soins et services médicaux à une clientèle définie et variée et participe au développement de la discipline professionnelle.

4.2 MISSIONS D'UNE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Chaque clinique universitaire de médecine de famille doit remplir les trois missions suivantes :

Mission d'enseignement: former des médecins de famille polyvalents et autonomes en mesure d'assurer, partout au Québec, des soins de première ligne de qualité et une gamme de soins de deuxième ligne. La CUMF est responsable de l'ensemble du cheminement pédagogique des résidents qui lui sont confiés pour toute la durée du programme. La CUMF contribue aussi à la formation d'étudiants en médecine, de résidents provenant de programmes autres que la médecine de famille, de moniteurs cliniques ou de stagiaires provenant de l'international et de divers autres professionnels de la santé.

Mission clinique: constituer un milieu clinique de première ligne engagé auprès de sa communauté qui représente un modèle d'organisation et de prestation des soins et de collaboration interprofessionnelle pour préparer les futurs médecins de famille à leur travail dans le réseau de la santé du Québec.

Mission de recherche: participer activement à la recherche relative à l'organisation des soins de première ligne, à la recherche clinique et à la recherche en pédagogie. Elle réalise cette mission en réseau avec les autres CUMF et les organisations de soins de son territoire.

À ces missions, communes à toutes les cliniques universitaires de médecine de famille, s'ajoutent des objectifs qui sont spécifiques aux cliniques universitaires de médecine de famille implantées en dehors de la métropole :

- Développer chez les résidents en médecine de famille un sentiment d'appartenance à la région.
- Favoriser le recrutement et la rétention de médecins en régions.

4.3 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES D'UNE CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Pour atteindre ses objectifs, la CUMF possède les caractéristiques suivantes :

- Une équipe de médecins de famille dont la pratique principale se fait à l'intérieur de la CUMF et qui s'engagent à former et à encadrer les résidents dans leurs stages;
- Une organisation modèle de prestation de soins;
- Une clientèle assez large pour offrir aux résidents une exposition clinique à des patients de tout âge et de milieux sociaux différents et à des situations cliniques variées facilitant l'atteinte de tous les objectifs du programme;
- Une équipe de professionnels de la santé (travailleur social et/ou psychologue, personnel infirmier, pharmacien, etc.) qui, en plus de leur travail clinique, contribuent à l'enseignement

Si le résident est au cœur de la préoccupation pédagogique de la CUMF, le patient est au cœur de sa préoccupation clinique et l'organisation de ses services est pensée en conséquence.

La CUMF exige de ses patients qu'ils se plient aux règles qu'engendrent les impératifs de l'enseignement et, en échange, s'attend de ses résidents qu'ils accordent une très grande importance à la qualité du service médical qu'ils offrent à la clientèle.

Le programme de résidence en médecine de famille compte actuellement 21 CUMF!

Chaque résident inscrit dans le programme est affilié à une CUMF qui devient son milieu d'attache pour l'ensemble de sa résidence. Un transfert de CUMF n'est pas possible au cours de la résidence. Pour des raisons exceptionnelles, seule la direction du programme peut prendre la décision de changer un résident de milieu.

Figure 1 : Le Centre de médecine de famille 3

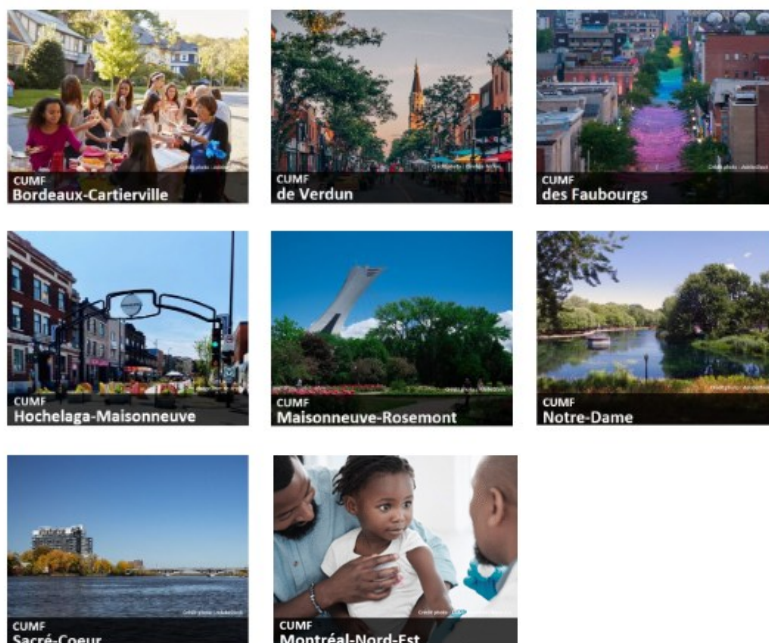


Collège des médecins de famille du Canada. Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale
Le Centre de médecine de famille. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019.

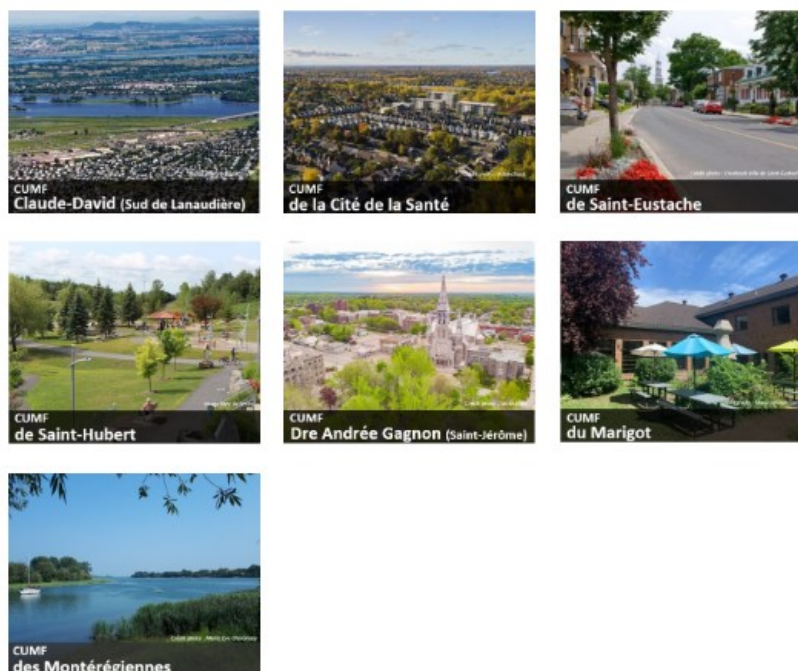
4.4 LISTE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE DE FAMILLE de l'Université de Montréal

[Visitez le site web du programme pour les coordonnées des milieux \(CUMF\)](#)

● Les cliniques universitaires de médecine de famille sur **l'île de Montréal**



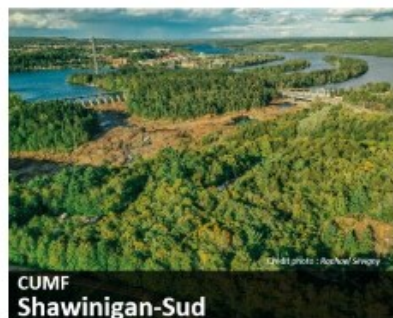
● Les cliniques universitaires de médecine de famille en **périphérie de Montréal**



- Les cliniques universitaires de médecine de famille **en région rurale**



- Les cliniques universitaires de médecine de famille **en Mauricie**



CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION V

LE PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE



PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

5.1 BUT DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

Le but du programme de résidence en médecine de famille de l'Université de Montréal est de former un médecin capable d'offrir, principalement dans le domaine des soins de première ligne, des services de santé globaux, continus et de haute qualité.

En avril 2021, le comité de programme a entériné sa définition du médecin de famille. Cette définition sert maintenant de base dans le développement du programme de médecine de famille.

5.2 LE OU LA MÉDECIN DE FAMILLE

Le OU LA MÉDECIN DE FAMILLE est un CLINICIEN ou une CLINICIENNE qui utilise son EXPERTISE MÉDICALE pour répondre aux besoins des patients et des patientes dans toute la COMPLEXITÉ de l'humain dans son environnement. Il ou elle met sa compétence professionnelle au service des patients et des patientes qu'il ou elle accompagne avec HUMANITÉ et soigne dans leur GLOBALITÉ à toutes les étapes de leur vie, dans la préservation de leur santé ou la traversée de la maladie. Il ou elle gère les situations d'INCERTITUDE en partenariat avec les patients et les patientes tout en exerçant un LEADERSHIP COLLABORATIF. Il ou elle est le DÉFENSEUR de ses patients et patientes, est engagé dans les enjeux de sa communauté et milite pour l'équité en lien avec les déterminants de la santé. Le ou le médecin de famille est le PILIER sur lequel les patients et les patientes peuvent s'appuyer.

Plus spécifiquement, au terme de sa résidence, le médecin de famille formé par notre programme de résidence sait :

- Répondre aux besoins et exigences de la population. Il est capable d'offrir des services à une clientèle de tous âges, présentant des problèmes de santé variés, et ce, selon une perspective globale (biopsychosociale), avec un souci de continuité tout en tenant compte des étapes de la vie du patient et de son milieu familial. Il est accessible et intervient là où les besoins du patient, de sa famille et de sa communauté l'exigent, que ce soit à domicile, en clinique ou en établissement.
- Communiquer efficacement avec ses patients. Il considère la relation qui s'établit entre lui et son patient comme étant la fondation sur laquelle s'articule son implication. Elle représente la pierre angulaire par laquelle il dispense et coordonne les soins.
- Travailler en étroite collaboration avec ses pairs, avec les autres professionnels du réseau de la santé, avec les ressources communautaires et avec la famille et les aidants naturels de ses patients.
- Faire preuve, dans son travail quotidien, de professionnalisme et de probité.
- Maintenir sa compétence professionnelle tout au long de sa carrière médicale. 

Pour atteindre son but, le programme respecte les principes pédagogiques suivants :

- Concentrer la plus grande partie de la formation de ses résidents dans les cliniques universitaires de médecine

de famille et le réseau de soins de première ligne afin que l'expérience pratique en médecine de famille et l'enseignement par des médecins de famille constituent la base de la formation. La médecine de famille est donc le focus principal et continu de l'apprentissage.

- Intégrer dans le stage de médecine de famille de nombreuses activités d'apprentissage qui faisaient jadis l'objet de stages de spécialité.
- Favoriser la répétition des apprentissages tout au long des deux années de la résidence comme moyen privilégié d'acquisition des compétences.
- Assurer une formation aux soins de deuxième ligne, dans le cadre du travail des médecins de famille dans toutes les régions du Québec.
- Former les résidents aux nouveaux modèles de soins et à la collaboration interprofessionnelle et intra professionnelle (soins partagés).
- Développer la réflexion et la recherche sur nos pratiques dans le cadre de nos activités de première ligne.

5.3 STRUCTURE DU PROGRAMME – MAQUETTES DE STAGES

CUMF situées en milieu urbain

Résidence I¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²							Stage de nuit ³	Urgence ⁴	Urgence ⁴	Cardiologie ⁵	Obstétrique	Option
								Retour hebdomadaire pour suivi de clientèle à la CUMF				

Résidence II¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²							Pédiatrie Hospit./ Ambu.	Pédiatrie urgence	Option	Option	Médecine de famille en région	
							Retour hebdomadaire pour suivi de clientèle à la CUMF					

Note: La séquence des différents stages varie d'un résident à l'autre mais le cursus final est le même.

1. La séquence des stages varie pour chaque résident.
2. Plus de 50 % du temps est dédié à la continuité des soins. Activités intégrées pour développer compétences en : locomoteur, santé des femmes, soins ambulatoires aux enfants, soins palliatifs, santé mentale, soins aux personnes âgées, UHMF, urgence, chirurgie.

3. Stage intégré dans le cursus des CUMF (un mois ou 2 fois 2 semaines).
4. Stage bloc ou l'équivalent en activités intégrées.
5. Cardiologie incluant unité coronarienne ou soins intensifs adaptés à la première ligne.

CUMF en région : Les Eskers d'Amos, Les Aurores Boréales (La Sarre) et Maria - Programme 2 ans en région

Résidence I¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²				Stage de nuit ³	Pédiatrie Urgence	Pédiatrie Hospit./ Ambu.	Obst.	Cardio ⁴	Urgence adulte	Option	Option	Option

Résidence II¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²												

1. Le programme de résidence est mis en place par la direction locale du programme qui détermine les stages qui nécessitent une exposition en milieu urbain. Ces stages sont complétés selon une séquence convenue entre le résident et son directeur local de programme.
2. Plus de 50 % du temps est dédié à la continuité des soins. Activités intégrées pour développer compétences en : locomoteur, santé des femmes, soins ambulatoires aux enfants, soins palliatifs, santé mentale, soins aux personnes âgées, UHMF, urgence, chirurgie.
3. Stage intégré dans le cursus des CUMF (un mois ou 2 fois 2 semaines).
4. Cardiologie incluant unité coronarienne ou soins intensifs adaptés à la première ligne

CUMF en région de Mont-Laurier - Programme 2 ans en région

Résidence I¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²					Stage de nuit ³	Urgence adulte	Option	Option	Option	Pédiatrie Urgence	Pédiatrie Hospit./ Ambu.	Obst.

Résidence II¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²												

1. Le programme de résidence est mis en place par la direction locale du programme qui détermine les stages qui nécessitent une exposition en milieu urbain. Ces stages sont complétés selon une séquence convenue entre le résident et son directeur local de programme.
2. Plus de 50 % du temps est dédié à la continuité des soins. Activités intégrées pour développer compétences en : locomoteur, santé des femmes, soins ambulatoires aux enfants, soins palliatifs, santé mentale, soins aux personnes âgées, UHMF, urgence, chirurgie.
3. Stage intégré dans le cursus des CUMF (un mois ou 2 fois 2 semaines).

CUMF en Mauricie Saint-Joseph (Trois-Rivières). Programme 2 ans en Mauricie

Résidence I¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²								Urgence	Pédiatrie	Cardio	Obstétrique	Option

Résidence II¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²												

CUMF en Mauricie Shawinigan-Sud. Programme 2 ans en Mauricie

Résidence I¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²							Stage de nuit ³	Obst.	Pédiatrie	Urgence	Option	Option

Résidence II¹

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stage intégré de médecine de famille ²												

1. Le programme de résidence est mis en place par la direction locale du programme qui détermine les stages qui nécessitent une exposition en milieu urbain. Ces stages sont complétés selon une séquence convenue entre le résident et son directeur local de programme.
2. Plus de 50 % du temps est dédié à la continuité des soins. Activités intégrées pour développer compétences en : locomoteur, santé des femmes, soins ambulatoires aux enfants, soins palliatifs, santé mentale, soins aux personnes âgées, UHMF, urgence, chirurgie.
3. Stage intégré dans le cursus des CUMF (un mois ou 2 fois 2 semaines).

5.4 STAGES OPTIONNELS

Lors de votre résidence en médecine de famille, vous avez la possibilité de faire 3 mois de stages optionnels, qui devront par ailleurs respecter les consignes suivantes :

- Seulement un des stages peut être fait en milieu non agréé. Vous avez la possibilité de faire votre stage non agréé hors Québec. (Les stages interuniversitaires au Québec et dans le réseau de Sherbrooke au Nouveau-Brunswick peuvent être considérés en milieux agréés.)
- Un minimum d'un stage doit être effectué dans un milieu agréé de notre programme

*** Veuillez noter que lors des stages optionnels se situant à plus de 70 km de la CUMF d'attache, les résidents n'ont pas l'obligation de revenir pour leur bureau de retour à la CUMF.

Ces stages, choisis par vous, selon vos intérêts et vos besoins, sont l'occasion de parfaire votre formation et d'approfondir des domaines de compétences en fonction de votre pratique future.

Il nous fait plaisir de vous offrir une variété de stages à options répertoriés dans un cahier, qui sera régulièrement actualisé. Il vous est par ailleurs aussi possible de nous présenter une demande de stage non répertorié dans ce cahier, en milieu agréé ou non agréé. Vous avez, dans le cas d'un stage non agréé, à remplir un formulaire où vous nous précisez les objectifs, les moyens d'apprentissage et les modalités d'évaluation ainsi que le responsable de votre stage qui s'engagera à compléter votre fiche d'évaluation. Vous devez nous acheminer ces demandes spéciales au moins 3 mois avant la période souhaitée pour approbation par la direction du programme à la Faculté de médecine. Il est important de noter que pour des demandes de stages en milieu non agréés hors Québec, parfois, de longs délais peuvent prendre place (ex : Ontario) ; afin d'éviter toute déception, nous encourageons les résidents intéressés à communiquer le plus rapidement possible avec les milieux de stage souhaités pour connaître les délais et faire les suivis nécessaires en temps opportuns.

Voici les liens pour accéder à la politique sur les stages en milieu non agréé: [Politique - Stages en milieu non agréé - Études médicales postdoctorales \(umontreal.ca\)](#)

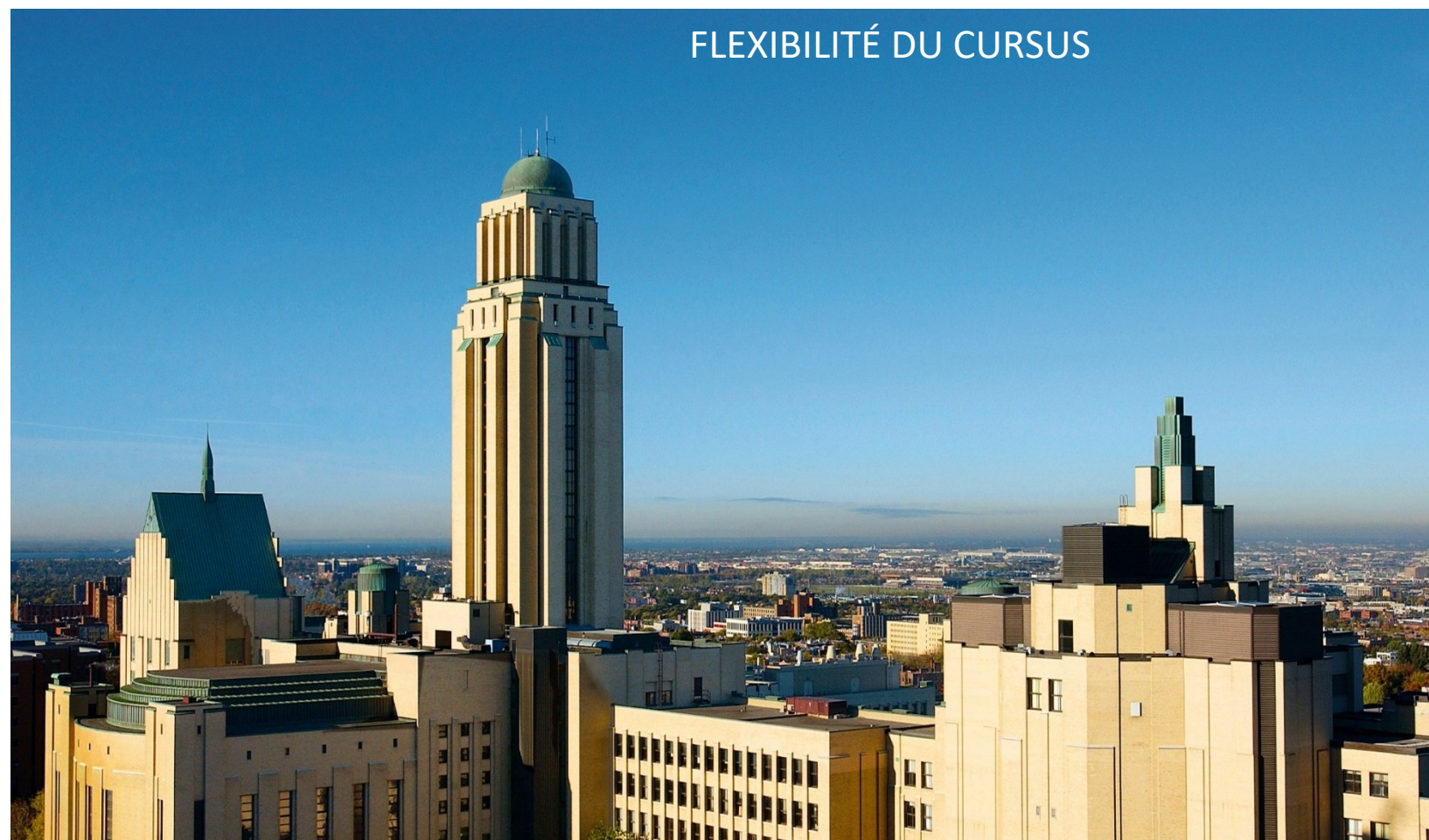
Pour accéder au formulaire Jotform (pour les milieux) : [Stage en milieu non agréé \(jotform.com\)](#)

Nous vous invitons à nous faire part de tout stage additionnel pertinent que nous pourrions ajouter à notre cahier et également à nous transmettre tout commentaire sur les stages qui y sont actuellement répertoriés à l'adresse suivante : secretariat-programme@medfam.umontreal.ca.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION VI

FLEXIBILITÉ DU CURSUS



FLEXIBILITÉ DU CURSUS

MISE À JOUR : 14 JUIN 2022

OBJECTIF

Permettre aux résidents 2 du programme de médecine de famille d'adapter sur demande une partie du cursus de la 2^e année de résidence en fonction de leur profil de pratique future, selon la disponibilité des stages dans les différents milieux, et dans le respect du programme de médecine de famille.

À QUELS RÉSIDENTS CELA S'ADRESSE-T-IL ?

- Tous résidents qui n'ont pas de mesure d'accompagnement active ou à venir (exemples : plan de soutien à la réussite, stage d'apprentissage ciblé (STAC)) au 1^{er} juillet du début de l'année de résidence 2 (ou 1 an avant la fin de la résidence si le résident est décalé).

→ La décision de permettre à un résident cette flexibilité est prise par le DLP sur recommandation du comité local de compétence (CLC)

- Pour s'en prévaloir, les résidents doivent fournir au DLP et au CLC une description de leur profil de pratique envisagé, de leurs besoins en fonction des compétences CANMEDS ainsi que des objectifs qu'ils se fixent (cf. gabarit en annexe). Ce document doit être conservé au dossier académique du résident.

→ La demande de flexibilité doit être transmise par le résident au plus tard en P6 du R2 (ou 6 mois avant la fin de la résidence prévue). Les dates précises de la flexibilité peuvent être déterminées ultérieurement dans le respect des horaires des CUMF. **Il est de la responsabilité du résident de faire les démarches pour trouver le milieu de stage.**

- Dans le cas des résidents avec des mesures d'accompagnement, les périodes de stage doivent être consacrées aux mesures en place de façon à leur permettre d'atteindre les compétences requises à la fin de la résidence.

- Dans l'éventualité où une mesure d'accompagnement devenait nécessaire après cette date :

Si la mesure de soutien survient avant ou pendant la période de flexibilité, il y a suspension automatique de la flexibilité. À la fin de la mesure d'accompagnement, la décision de permettre ou non la flexibilité est prise par le DLP sur recommandation du CLC.

QUELLE EST LA DURÉE PERMISE ET À QUEL MOMENT ?

- Il est permis de moduler jusqu'à 4 semaines ou 16 jours individuels durant le stage de médecine de famille en CUMF, dans le respect des disponibilités de chaque CUMF (des exemples d'application se trouvent à la fin du document).

→ Les journées de retour au bureau doivent être maintenues

→ Il est possible de combiner des semaines et des jours individuels

- Ces semaines doivent avoir lieu dans les 4 derniers blocs de médecine de famille de la résidence, ou les 6 derniers mois pour les programmes intégrés de région.

→ Selon la réalité locale, et à la discrétion du DLP, des jours et/ou des semaines intégrées peuvent être offerts aux résidents (maximum 50% d'une période, ce qui inclut les absences prévues à l'entente / maximum 2 semaines

consécutives).

→ Durant les semaines de flexibilité, les résidents doivent participer à l'horaire de garde du stage bloc UMF.

À QUEL ENDROIT SONT INTÉGRÉS LES JOURS/SEMAINES DE FLEXIBILITÉ ?

- Cela doit être individualisé selon le parcours du résident et son atteinte des compétences dans les différents secteurs de soins. Les semaines sont substituées dans les stages UMF et ne doivent pas amputer le suivi de leurs patients (continuité de soins), cela doit notamment être pris en compte selon les vacances choisies par le résident. Il est permis de remplacer, selon le choix du résident et avec l'approbation du DLP (selon l'atteinte des compétences) :

→ Au maximum deux semaines d'UMF (bureau, srv, ...)

→ Une ou des semaines d'hospitalisation ou d'urgence intégrées (ou 4 quarts d'urgence); le résident doit maintenir le minimum de 75% de présence dans ces secteurs.

- Dans les cas des milieux pour qui l'urgence n'est pas intégrée, il est possible de modifier une semaine du dernier stage pour permettre la flexibilité. Il est important dans ce cas d'en aviser le responsable du stage afin que le stage soit considéré valide.

→ Les demandes d'ajout de jours/semaines de flexibilité doivent être faites au moins 2 mois avant la date prévues afin de permettre la conception de l'horaire.

QUELS SONT LES THÈMES PERMIS ? *

- Les thèmes doivent avoir un lien direct avec le programme de médecine de famille et les orientations de pratique souhaitée du résident. Les possibilités varient selon les disponibilités de chaque CUMF.

- Les exemples de thèmes retenus sont :

→ Obstétrique et périnatalité

→ Médecine hospitalière (incluant les soins critiques)

→ Soins aux personnes âgées (p.ex CHSLD, SAD, cliniques de mémoire ...)

→ Soins palliatifs

→ Soins aux populations sous desservies et santé autochtone

→ Gestion et enseignement

- P. ex. formation AMEE-ESME en ligne

- Formations en gestion

- Exposition en enseignement, formation en pédagogie

- Participation à des comités de gestion ou pédagogique

→ Locomoteur et médecine sportive

→ Soins aux adultes

** Un maximum de 2 semaines avec une supervision principale par des médecins spécialistes autres que des médecins de famille est permis.*

*** Des jours/semaines d'urgence ne sont pas permis comme flexibilité.*

- Les thèmes ne faisant pas partie des objectifs de formation d'un médecin de famille, tels que la médecine esthétique, sont proscrits.

** Les milieux de stage doivent être inscrits comme « milieu satellite » au moyen du formulaire.*

DEMANDE D'AJOUT D'UN MILIEU DE FORMATION POUR UN STAGE LIÉ À UN PROGRAMME DE RÉSIDENCE

Une demande d'ajout d'un milieu de formation devra être complétée si le ce milieu n'est pas agréé.

<https://www.cmq.org/fr/acceder-a-la-profession/demande-dagrement/rechercher-agrement>

PROCESSUS ÉVALUATION

Le milieu receveur ainsi que le résident sont responsables de transmettre au milieu d'attache une évaluation formative des activités cliniques effectuées par le résident.

Exemples d'application de la flexibilité du cursus

- Un résident fait une demande de flexibilité pour la médecine sportive qui est acceptée par son milieu. Avec l'approbation de son DLP, il décide d'utiliser les moments suivants pour profiter de la flexibilité :
 - Puisque l'urgence du R2 dans sa CUMF est en bloc stage et que son stage a lieu en P4, il décide de transformer une semaine de ce stage pour la flexibilité; cette semaine sera transformée en semaine de stage de CUMF (continuité de soins) et il pourra donc faire une semaine en médecine sportive en P9 durant son bloc stage UMF, en revenant pour son bureau de retour.
 - Il a atteint le minimum requis du 75% de son exposition à l'urgence durant sa résidence et a atteint les compétences requises en urgence.
 - Il fera aussi 5 jours individuels à différents moments entre P10 et P13 en échographie ciblé de l'appareil locomoteur.

- Une résidente souhaite s'exposer davantage aux clientèles sous-desservies (toxicomanie et itinérance), ce qui est accepté par son milieu.
 - Puisqu'elle travaille dans une CUMF avec un total de 8 semaines d'hospitalisation durant la résidence (le minimum requis étant de 5), qu'elle n'a pas pris de vacances durant ces semaines et qu'elle a acquis les compétences requises, elle décide de transformer les trois dernières semaines d'hospitalisation (entre P7 et P13) en flexibilité du cursus.
 - Elle fera une semaine d'hospitalisation en médecine des toxicomanies, une semaine en psychiatrie spécialisée et une semaine en communauté avec des travailleurs de rue chapeautés par un médecin de famille. Ses trois bureaux de continuité seront conservés.

- Une résidente travaillera en région et sera responsable des épreuves d'effort.
 - Elle demande de faire 3 semaines supplémentaires en cardiologie. Après discussion avec son DLP et dans le respect des règles de la flexibilité, elle module sa demande afin de faire une semaine en épreuve d'effort et 4 jours individuels en consultation externe de cardiologie afin de respecter le maximum d'exposition en médecine spécialisée.

- Un résident souhaite développer une consultation externe en région éloignée afin de couvrir la clientèle avec des problématiques pulmonaires et veut donc parfaire son expertise dans ce domaine.

→ Puisqu'il désire tout de même conserver son exposition à l'urgence et à l'hospitalisation, il décide plutôt d'opter pour une formation complémentaire de 3 mois à la carte après discussion avec son DLP.

- Un résident qui fera une pratique en bureau privé et à l'hospitalisation sans implication à court terme en enseignement demande à faire 5 jours supplémentaires d'enseignement auprès des externes.

→ Cette demande est refusée par son DLP puisqu'elle n'est pas en lien avec le profil de pratique futur du résident.

6.1 FLEXIBILITÉ DU CURSUS

Nom, Prénom		CUMF d'attache	

Profil professionnel envisagé	
Champs d'exercices	
Champs d'intérêts	
Profil de clientèle	

Besoins déterminés en lien avec le profil envisagé (cf. compétences CanMEDS)

Mes 3 objectifs prioritaires sont	
Objectif 1	
Objectif 2	
Objectif 3	

Activités de flexibilité prioritaires souhaitées

Signature du résident		Date	

Section réservée à la CUMF	
☐ Demande approuvée ☐ Demande refusée	Demande discutée au Comité local de compétence Date :
Nom du directeur local de programme (DLP)	
Signature du DLP	Date

6.2 LES PROGRAMMES DE COMPÉTENCES AVANCÉES

En plus de la formation en médecine de famille, le programme de résidence en médecine de famille offre des programmes de formations complémentaires d'une durée de 3 à 12 mois en :

- Soins d'urgence (1 an)
- Soins aux personnes âgées (3 mois et 1 an)
- Soins palliatifs (3 mois et 1 an)
- Programme court en périnatalité (3 mois)
- Clinicien érudit (profil académique 1 an)
- Clinicien érudit (profil recherche 2 ans)
- Médecine des toxicomanies (1 an)
- Médecine du sport et de l'exercice (1 an)

Ces programmes s'adressent aux médecins qui, ayant terminé leur formation en médecine de famille, désirent parfaire leurs compétences et développer des habiletés d'enseignement, de recherche et de gestion dans l'un de ces trois domaines.

ADMISSION

Pour soumettre une candidature ou pour des informations liées à l'un de nos programmes de compétences avancées, veuillez- vous référer au site du DMFMU :

<https://medfam.umontreal.ca/etudes/programme-competences-avancees-en-medecine-famille>

Il est possible d'**obtenir des informations complètes sur les critères d'admission**, les objectifs et la structure de ces programmes **en consultant le site Internet du Département** ou en s'adressant au secrétariat du programme de résidence en médecine de famille ou directement aux responsables de chaque programme :

PROGRAMMES DE COMPÉTENCES AVANCÉES EN MÉDECINE DE FAMILLE

Médecine d'urgence

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Programme court en périnatalité (3 mois)

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Soins aux personnes âgées (1 an)

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Soins aux personnes âgées (3 mois)

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Soins palliatifs (1 an)

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Soins palliatifs (3 mois)

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Clinicien érudit

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Médecine des toxicomanies

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

Médecine du sport et de l'exercice

Programme de
compétences avancées en
médecine de famille

6.3 POURSUITES DE FORMATION

PRINCIPE :

Tout médecin résident peut faire une demande de prolongation volontaire de la résidence d'un à trois mois. Ces mois doivent être consécutifs et suivre immédiatement la fin de la résidence. Les médecins résidents ne sont habituellement pas tenus de participer aux bureaux de continuité, ni aux cours organisés par le GMF-U. Il est important de noter que les formations d'une durée de 3 mois sont favorisées par le programme et le vice-décanat, pour permettre l'acquisition complète de compétences.

PROCÉDURE :

La date limite pour faire la demande est habituellement le 1er mars de l'année du R2, mais les demandes ultérieures peuvent être étudiées au cas par cas si le résident ne termine pas sa résidence au 30 juin – les dates limites sont précisées par période de fin de formation dans l'encadré supérieur du formulaire. Pour soumettre une demande, il suffit de remplir le [formulaire](#) et de l'envoyer à residence@medfam.umontreal.ca

Il faut uniquement remplir la section « Information sur le candidat », signer et indiquer en annexe la durée désirée, le type de pratique visée ainsi que les objectifs de prolongation et de stage s'y rattachant, ainsi que le profil de pratique future. La demande est d'abord étudiée par la direction du programme, puis soumise pour approbation par le vice-décanat aux études médicales postdoctorales. Les réponses sont habituellement reçues vers la fin avril.

THÈMES PERMIS :

Il n'y pas de restriction à cet égard, en autant que le médecin résident soit en mesure de justifier la formation supplémentaire à la lumière de ses objectifs de pratique. Il ou elle doit ensuite entreprendre ses propres démarches pour trouver son milieu de stage. Tout médecin résident peut annuler sa demande de prolongation advenant le cas où un stage correspondant à ses objectifs n'est pas obtenu. Aussi, une période de stage peut être effectuée en milieu non agréé si cette possibilité n'a pas déjà été épuisée pour un des stages à option à la résidence.

Pour des demandes de poursuites de formation de plus de 3 mois, veuillez-vous référer à la politique du Vice-décanat aux études médicales post-doctorales :

<https://medpostdoc.umontreal.ca/etudiants/reglement-et-politiques/poursuites-de-formation-et-demandes-de-formation-complementaires/>

PROLONGATION DE RÉSIDENCE - PARCOURS THÉMATIQUE

Actuellement, diverses options d'individualisation de résidence sont disponibles pour les résidents, comme par exemple, la flexibilité de cursus ou les possibilités de prolongation (ex. compétences avancées, « à la carte » de 3 mois). À cela s'ajoute maintenant des nouveaux parcours thématiques de 3 mois personnalisés selon le profil de pratique futur.

Les résidents ont en effet la possibilité de prolonger leur résidence afin d'optimiser leurs bagages de connaissances et mieux se préparer à leur profil de pratique futur. Les deux options possibles pour une prolongation de 3 mois sont proposées dans le tableau suivant.

Voici quelques avantages des parcours thématiques :

- *Meilleure transition vers un horaire plus réaliste du profil de pratique futur*
- *Possibilité d'enseignement*

- Progression d'un processus évaluatif à un modèle de mentorat
- Prolongation de la flexibilité
- Pas de contrainte de choix de stage hormis la disponibilité des stages
- Plus de flexibilité dans l'horaire / temps de gestion médico-administratif

	Prolongation à la carte	Parcours thématique
Quand?	Immédiatement après les 26 périodes de résidence de 2 ans	Immédiatement après les 26 périodes de résidence de 2 ans.
Combien de temps?	3 stages d'une période	Un bloc UMF de 3 périodes horizontalisé
Continuité de soins?	Optionnelle	Intégrée
Stages?	Au choix selon balises du programme	Thématique personnalisée selon le profil de pratique futur.
Approbations?	Direction de programme	Direction de programme
Évaluations?	Comme un stage intégré via medsis	Mentorat en bloc UMF
Quand faire la demande?	1er mars (se référer sur grille formulaire)	1er mars (se référer sur grille formulaire)

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION VII

LES PRINCIPES DE LA MÉDECINE DE FAMILLE



LES PRINCIPES DE LA MÉDECINE DE FAMILLE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA⁶

Le médecin de famille est un clinicien compétent :

Le médecin de famille démontre sa compétence à utiliser l'approche clinique centrée sur le patient. Il recherche la maladie avec sensibilité, compétence et une démarche appropriée. Il comprend l'expérience de la maladie telle que vécue par le patient (particulièrement ses idées, ses émotions et ses attentes) et les répercussions de la maladie sur la vie de celui-ci.

Le médecin de famille est un expert pour une vaste gamme d'affections et de problèmes de santé courants au sein de la communauté, tant par ses connaissances que par ses habiletés, ainsi que pour les problèmes moins fréquents mettant la vie en danger et traitables qui surviennent dans tous les groupes d'âge. Son approche aux soins de santé est basée sur les données scientifiques disponibles les plus probantes.

Le médecin de famille met à profit sa compréhension du développement humain, de la famille et des autres systèmes sociaux pour élaborer une approche globale au traitement des affections et des maladies chez les patients et leurs familles.

Le médecin de famille est également habile pour rechercher un terrain d'entente avec les patients concernant la définition des problèmes, les buts du traitement et les rôles respectifs du médecin et du patient dans la ligne de conduite à adopter. Il est habile à bien informer le patient tout en respectant son autonomie, à lui donner la responsabilité de sa propre santé et à prendre les décisions qui protègent ses meilleurs intérêts.

Les problèmes cliniques que rencontre le médecin de famille dans la communauté ne sont pas présélectionnés et se présentent souvent au stade non différencié. Le médecin de famille est habile dans la gestion de l'ambiguïté et l'incertitude. Il rencontre des patients atteints de maladies chroniques, de difficultés émotives, de problèmes aigus (allant de troubles mineurs et autolimités jusqu'à des maladies mettant la vie en danger) et de problèmes biopsychosociaux complexes. Finalement, le médecin de famille peut dispenser des soins palliatifs aux individus en phase terminale de leur maladie.

La médecine de famille est une discipline communautaire :

L'exercice de la médecine de famille se déroule dans la communauté et est fortement influencé par les facteurs communautaires. Étant membre de la communauté, le médecin de famille est capable de répondre aux besoins changeants des individus, de s'adapter rapidement aux circonstances changeantes et de mobiliser les ressources appropriées pour répondre aux besoins des patients.

L'exercice du médecin de famille se déroule au cabinet, à l'hôpital (y compris au service des urgences), dans d'autres établissements de soins et à domicile. Le médecin de famille se considère comme partie intégrante du réseau communautaire des intervenants en soins de santé et il est habile à collaborer soit comme membre de l'équipe, soit comme coordonnateur de l'équipe. Il utilise judicieusement les ressources communautaires et les consultations en spécialités.

⁶ Les quatre principes de la médecine de famille, [Le Collège des médecins de famille du Canada](#).

Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients :

Le médecin de famille considère les patients de sa pratique comme une « population à risque ». Il organise sa pratique pour assurer le maintien de la santé du patient, que ce dernier le consulte ou non à son cabinet. Une telle organisation présuppose la capacité d'évaluer les nouvelles données en fonction de leur pertinence à la pratique, des connaissances et des habiletés pour évaluer l'efficacité des soins dispensés dans sa pratique, l'utilisation adéquate des dossiers médicaux et/ou des autres systèmes d'information, ainsi que la capacité de planifier et de mettre en application des politiques qui favorisent l'amélioration de la santé des patients.

Le médecin de famille adopte des stratégies efficaces d'autogestion de sa formation continue.

Le médecin de famille a la responsabilité de préconiser des politiques sociales qui visent la promotion de la santé chez les patients.

Le médecin de famille accepte sa responsabilité d'utiliser judicieusement les ressources limitées du système de soins de santé. Il tient compte à la fois des besoins individuels et de ceux de la collectivité.

La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille :

Le médecin de famille sait comprendre et apprécier la condition humaine, notamment la nature de la souffrance et la réaction du patient confronté à la maladie. Il reconnaît ses forces et ses limites, et il sait reconnaître une situation conflictuelle entre ses intérêts personnels et des soins de qualité.

Le médecin de famille respecte la primauté de la personne. La relation médecin-patient revêt les qualités d'une alliance, c'est-à-dire une promesse par le médecin de respecter son engagement envers le bien-être des patients, que ces derniers soient capables en retour de respecter ou non leurs engagements. Le médecin de famille est conscient du déséquilibre entre ses pouvoirs et ceux du patient ainsi que du potentiel d'abus que comporte l'exercice de ce pouvoir.

Le médecin de famille dispense des soins continus à ses patients. Les contacts répétés avec le patient permettent de construire la relation médecin-patient et de favoriser le pouvoir thérapeutique propre à cette interaction. Avec le temps, la relation revêt une importance spéciale pour les patients, leurs familles et le médecin. Il en découle que le médecin de famille devient un défenseur des intérêts du patient.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION VIII

LES RÔLES CanMEDS ET DE LA MÉDECINE DE FAMILLE



LES RÔLES CANMEDS ET DE LA MÉDECINE DE FAMILLE

8.1 CADRE CanMEDS MÉDECINE DE FAMILLE ⁷

Le cadre CANMEDS - Médecine de famille du Collège des médecins de famille du Canada - définit clairement les sept rôles que doit jouer un médecin compétent.

7 rôles que doit jouer un médecin compétent

1 Expert en médecine familiale

En tant que généraliste compétent, le médecin de famille offre des soins de grande qualité, adaptés aux besoins de la communauté, en temps opportun, à toutes les étapes du cycle de la vie, de la prévention à la palliation, dans de multiples contextes et à des populations diversifiées. Pour lui, la continuité des soins et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé revêtent une grande importance afin d'optimiser les soins aux patients. Il offre des soins centrés sur le patient, prodigués avec compassion lors de l'évaluation et la prise en charge des préoccupations des patients. Il forme des partenariats avec les patients, leurs familles et leurs proches, et avec les communautés afin de militer, lorsque nécessaire, pour l'amélioration des conditions de vie, des ressources, de l'accès et des soins.

2 Communicateur

En tant que communicateur, le médecin de famille maintient une relation thérapeutique avec les patients, leur famille et leurs proches. Ceci comprend les échanges dynamiques qui ont lieu avant, pendant et après la consultation médicale ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de santé efficaces, centrés sur le patient.

3 Collaborateur

En tant que collaborateur, le médecin de famille travaille avec le patient, sa famille et ses proches, sa communauté et les autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité, centrés sur le patient.

⁷ CanMeds – Médecine familiale 2017

4

Leader

En appliquant ses compétences en leadership et en gestion, le médecin de famille est un participant à part entière dans l'organisation des soins de santé. Il contribue activement à l'évolution et au maintien d'un système de soins de santé de haute qualité, à titre de clinicien, d'administrateur, d'érudit ou d'enseignant.

5

Promoteur de la santé

En tant que promoteur de la santé, le médecin de famille travaille en partenariat avec les patients et les collectivités, en mettant à profit son expertise et son influence en vue d'améliorer la santé par une compréhension des besoins, en tant qu'agent de changement et par une mobilisation des ressources.

6

Érudit

En tant qu'érudit, le médecin de famille fait preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en recueillant, en combinant et en évaluant des données probantes et en contribuant à la création et à la diffusion du savoir.

7

Professionnel

En tant que professionnel, le médecin de famille a le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif, tout en étant responsables envers leurs patients, la profession et la société. Il respecte les codes de conduite, l'autoréglementation de la profession et voie au maintien de leur santé.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION IX

LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)



LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)

9.1 PRÉSENTATION

Les Activités Professionnelles Confiables (APC) sont des tâches professionnelles authentiques que les enseignants délèguent aux résidents dans le cadre des stages cliniques.

Ces activités professionnelles ont les caractéristiques suivantes :

- Elles sont **authentiques** : Elles proviennent de la pratique professionnelle réelle des médecins de famille.
- Elles sont **complexes** : Elles illustrent plus d'un rôle du médecin de famille et nécessitent l'activation de plus d'une compétence.
- Elles sont **prototypiques** : Elles sont caractéristiques par leur variété, leur complexité et leur nature, de la pratique professionnelle d'un médecin de famille dans un secteur de soins.
- Elles sont **contextualisées** : Elles se réalisent dans un contexte clinique bien déterminé.
- Elles sont **évaluables** : Elles sont réalisables dans un laps de temps défini, sont observables et peuvent être appréciées tant dans leurs processus que dans leurs résultats.
- Elles sont « **confiables** » : Elles ne peuvent être déléguées qu'à des apprenants formés et qualifiés (résident). Le niveau de confiance avec lequel la tâche est déléguée correspond au niveau de formation du résident.

Certaines activités professionnelles évaluable doivent pouvoir être déléguées aux résidents avec un haut niveau de confiance dès la fin d'un stage (stage concentré de 4 semaines) ou d'une exposition clinique intégrée dans le stage de médecine de famille. Certaines autres se délèguent avec un niveau de confiance qui s'élève progressivement tout au long du stage intégré de médecine de famille.

Lorsqu'elles sont bien réalisées, les activités professionnelles évaluable témoignent de la compétence des résidents.

La liste des activités professionnelles évaluable qui suit, en servant d'outil pour faciliter l'autoévaluation, permettra aux résidents de réfléchir à leur progression dans leur formation.

9.2 LES APC SPÉCIFIQUES AUX STAGES CONCENTRÉS

Activités professionnelles qu'un enseignant devrait pouvoir déléguer en toute confiance à un résident pour qu'elles soient réalisées de façon autonome à la fin du stage.

Stage de pédiatrie, volet ambulatoire et hospitalisation

Document adopté en comité du curriculum le 8 décembre 2023

*Extrait du Profil de formation pour la résidence en médecine de famille du CMFC
et les programmes de compétences avancées

Le stage de pédiatrie hospitalière et ambulatoire est divisé en deux volets :

- Dans son volet hospitalisation, il vise à exposer les résidents aux situations fréquemment rencontrés en première ligne qui nécessitent une hospitalisation et à leurs complications potentielles. Ceci a pour but de leur permettre d'assumer leur rôle futur tel que défini dans le Profil de formation pour la résidence en médecine de famille du CMFC :
Le rôle du médecin de famille dans les soins aux enfants hospitalisés se limite généralement à l'évaluation initiale et au traitement des maladies graves au cabinet ou au service d'urgence, ainsi qu'à la décision d'admettre le patient à l'hôpital.
- Dans son volet ambulatoire, il vise à exposer les résidents aux problèmes courants auxquels ils seront exposés dans leur pratique future, mais pour lesquels l'exposition en CUMF ne permet pas d'atteindre les compétences visées. Cette exposition leur permettra d'assumer leur rôle de médecin traitant auprès de la population pédiatrique et de référer de façon judicieuse les cas qui le nécessitent.

Le stage est d'une durée de 4 semaines.

L'exposition souhaitée est la suivante:

- Hospitalisation (minimum 1 semaine, maximum 2 semaines)
 - Incluant semaine de nuit (si applicable)
 - Incluant consultations à la salle d'urgence
- Ambulatoire (minimum 2 semaines, maximum 3 semaines)
 - Cliniques externes pertinentes
 - Par exemple : Dermatologie, ORL, TDAH, locomoteur, asthme,...
 - Centre de jour / Médecine de jour
- Si l'exposition en pouponnière ne peut être atteinte via le stage de périnatalité ou durant les blocs intégrés CUMF : 4 demi-journées minimum à la pouponnière

L'exposition ambulatoire doit être maintenue à un minimum de 2 semaines durant le stage afin d'atteindre les objectifs et ce même en cas d'absences valides du résident.

Les APC spécifiques au stage pédiatrie, volet ambulatoire et hospitalisation

1. Traite les problèmes courants du nouveau-né
2. Assure une prise en charge globale de ses patients hospitalisés depuis l'admission jusqu'au congé
3. Gère adéquatement les épisodes de soins hospitaliers pour des situations fréquemment rencontrées en pratique de première ligne incluant les complications potentielles (problèmes respiratoires, digestifs et infectieux)

4. Communique régulièrement avec les patients et leurs parents/tuteurs concernant l'évolution de l'état de santé et la planification des soins, incluant le congé.
 - En remplacement de: Au congé, conseille la famille et les proches de l'enfant hospitalisé pour assurer la suite de l'épisode de soins
5. Assure une transition sécuritaire des soins lors d'un transfert d'unité et vers le professionnel traitant et les soins de la communauté au congé.
 - En remplacement de : Établit les liens avec le médecin traitant de l'enfant et les ressources communautaires
6. Gère adéquatement les épisodes de soins ambulatoires pour des situations courantes (problèmes respiratoires, urinaires, ORL, cutanés et orthopédiques)
7. Évalue les troubles du comportement, d'apprentissage et de langage et réfère judicieusement.

Les APC spécifiques au stage d'urgence pédiatrique

1. Évalue et traite les pathologies courantes dans le cadre d'une pratique de première ligne.
2. Reconnaît et stabilise la condition des enfants dont la survie est menacée.
3. Assure la prise en charge du patient pour l'épisode de soins aigus jusqu'au congé ou transfert.
4. Réfère adéquatement les patients qui nécessitent une hospitalisation, une référence ou un transfert.
5. Établit les liens avec le médecin traitant de l'enfant et les ressources communautaires.

Les APC spécifiques au stage de soins palliatifs

1. Élabore un plan individualisé de soins, incluant le niveau de soins.
2. Gère la douleur et les symptômes de fin de vie.
3. Élabore un plan pour le suivi en externe ou à domicile.
4. Reconnaît et gère les urgences en soins palliatifs.
5. Offre au patient et à ses proches un soutien adapté au contexte de fin de vie.

Les APC spécifiques au stage d'obstétrique

1. Gère les différentes phases du travail.
2. Effectue l'accouchement.
3. Interprète et gère le monitoring fœtal.
4. Gère les urgences et complications fréquentes en anténatal, intra-partum et post-partum
5. Fait l'évaluation du nouveau-né à la naissance et effectue les interventions appropriées.

Les APC spécifiques au stage d'urgence adulte

1. Reconnaît le patient qui nécessite une intervention urgente.
2. Stabilise la condition d'un patient dont l'intégrité 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.
7. Gère son temps efficacement

Les APC spécifiques au stage de cardiologie

1. Traite et assure le suivi des patients avec cardiopathie ischémique, stable et instable.
2. Traite et assure le suivi des patients avec insuffisance cardiaque, stable et instable.
3. Évalue et traite les patients avec des arythmies courantes (dont fibrillation auriculaire, flutter, bradycardies et blocs A-V).
4. Reconnaît et investigate les valvulopathies courantes.
5. Distingue les conditions qui peuvent être traitées par un médecin de famille de celles qui doivent être référées à un cardiologue.

Les APC spécifiques au stage d'UHMF

1. Assure une prise en charge globale de ses patients depuis l'admission jusqu'au congé.
2. Contribue au (R1) ou gère (R2) le fonctionnement d'une unité selon son niveau de formation (début R1=5 patients à sa charge, fin R1=8-10, début R2=10-12, fin R2=12-15).
3. Collabore avec l'équipe de soins de l'hôpital pour maintenir la continuité et la coordination des soins et assurer une utilisation appropriée des ressources.
4. Assure une transition sécuritaire des soins lors d'un transfert d'unité et vers le professionnel traitant et les soins de la communauté au congé.

Les APC spécifiques au stage en région

1. S'insère dans l'organisation des soins du milieu
2. Communique avec les consultants et les collègues
3. Tient compte de l'épidémiologie des problèmes de santé du milieu dans son travail clinique
4. Stabilise et procède au transfert des patients en situations critiques
5. Adapte sa conduite aux ressources du milieu

9.3 LES APC SPÉCIFIQUES AU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE

Pour les activités de continuité de soins

Activités professionnelles qu'un enseignant devrait pouvoir déléguer à un résident **avec un niveau de confiance qui s'élève progressivement au cours du stage de médecine de famille.**

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
12. Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille

9.4 ATTENTES EN REGARD DU NIVEAU DE FORMATION POUR LES ACTIVITÉS DE CONTINUITÉ DE SOINS DANS LE STAGE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Système de notation NiCDeR (Niveau de Confiance dans la Délégation de Responsabilité)

Les superviseurs sont à l'aise de laisser le résident réaliser l'activité professionnelle :

NiCDeR	Confère une autonomie	Traduction pédagogique <i>J'ai suffisamment confiance en ce résident pour lui déléguer l'activité professionnelle ...</i>
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 le 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 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
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	3	4	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
12. Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille	2	2	3	4

9.5 DÉFINITIONS

Soins globaux et complets

Soins aux patients durant tout le cycle de vie (allant de l'enfance au vieil âge), dans tous les milieux cliniques en assumant des responsabilités cliniques étendues (allant de la prévention et promotion de la santé à la réadaptation).

Cas simples

Exemples : patients avec condition médicale déjà diagnostiquée et stable, EMP de l'enfant ou de l'adulte, suivi de grossesse non compliquée, contraception, dépistage de MTS, etc.

Cas complexes

Exemples : patients avec condition médicale instable, multipathologies, problèmes indifférenciés, présentations atypiques, trouble de personnalité, barrières de communication, annonce de mauvaise nouvelle, etc.

Gestion adéquate des épisodes de soins

Gestion globale qui fait appel tant à la compétence spécifique, l'expertise médicale (comprenant le diagnostic, l'investigation, le traitement, la référence au besoin et l'organisation du suivi), qu'aux compétences transversales appropriées

Situations prototypiques

Présentations cliniques ou problèmes de santé qui sont caractéristiques, par leur variété, leur complexité et leur nature, de la pratique d'un médecin de famille et qui requièrent la réalisation de tâches représentatives du travail des médecins de famille.

9.6 Finalités d'apprentissage

Les finalités d'apprentissage du programme explicitent le niveau de maîtrise de chaque compétence que les résidents doivent démontrer afin d'obtenir une certification de réussite de la formation. Ils sont disponibles à [l'annexe I.](#)

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION X

LES TRAJECTOIRES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ADAPTÉES POUR LA MÉDECINE DE FAMILLE

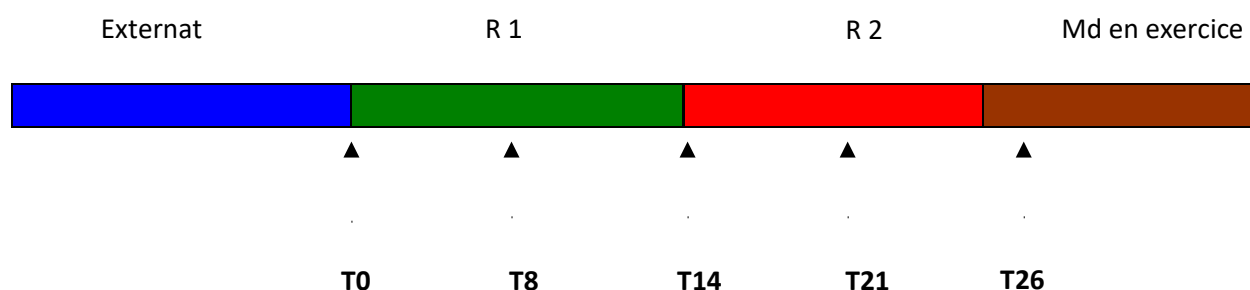
Documents adaptés des travaux des divers Conseil de compétence et du Conseil Central des Compétences de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour le programme de résidence en médecine de famille par les groupes CAIAC (Communauté d'apprentissage pour l'implantation d'une approche par compétences) et CIMAC-MF (Comité d'implantation d'une approche par compétences en médecine de famille).

LES TRAJECTOIRES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ADAPTÉES POUR LA MÉDECINE DE FAMILLE

Définitions

Étapes de la formation en résidence en médecine de famille :

T0-3	Début de la résidence ou première évaluation sommative en médecine de famille
T8	Après 6 mois de formation (7 périodes complétées) (limite du diagnostic des difficultés)
T14	Après 12 mois de formation (13 périodes complétées) (compétent pour obtenir l'autonomie d'un résident 2)
T21	Après 18 mois de formation (21 périodes complétées) (apte à se présenter aux examens)
T26	Fin de formation (26 périodes complétées) (compétent pour la pratique autonome)



Exemples de cas simples

Patients avec condition médicale déjà diagnostiquée et stable, EMP de l'enfant ou de l'adulte, suivi de grossesse non compliqué, contraception, dépistage de ITSS...

Exemples de cas complexes

Patients avec condition médicale instable, multipathologies, problèmes indifférenciés, présentations atypiques, trouble de personnalité, barrières de communication, annonce de mauvaise nouvelle...

Gestion adéquate des épisodes de soins

Gestion globale qui fait appel tant à la compétence spécifique, l'expertise médicale (comprenant le diagnostic, l'investigation, le traitement, la référence au besoin et l'organisation du suivi), qu'aux compétences transversales appropriées.

Situations prototypiques sur lesquelles baser son appréciation des compétences

Présentations cliniques ou problèmes de santé qui sont caractéristiques, par leur variété, leur complexité et leur nature, de la pratique d'un médecin de famille et qui requièrent la réalisation de tâches représentatives du travail des médecins de famille.

10.1 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE EXPERTISE MÉDICALE

Définition du rôle

En tant qu'expert médical, le médecin utilise ses connaissances et ses habiletés spécifiques et intègre l'ensemble de ses autres rôles pour maîtriser la démarche clinique et ainsi contribuer au bien-être du patient et de la population en agissant en partenariat avec eux.

Capacité 1 : Évaluer une situation et poser un diagnostic

Manifestations reliées à la collecte de données

- Identifier les problèmes en tenant compte de la situation et des spécificités du patient ou de la population
- Procéder à une anamnèse⁹ concise et exacte
- Effectuer un examen¹⁰ conforme et ciblé

Manifestations reliées au jugement sur les priorités

- Identifier l'urgence de la situation
- Identifier les situations à risque élevé¹¹
- Établir les priorités parmi les problèmes à évaluer en partenariat avec le patient ou les représentants de la population

Manifestations reliées au diagnostic

- Formuler une hypothèse diagnostique
- Élaborer un diagnostic différentiel
- Mettre en œuvre une investigation appropriée¹² en utilisant les ressources de façon efficiente, éthique¹³ et sécuritaire
- Poser le diagnostic ou retenir le ou les diagnostic(s) le(s) plus probable(s) en s'appuyant sur l'interprétation de l'ensemble des données

Manifestations reliées à la consignation et au partage des informations

- Consigner son évaluation au dossier conformément aux règles
- Rapporter aux autorités compétentes les informations concernant les maladies à déclaration obligatoire ou la fréquence inhabituelle d'événements ou de maladies
- Transmettre le résultat de son évaluation, de façon appropriée au contexte

⁹ Anamnèse inclut ici le recueil de l'ensemble des données disponibles pertinentes.

¹⁰ Examen inclut autant les dimensions physique, psychiatrique et fonctionnelle que la dimension populationnelle

¹¹ Le risque peut concerner, entre autres, la sécurité des patients, de leur entourage et des intervenants, ou les possibilités d'erreurs diagnostiques

¹² L'investigation appropriée inclut la décision de ne pas investiguer.

¹³ Éthique inclut notamment la bienfaisance, la non malveillance, l'autonomie et la justice.

Capacité 2 : Élaborer et appliquer un plan d'intervention

Manifestations reliées à l'identification des interventions

- Identifier les interventions préventives et thérapeutiques possibles en tenant compte de la sécurité du patient ou de la population
- Consulter au besoin d'autres professionnels de la santé

Manifestations reliées à la détermination des interventions

- Déterminer les interventions appropriées pour un patient ou une population donnée, en tenant compte de leurs spécificités, leurs perspectives et leurs environnements (familial, social, de travail et autres)
- Discuter des interventions possibles et des objectifs visés, avec le patient et les personnes concernées, en vue d'éclairer la décision
- Convenir avec le patient des interventions auxquelles il consent explicitement

Manifestations reliées à l'application des interventions

- S'assurer de la mise en œuvre des interventions retenues de façon sécuritaire, efficiente et opportune
- Consigner son plan d'intervention et/ou ses interventions au dossier conformément aux règles

Manifestations reliées à la transmission des recommandations

- Transmettre ses recommandations aux différents intervenants, de façon appropriée au contexte

Capacité 3 : Assurer la continuité des soins en temps opportun

Manifestations - Identifier les interventions de suivi et assurer le suivi en collaboration avec le patient

- Mettre en œuvre le suivi approprié au contexte
- Évaluer la réponse aux interventions en fonction des objectifs visés
- Revoir, le cas échéant, la démarche diagnostique
- Poursuivre, modifier ou cesser une ou des intervention(s) au moment approprié dans un souci de sécurité
- Communiquer aux personnes appropriées les résultats du suivi
- Consigner son évaluation au dossier conformément aux règles

Capacité 4 : Consigner les informations au dossier conformément aux règles

Manifestations reliées à la conformité des règles

- Rédiger des notes dans le respect des règles de bonne tenue de dossiers.
- Rédiger des notes structurées qui témoignent d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion.
- Respecter les règles de confidentialité des dossiers.

Trajectoire de développement de la compétence expertise médicale

Capacité 1 : Évaluer une situation et poser un diagnostic

Manifestations reliées à la collecte de données

- Identifier les problèmes en tenant compte de la situation et des spécificités du patient ou de la population
- Procéder à une anamnèse concise et exacte
- Effectuer un examen conforme et ciblé

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Identifie la ou les raisons de consultations exprimées et vérifie l'accord du patient en tenant compte des indices non verbaux. • Explore chacune des raisons de consultations de façon structurée. • Recherche des éléments pour infirmer ou confirmer ses hypothèses. • Fait la revue des systèmes en tenant compte des systèmes concernés par les problèmes identifiés. • Tient compte des craintes et attentes des patients dans l'identification des problèmes. • S'informe du contexte de vie du patient. • Recueille les informations apportées par les proches du patient et les autres intervenants concernés. • Recherche les éléments pertinents du dossier médical d'un patient. • Effectue un examen clinique complet et reconnaît les anomalies cliniques. • Transmet son évaluation de façon structurée en utilisant les termes médicaux. • Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiés.	• Identifie les raisons de consultations initiales non clairement exprimées • Circonscriit les raisons de consultation dans la majorité des cas. • Recherche les éléments-clés pour infirmer ou confirmer ses hypothèses • Effectue un recueil des données structuré, en voie d'être ciblé. • Recherche la perspective du patient et de ses proches. • Se préoccupe de l'influence du contexte de vie du patient. • Utilise les éléments pertinents du dossier médical du patient. • Effectue un examen clinique en voie d'être ciblé : recherche les signes correspondants à ses hypothèses.	• Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas simples. • Intègre la perspective du patient (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • Recherche les informations apportées par les proches du patient et les autres intervenants concernés pour définir les problèmes. • Transmet son évaluation au superviseur de façon synthétique dans la majorité des cas.	• 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). • Transmet son évaluation de façon synthétique dans tous les cas.

Trajectoire de développement de la compétence expertise médicale

Capacité 1 : Évaluer une situation et poser un diagnostic

Manifestations reliées au jugement sur les priorités

- Identifier l'urgence de la situation
- Identifier les situations à risque élevé
- Établir les priorités parmi les problèmes à évaluer, en partenariat avec le patient ou les représentants de la population

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente sur le plan de la santé physique ou mentale et initie une réponse adaptée. • Priorise les situations urgentes par rapport aux situations non urgentes. • Réfère au superviseur ou résident sénior en exprimant les limites de sa compétence.	• Évalue adéquatement les patients instables présentant des problèmes définis. • Recherche et identifie activement les situations à risques élevés pour la santé. • Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les situations simples.	• 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.	• 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. • Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée.

- Reliées au diagnostic
- Formuler une hypothèse diagnostique
- Élaborer un diagnostic différentiel
- Mettre en œuvre une investigation appropriée en utilisant les ressources de façon efficiente, éthique et sécuritaire.
- Poser le diagnostic ou retenir le ou les diagnostic(s) le(s) plus probable(s) en s'appuyant sur l'interprétation de l'ensemble des données.

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Propose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel sommaire pour les cas simples ou courants. • Propose les grandes lignes d'un plan d'investigation en fonction du diagnostic le plus probable et du diagnostic différentiel. • Explique au patient et à sa famille le plan d'investigation qu'il propose. • Explique la différence entre maladie et expérience de la maladie. • Élabore et utilise certaines stratégies pour gérer son incertitude	• Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié. • Estime dans les cas les plus simples ou les plus courants, le degré de probabilité ou de certitude du diagnostic proposé. • Formule les grandes lignes d'un plan d'investigation en fonction du diagnostic principal qui tient compte du diagnostic différentiel, des propriétés et des limites des tests.	• Pose, dans la majorité des cas, le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels en tenant compte de la prévalence et la gravité potentielle. • Tient compte des besoins et des particularités du patient dans l'élaboration de ses diagnostics. • Établit le plan d'investigation approprié en collaboration avec ses superviseurs	• 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, multisystémiques, ou comorbidité multiple, etc.), que pour celles qui sont plus rares. • Établit de façon autonome le plan d'investigation approprié. • Élabore avec le patient une stratégie et un plan de gestion de l'incertitude. • Coordonne l'investigation lorsque plusieurs consultants sont impliqués et selon le contexte de soin.

Trajectoire de développement de la compétence expertise médicale

Capacité 1 : Évaluer une situation et poser un diagnostic

Manifestations reliées à la consignation et au partage des informations

- Consigner son évaluation au dossier conformément aux règles
- Rapporter aux autorités compétentes les informations concernant les maladies à déclaration obligatoire ou la fréquence inhabituelle d'événements ou de maladies
- Transmettre le résultat de son évaluation, de façon appropriée au contexte

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision. • Rédige ses notes dans le respect des règles de bonne tenue de dossiers. Respecte les règles de confidentialité des dossiers.	• Rédige une note structurée qui témoigne d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion. • Met à jour les outils de suivi (feuille sommaire, liste de médicaments, liste de problèmes...).	• Rédige des notes claires, succinctes et pertinentes.	• Rapporte aux autorités compétentes les informations concernant les maladies à déclaration obligatoire ou la fréquence inhabituelle d'événements ou de maladies.

Capacité 2 : Élaborer ou appliquer un plan d'intervention

Manifestations reliées à l'identification des interventions

- Identifier les interventions préventives et thérapeutiques possibles en tenant compte de la sécurité du patient ou de la population
- Consulter au besoin d'autres professionnels de la santé

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Identifie les classes de médicaments d'utilisation courante, explique l'indication et la raison d'utilisation des médicaments de ses patients. • Identifie le rôle des consultants médicaux et des autres professionnels de la santé.	• Identifie les traitements usuels (pharmacologiques et non pharmacologiques) pour les problèmes courants. • Réfère les patients aux ressources communautaires appropriées.	• Transmet de façon explicite aux patients les interventions préventives et thérapeutiques. • Réfère au besoin aux autres professionnels de la santé.	• Propose des interventions adaptées aux situations particulières.

Manifestations reliées à la détermination des interventions

- Déterminer les interventions appropriées pour un patient ou une population donnée, en tenant compte de leurs spécificités, leurs perspectives et leurs environnements (familial, social, de travail et autres)
- Discuter des interventions possibles et des objectifs visés, avec le patient et les personnes concernées, en vue d'éclairer la décision
- Convenir avec le patient des interventions auxquelles il consent explicitement

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Propose un plan d'intervention principalement curatif pour des cas simples et pour un nombre limité de situations cliniques.	• Formule les grandes lignes d'un plan d'intervention en fonction du diagnostic principal en tenant compte du diagnostic différentiel, pour la majorité de ses patients.	• Tient compte avec discernement des données probantes, du point de vue des patients et de son expérience comme médecin.	• Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude.

Manifestations reliées à l'application des interventions

- S'assurer de la mise en œuvre des interventions retenues de façon sécuritaire, efficiente et opportune
- Consigner son plan d'intervention et/ou ses interventions au dossier conformément aux règles

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Met en œuvre les interventions les plus simples, sous supervision, en s'assurant du confort, du respect et de la sécurité du patient. • Rédige une ordonnance d'intervention et la fait approuver par son superviseur • Rédige la note d'intervention au dossier.	• Propose les grandes lignes d'un plan d'intervention en tenant compte des attentes du patient qui comporte aussi les interventions préventives, les interventions non pharmacologiques, l'observation, de même que le recours aux services de professionnels pour les problèmes courants.	• Applique un plan d'intervention approprié pour les situations cliniques simples et amorce cette démarche pour les cas complexes. • Recourt de façon appropriée aux consultants. • Maîtrise les mesures ou traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants.	• Applique un plan d'intervention approprié qui tient compte des données probantes, des attentes des patients et des ressources communautaires disponibles et du niveau de soins.

Manifestations reliées à la transmission des recommandations

- Transmettre ses recommandations aux différents intervenants, de façon appropriée au contexte

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Transmet de façon orale ou écrite ses recommandations aux intervenants concernés en proposant une opinion d'expert sous supervision. • Transmet de façon claire ses questions cliniques.		• Transmet de façon orale ou écrite ses recommandations aux intervenants concernés en proposant une opinion d'expert.	

Capacité 3 : Assurer la continuité des soins en temps opportun

Manifestations : Identifier les interventions de suivi et assurer le suivi en collaboration avec le patient

- Mettre en œuvre le suivi approprié au contexte
- Évaluer la réponse aux interventions en fonction des objectifs visés
- Revoir, le cas échéant, la démarche diagnostique
- Poursuivre, modifier ou cesser une ou des intervention(s) au moment approprié dans un souci de sécurité
- Communiquer aux personnes appropriées les résultats du suivi
- Consigner son évaluation au dossier conformément aux règles

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Propose de revoir le patient si approprié. • Évalue les résultats des interventions avec l'aide de ses superviseurs. • Consigne les informations au dossier conformément aux règles	• Planifie un suivi dans les délais requis pour les cas simples. • Explique au patient les motifs nécessitant une consultation plus hâtive. • Évalue les résultats des interventions dans les cas simples. • Révise le diagnostic et son plan d'intervention selon l'évolution de la situation clinique. • Vérifie les causes d'échec de traitement (adhésion/observance au traitement et motivation du patient).	• Planifie le suivi de l'ensemble des problèmes du patient, en tenant compte des caractéristiques du patient dans la détermination du délai entre les visites. • Apprécie les résultats des interventions dans les cas complexes. • Identifie les ressources professionnelles disponibles pour assurer le suivi de ses patients.	• Utilise de façon appropriée et opportune les ressources professionnelles et communautaires disponibles pour assurer le suivi de ses patients • Ajuste son suivi selon l'évolution des situations plus complexes.

10.2 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE GESTION

Définition du rôle

En tant que gestionnaire, le médecin participe activement à l'organisation et au fonctionnement efficaces des services et soins de santé et assume les obligations médico-administratives liées à sa pratique professionnelle.

Capacité 1 : Utiliser judicieusement les ressources

Manifestations

- Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information du milieu.
- Oriente judicieusement les patients vers les ressources présentes dans le milieu (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.)
- Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience).
- Gère judicieusement l'accès aux ressources communautaires et aux consultants et aux autres professionnels.

Capacité 2 : Gérer son temps pour répondre aux besoins de ses patients

Manifestations

- Planifie son étude et a le souci de réaliser ses tâches cliniques et ses activités personnelles afin de rencontrer les exigences de sa formation dans le temps qui lui est imparti.
- Anticipe le déroulement de ses activités cliniques pour préparer son environnement de travail (matériel, ressources...)
- S'organise pour répondre aux divers besoins et demandes des patients au moment approprié.
- S'adapte aux situations imprévues

Trajectoire de développement de la compétence Gestion

Capacité 1 : Utiliser judicieusement les ressources humaines et matérielles

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information de leur milieu. • S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres à chaque milieu de stage.	• Se questionne sur le coût et la disponibilité des ressources lorsqu'il propose ses interventions diagnostiques et thérapeutiques. • Oriente judicieusement ses patients vers les ressources présentes dans le milieu (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.) pour les cas simples.	• Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience). • Oriente judicieusement ses patients vers les ressources présentes dans le milieu (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.) pour les cas complexes. • Comprend et respecte son rôle de médecin et les responsabilités du patient : il répond à la demande selon les besoins et sait dire « non » lorsque requis.	• Gère judicieusement l'accès aux ressources communautaires et aux consultants et aux autres professionnels. • Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. • Supporte ses choix à l'aide des meilleures données scientifiques actuellement disponibles et en tenant compte du contexte du patient et de ses attentes.

Capacité 2 : Gérer son temps pour répondre aux besoins de ses patients

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Planifie son étude et a le souci de réaliser ses tâches cliniques et ses activités personnelles afin de rencontrer les exigences de sa formation dans le temps qui lui est imparti. • Gère les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais acceptables.	• Anticipe le déroulement de ses activités cliniques pour préparer son environnement de travail (matériel, ressources...). • Tient compte du temps disponible pour réaliser ses tâches cliniques.	• Gère son temps pour les cas simples. • S'organise pour répondre aux divers besoins et demandes des patients au moment approprié. • Organise son environnement de travail en fonction des activités cliniques.	• Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail. • Gère son temps pour la majorité des cas complexes. • S'adapte aux situations imprévues.

10.3 RESSOURCES POUR LA COMPÉTENCE LEADER

Capacité 1 : Contribuer à l'efficacité du système de soins et services de santé en faisant preuve de leadership

Manifestations	Comportements observables attendus (indicateurs) à T 21-26	Ressources
1- Utilise judicieusement les ressources humaines et matérielles.	Utilise judicieusement les ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience, accès, coût...). Gère judicieusement l'accès aux ressources communautaires, aux consultants et aux autres professionnels. Emploie judicieusement les technologies de l'information.	- Association médicale canadienne. Site « Choisir avec soins » : http://www.choisiravecsoin.org - Guides et capsules de l'INESS : http://www.inesss.qc.ca - RAMQ. Liste des médicaments assurés : http://www.ramq.gouv.qc.ca - Revue libre de l'influence de l'industrie pharmaceutique : - La Lettre Médicale - Revue Prescrire
2- Offre ses services en se préoccupant de l'ensemble du système de soins et services de santé.	Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. Supporte ses choix à l'aide des meilleures données scientifiques actuellement disponibles et en tenant compte du contexte du patient et de ses attentes. Planifie le congé et établit les liens avec les intervenants externes (médecin traitant, CLSC, etc.).	- OPA « Convenir d'un plan d'intervention en cas d'incertitude » - OPA « Le congé éclairé » - Le congé éclairé. 2008 : Association canadienne de Protection médicale.
3- Participe à des activités médico-administratives et à la gouvernance clinique.	Collabore et contribue aux activités d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts aux patients. Participe à des comités, équipes ou groupes de travail.	- Guide d'exercice du CMQ « L'évaluation de l'acte médical » : - Travail académique : Évaluation de la qualité de l'exercice professionnel - Réunion du CMDP ou du comité M&M ou du service de la CUMF/GMF...

4- Propose, introduit des innovations pour améliorer la qualité des soins, la sécurité des patients et le fonctionnement de l'organisation.	Propose des moyens pour améliorer les soins et les services aux patients. Propose des moyens pour améliorer la qualité de sa formation. Utilise des indicateurs de processus ou de résultats pour la gestion de la qualité. (ex : Comité de compétence de la qualité de l'acte). Participe à la mise en œuvre de changements dans la pratique des soins de santé. Identifie des enjeux spécifiques touchant l'enseignement, l'organisation des soins (notamment l'accessibilité aux soins) ou des services dans son milieu de stage. Participe activement, de façon professionnelle, à des activités de groupe visant l'amélioration des soins (ex : Comité de compétence de la qualité de l'acte).	• Réunion du service de la CUMF/GMF • Réunion du comité local de programme • Rencontre avec le DLP • Travail académique : Évaluation de la qualité de l'exercice professionnel • PABP

Capacité 2 : Coordonner les aspects organisationnels de sa pratique professionnelle

Manifestations	Comportements observables attendus (indicateurs) à T 21-26	Ressources
1- Gère les ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières de son milieu de pratique selon le contexte et la nécessité.	Utilise les ressources humaines en établissant une relation harmonieuse et respectueuse. Prend des décisions en situations cliniques et professionnelles complexes même s'il n'a pas toutes les données et est en contexte d'incertitude. Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail.	• OPA « Convenir d'un plan d'intervention en cas d'incertitude » • Ghosh AK. Understanding medical uncertainty : a primer for physicians. <i>J Assoc Physicians India</i> 2004; 52 : 739-42. • Biehn J. Managing uncertainty in family practice. <i>Can Med Assoc J</i> 1982; 126 : 915-7. • Thompson GH. Tolerating uncertainty in family medicine. <i>J R Coll Gen Pract</i> 1978; 28 : 343-6. • Hewson MG, KindyPJ, Van Kirk J et coll. Strategies for Managing Uncertainty and Complexity. <i>J Gen Intern Med</i> 1996; 11 : 481-5. • Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle. Travailler sans filet. <i>Le Médecin du Québec</i> 2010; 45 (5) : 37-41 • Guides de l'ACPM à l'intention des résidents
2- Répond de façon responsable à des obligations médico-légales, déontologiques et administratives de la pratique médicale envers ses patients, la société et les établissements où il travaille.	Agit en accord avec la déontologie et l'éthique au sujet des aspects ALDO de la pratique médicale. Fait les démarches reliées aux demandes administratives (demande de tutelle, formulaire de décès, consentement éclairé...) Démontre une connaissance du fonctionnement médico-administratif de l'établissement (rôles du CMDP, des différents comités, du DSP, etc.).	• ALDO • CMQ Code de déontologie des médecins : • OPA « Consentement éclairé » - o Evans, K.G.; Lafleur Henderson, G. (2006). Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada (quatrième édition) [En ligne]. Ottawa : Association canadienne de protection médicale, 20 • Documents de référence de la CSST à l'intention des médecins :
3- Organise son temps en fonction de ses obligations professionnelles et personnelles.	Gère son temps pour la majorité des cas complexes. S'adapte aux situations imprévues.	• FMRQ, Bien-être des résidents
4- Mène sa carrière en cohérence avec ses objectifs de vie.		

10.4 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE PROMOTION DE LA SANTÉ

Définition du rôle

En tant que promoteur de la santé, le médecin favorise la santé, l'intégration sociale et le mieux-être des individus, des communautés et des populations

Capacités et manifestations

Effectuer des interventions de promotion et de prévention auprès de ses patients

- Évaluer avec le patient ses habitudes et contextes de vie et de travail et les facteurs pouvant influencer sa santé.
- En partenariat avec le patient, appliquer les recommandations de dépistage et les mesures préventives reconnues en tenant compte des habitudes, contextes de vie et maladies.
- Soutenir le patient dans la prise de conscience des déterminants de sa santé et, le cas échéant, dans sa démarche pour la modification des facteurs de risque, le maintien des facteurs de protection et l'observance au traitement.
- Accompagner le patient dans la défense de ses intérêts légitimes, l'orienter vers les ressources et services appropriés et, le cas échéant, intervenir auprès de tiers.

Effectuer auprès des collectivités (incluant son milieu de travail) des interventions de promotion, de prévention et de protection de la santé pour répondre aux besoins populationnels prioritaires et, le cas échéant, intervenir en faveur des communautés auprès des instances concernées, assumant ainsi sa responsabilité sociale

- Faire preuve de vigilance face à l'état de santé des collectivités et appliquer les mesures de contrôle appropriées à la protection de la santé de celles-ci.
- Contribuer à la santé des groupes vulnérables.
- S'impliquer dans au moins une problématique de santé locale ou internationale et prendre la défense des droits de la population.

Capacité 1 : Effectuer des interventions de promotion et de prévention auprès de ses patients

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Identifie les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir. • Informe le patient de la présence de facteurs de risque dans ses habitudes de vie. • Détecte les situations où l'intérêt du patient est menacé.	• Cible les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir. • Met à jour l'immunisation de ses patients en tenant compte de leurs facteurs de risque. • Réfère aux intervenants, institutions ou organismes appropriés.	• Conseille le patient sur la pertinence ou non de tests et d'investigations. • Implique le patient dans la construction d'un plan d'intervention. • Priorise entre les diverses options de dépistage et d'intervention appropriées.	• Conseille judicieusement et de façon pertinente ses patients en tenant compte de la disponibilité et du coût des ressources. • Ajuste et réévalue le plan d'intervention avec le patient (discute des barrières et agit comme facilitateur). • Intervient dans l'intérêt du patient en conciliant les besoins individuels et collectifs.

10.5 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE COLLABORATION

Définition du rôle

En tant que collaborateur, le médecin travaille efficacement au sein d'équipes et de réseaux afin de prodiguer des soins optimaux aux individus et aux populations et, plus généralement, de mieux accomplir l'ensemble de ses autres activités professionnelles.

Capacités et manifestations

Participer harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins

- Exercer son rôle et ses responsabilités au sein d'une équipe
- Contribuer à la définition du mandat et des cibles communes
- Contribuer à l'organisation d'une équipe à travers des règles et des procédures
- Contribuer aux relations harmonieuses entre les membres d'une équipe
- Exercer son leadership professionnel dans le respect de celui des autres membres
- Contribuer au développement et à l'évaluation d'une équipe dans un processus d'amélioration continue

Résoudre les conflits au sein d'une équipe

- Identifier et caractériser les situations conflictuelles
- Appliquer la démarche de résolution d'une situation conflictuelle

Planifier, coordonner et dispenser les soins en équipe

- Utiliser de manière concertée la consultation entre professionnels
- Contribuer à l'élaboration d'un plan de soins reflétant une vision partagée
- Contribuer à la mise en œuvre du plan de soins
- Contribuer à la révision du plan de soins

Trajectoire de développement de la compétence collaboration

Capacité 1 : Participer harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
- Reconnaît et respecte la diversité des rôles et des responsabilités des autres professionnels de l'équipe de soins de santé (échange, lecture des notes au dossier...). - Exprime ses questionnements tout en étant solidaire des décisions prises par l'ensemble de l'équipe. - Décrit son rôle et ses responsabilités aux patients à leurs proches et aux professionnels.	- Contribue à créer un climat de respect, propice aux échanges ouverts et honnêtes entre les membres de l'équipe. - Reconnaît un comportement perturbateur d'un membre et en discute avec son superviseur. - Sensibilise un patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concernent.	- Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées. - Participe à la coordination des interventions de l'équipe de soins en favorisant la participation de tous. - Facilite le respect des choix d'un patient et de ses proches.	- Collabore en tenant compte des contraintes du milieu et des responsabilités de chacun. - Centre le travail d'une équipe sur les objectifs et les tâches à accomplir. - Reconnaît les situations où le leadership d'autres membres de l'équipe doit être favorisé.

Capacité 2 : Planifier, coordonner et dispenser les soins en équipe

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
- Précise le motif de sa demande de consultation et fournit les informations pertinentes, selon les procédures établies. - Consigne au dossier les informations médicales pertinentes au suivi des plans de soins. - Applique les interventions du plan de soins qui le concernent.	- Intègre le patient et ses proches dans l'élaboration d'un plan de soins. - Sélectionne les informations à transmettre aux professionnels d'un autre établissement afin d'assurer la continuité de soins du patient. - Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches au plan de soins.	- À titre de consultant, formule une réponse claire à la question du référant. - Ajuste en équipe le plan de soins selon l'évolution de la situation. - Sélectionne, avec les membres d'une équipe, le patient et ses proches, les interventions appropriées.	- Anticipe les écueils possibles 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. - Coordonne la séquence des interventions auprès des membres d'une équipe en contexte de soins aigus.

10.6 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE COMMUNICATION

Définition du rôle

En tant que communicateur, le médecin facilite la relation médecin-patient/proches en vue d'établir avec ces derniers un véritable partenariat et il suscite des échanges dynamiques d'informations avec l'ensemble des individus rencontrés dans l'exercice de ses fonctions.

Capacité 1 : Conduit l'entrevue médicale en partenariat avec le patient et ses proches

- Conduire l'entrevue médicale en partenariat avec le patient
- Moduler les contenus et le processus des échanges selon l'interlocuteur, le contexte et le médium en faisant preuve de sensibilité
- S'assurer de comprendre son ou ses interlocuteurs et d'être compris

Capacité 2 : S'assure de comprendre et d'être compris des partenaires de soins

- Favoriser le développement d'un sentiment de confiance chez l'interlocuteur
- Soutenir l'expression d'émotions et y réagir selon le contexte
- Interagir de façon constructive et productive

Trajectoire de développement de la compétence communication

Capacité 1 : Conduit l'entrevue médicale en partenariat avec le patient et ses proches

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
- Identifie les points qu'il veut aborder en tenant compte du patient et du contexte de soins. - S'entend avec le patient sur les prochaines étapes dans les situations simples.	- Anticipe les difficultés potentielles de l'entrevue. - Maintient l'entrevue centrée sur les objectifs à atteindre - Transmet des informations au patient et aux tiers concernés afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi.	- Adapte la structure de l'entrevue aux exigences de la situation clinique. - Annonce le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas complexes. - Commence à utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.	- Convient avec le patient des choix de traitements et du niveau de risque acceptable pour lui. - Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.

Capacité 2 : S'assure de comprendre et d'être compris des partenaires de soins

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
- Annonce le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas simples. - S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations simples. - S'adapte à l'environnement ou à l'interlocuteur (surdité, c�c�t�, barrière de la langue, littératie...).	- Recherche les croyances du patient, ses préoccupations, ses attentes et les impacts de la maladie. - Ajuste son questionnaire à l'âge du patient, à ses capacités cognitives, à son degré de littératie, à son contexte culturel et à ses expériences de vie. - Valide sa compréhension du problème auprès du patient.	- Explique l'incertitude et les risques inhérents à l'investigation ou aux traitements proposés. - Explique l'incertitude quant au diagnostic, à l'évolution et au pronostic de la maladie. - S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations complexes.	

10.7 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNALISME

Définition du rôle

En tant que professionnel, le médecin s'engage à favoriser le mieux-être des patients et des communautés dans le respect des personnes, des normes de pratique et des normes régissant sa profession; imputable de ses actions, il assume la responsabilité de sa conduite, de ses activités professionnelles et de la protection de sa propre santé.

Capacité 1 : Se conduire selon les valeurs, normes et règles de la profession

Manifestations

- Maintenir des relations appropriées avec le patient et ses proches
- Témoigner du respect envers les personnes de son milieu professionnel
- Respecter les règles concernant les conflits d'intérêts
- Effectuer ses activités professionnelles avec honnêteté
- Assumer ses responsabilités
- Participer à l'autoréglementation de la profession

Capacité 2 : Fonder ses actions sur une démarche clinique éthique

Manifestations

- Adopter une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...).
- Utiliser son discernement pour nuancer les informations à transmettre au patient selon son contexte et les enjeux éthiques.
- Reconnaître la disponibilité limitée des ressources requises pour les soins de son patient.
- Adapter son intervention aux ressources disponibles.
- Élaborer une stratégie d'approche aux situations cliniques présentant des enjeux éthiques.
- Appliquer les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.)

Trajectoire de développement de la compétence professionnalisme

Capacité 1 : Se conduire selon les valeurs, normes et règles de la profession

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Respecte le secret professionnel • Respecte le code de conduite (ponctualité, tenue vestimentaire...) de l'établissement et du code de déontologie • Maintient une distance appropriée au plan relationnel et physique avec les patients rencontrés • Adopte une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...) • Respecte le rôle et l'opinion des étudiants, médecins, professionnels ainsi que du personnel. • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation, retourne ses appels et assure le suivi des demandes de consultations en temps opportun. • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence. • Rédige le dossier médical selon les normes en vigueur. • Partage la tâche clinique de façon juste et équitable avec tous les collègues.	• Identifie les situations où la bonne distance dans la relation professionnelle n'est pas respectée • Identifie la présence d'un problème de santé qui a un impact sur sa pratique et recherche l'aide appropriée. • Rédige les formulaires destinés à un requérant externe selon les normes en vigueur et en temps opportun. • Identifie les situations relationnelles à risque de complaisance (ex : contre transfert). • Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient.	• Rétablit la bonne distance dans la relation professionnelle lorsqu'elle n'est pas respectée. • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque • Prend les moyens appropriés pour maintenir une pratique de qualité.	• Concilie ses priorités personnelles et professionnelles • 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. • Respecte les normes déontologiques lorsqu'il doit mettre fin à la relation patient- médecin. • Adopte des solutions adaptées à ses réactions émotionnelles dans les situations cliniques difficiles.

Capacité 2 : Fonder ses actions sur une démarche clinique éthique

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Reconnaît les enjeux éthiques • Adopte une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...). • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose. • Intègre, dans le respect du secret professionnel, les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient. • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire. • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur. • Identifie les situations où il ne pourrait assurer seul le suivi des patients (référence professionnelle).	• Explicite les enjeux éthiques présents dans les situations cliniques lors de la rédaction du plan de soins • Reconnaît la disponibilité limitée des ressources requises pour les soins de son patient. • Utilise son discernement pour nuancer les informations à transmettre au patient selon son contexte et les enjeux éthiques. • Identifie les mesures prévues par la réglementation (déclaration d'incident-accident) lors d'un incident ou d'un accident. • Réfère judicieusement lorsqu'il ne peut assurer seul le suivi des patients.	• Élabore une stratégie d'approche aux situations cliniques présentant des enjeux éthiques. • Résout les situations de conflits d'intérêts dans le meilleur intérêt du patient. • Adapte son intervention aux ressources disponibles. • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du patient. • Avise les autorités concernées lors de la survenue d'événements indésirables (incidents ou accidents).	• Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.). • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée.

10.8 TRAJECTOIRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE ÉRUDITION

Définition du rôle

En tant qu'érudit, le médecin s'engage dans un processus continu de développement de ses compétences professionnelles, impliquant l'utilisation des principes de la démarche scientifique et de la pratique réflexive dans ses activités d'apprentissage, de recherche et d'enseignement.

Capacité 1 : Assurer son développement professionnel de façon réflexive

- À la suite d'une analyse critique, déterminer ses besoins de formation
- Utiliser des moyens d'apprentissage en lien avec ses besoins et en tenant compte de ses caractéristiques d'apprenant
- Évaluer les retombées de son apprentissage sur sa pratique
- Ajuster sa stratégie de développement professionnel continu le cas échéant

Capacité 2: Contribuer aux activités d'érudition

- Participer à des projets / programmes / initiatives de recherche en respectant la démarche scientifique
- Procéder à l'analyse critique de données de recherche et à l'interprétation des résultats

Capacité 3: Amélioration continue de la qualité dans le cadre de l'amélioration de la pratique

- Être en mesure d'identifier les domaines à améliorer dans la pratique et de cibler les opportunités d'amélioration
- Analyser les données sur sa pratique et celle de son groupe de professionnels dans le cadre d'une évaluation de la qualité de l'acte médical
- Se familiariser avec le concept de l'amélioration continue de la qualité

Capacité 4: Favoriser l'apprentissage de tiers

- Aider des tiers à déterminer leurs besoins d'apprentissage
- Guider des tiers dans le choix de moyens d'apprentissage pertinents
- Dispenser des enseignements
- Évaluer les apprentissages et, au besoin, apporter des correctifs

Trajectoire de développement de la compétence érudition

Capacité 1 : Assurer son développement professionnel de façon réflexive

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
• Définit ses besoins de formation à partir des situations cliniques rencontrées y compris des incidents critiques. • Participe à des activités d'apprentissage pour atteindre les objectifs de son stage. • Ajuste ses apprentissages à partir des rétroactions et des évaluations.	• Détermine ses besoins de formation pour atteindre le niveau attendu de maîtrise des compétences dans son programme. • Utilise en situation clinique les outils de recherche documentaire.		• 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.

Capacité 2 et 3 : Contribue aux activités d'érudition

T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
• Les modules de lecture critique et d'ACQ sont complétés en date du 31 décembre	• Formule une analyse critique d'articles scientifiques. • Débute un projet d'érudition et fait le travail attendu tout en remettant les livrables attendues le 31 janvier et T13.	• En collaboration avec ses collègues, a fait le travail attendu pour son type de projet d'érudition (outil de transfert de connaissance, projet ACQ, projet de recherche) et a complété le livrable attendu en T20 (31 décembre)	• Communique les résultats de son projet d'érudition ○ Présente lors de la journée annuelle de l'érudition et de la recherche ○ Présentation de l'outil de transfert de connaissances ou de la démarche ACQ ou du projet de recherche à la population ciblée • A remis le bilan global du projet d'érudition

Capacité 4 : Favoriser l'apprentissage de tiers (notamment les externes)

T0-7	T8-13	T14-20	T21-26
	• Explicite ses actions aux étudiants qu'il supervise. • Adapte le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de son interlocuteur.	• Reconnaît dans une situation clinique les opportunités d'apprentissage. Guide l'étudiant qu'il supervise dans sa recherche d'informations	• Adapte le contenu de son enseignement aux besoins de son interlocuteur. • Aide l'étudiant qu'il supervise à choisir les moyens d'apprentissage les plus pertinents • Donne une rétroaction ciblée et basée sur des gestes et des comportements observés de l'étudiant • Pose des questions pour susciter la réflexion des étudiants et faire émerger leurs besoins d'apprentissage • Fait expliciter à l'étudiant sa démarche clinique et explicite la sienne

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION XI

RÉPERTOIRE DES BUTS ET OBJECTIFS À ATTEINDRE



RÉPERTOIRE DES BUTS ET OBJECTIFS À ATTEINDRE PAR DOMAINE DE SOINS

11.1 PAR DOMAINE DE SOINS

11.1.1 Compétences en soins aux enfants et aux adolescents

Buts

À la fin de sa résidence, le résident :

Prodigue à une clientèle pédiatrique comprenant tant des enfants que des adolescents, des soins de santé globaux et continus, tant préventifs que curatifs, ayant comme objectifs la promotion, le maintien ou le rétablissement de leur bien-être physique et psychologique.

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert connaissances, attitudes et aptitudes dans le domaine de la pédiatrie et de la médecine de l'adolescence par l'intermédiaire d'un stage concentré d'urgence en pédiatrie, d'un stage concentré en pédiatrie hospitalière et d'une variété d'activités cliniques et para cliniques qui sont intégrées dans le stage de médecine de famille dont :

- Cliniques externes de pédiatrie
- Pouponnière
- Clinique des jeunes
- Centre jeunesse
- Cliniques de continuité de soins en CUMF
- Programme de réanimation néonatale (NRP)

Objectifs spécifiques

1. Compétences en prévention

- 1.1. Maîtriser l'examen médical périodique de l'enfant incluant le questionnaire, l'examen physique et les conseils préventifs et anticipatoires appropriés pour l'âge de l'enfant et les ressources des parents.
- 1.2. Évaluer la croissance et le développement de l'enfant et distinguer la pathologie des variantes de la normale en utilisant des outils appropriés (p. ex ABCdaire, courbes de croissance, M-CHAT, etc.).
- 1.3. Promouvoir de saines habitudes de vie : allaitement, alimentation (incluant tous types de diètes, activités physiques, surveillance du poids (...), plus particulièrement dans les populations à risque élevé.
- 1.4. Promouvoir et veiller à l'immunisation complète et adéquate, peu importe la situation incluant les conseils pour une prise de décision éclairée chez les parents réticents à la vaccination.
- 1.5. Reconnaître les indicateurs permettant de suspecter ou de diagnostiquer la maltraitance et prendre les mesures appropriées pour protéger l'enfant victime de négligence, de violence ou d'abus.
- 1.6. Prévenir les comportements à risque chez l'adolescent (accidents, conduite automobile, tabagisme, etc.).

2. Problèmes courants de la petite enfance

Reconnaître, évaluer et traiter les problèmes survenant fréquemment durant la petite enfance se manifestant par :

- 2.1. Pleurs excessifs du nouveau-né
- 2.2. Régurgitations / RGO
- 2.3. Problèmes reliés au contrôle sphinctériens : constipation, fissure anale, énurésie.
- 2.4. Problèmes du sommeil
- 2.5. Problèmes de comportement : spasme du sanglot, crises de colère, morsure, tics et sucement du pouce.
- 2.6. Lésions cutanées : miliaires, milia, hémangiomes, etc.

3. Croissance et développement

Reconnaître, évaluer et traiter les problèmes suivants :

- 3.1. Retard de développement
- 3.2. Retard de croissance
- 3.3. Troubles du langage
- 3.4. Obésité

4. Nutrition

Reconnaître, évaluer et traiter les problèmes suivants :

- 4.1. Intolérance et allergies alimentaires (nutrition)

5. Problèmes infectieux

- 5.1. Évaluer, traiter et référer au besoin l'enfant avec fièvre
- 5.2. Reconnaître, investiguer, traiter et prendre les mesures propres à limiter la transmission des principaux exanthèmes infectieux
- 5.3. Reconnaître et référer promptement les infections susceptibles de compromettre la survie de l'enfant : méningite, méningococcémie, infections invasives
- 5.4. Prescrire judicieusement les antibiotiques

6. Problèmes neurologiques

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes neurologiques rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 6.1. Céphalées
- 6.2. Convulsions
- 6.3. Traumatisme cranio-cérébral

7. Problèmes de la sphère ORL

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes ORL rencontrés en médecine de première ligne se présentant par :

- 7.1. Symptômes infectieux aigus ou récurrents
- 7.2. Ronflements
- 7.3. Masses cervicales
- 7.4. Problèmes d'audition

7.5. Congestion nasale aiguë et chronique

8. Pathologies ophtalmologiques

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes ophtalmologiques rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 8.1. Trouble de la vision
- 8.2. Œil rouge
- 8.3. Larmolement
- 8.4. Symptômes infectieux

9. Pathologies des voies aériennes supérieures et inférieures

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes pulmonaires rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 9.1. Dyspnée
- 9.2. Toux aiguë et chronique incluant le suivi de l'asthme
- 9.3. Respiration sifflante : stridor ou wheezing

10. Pathologies du système cardiovasculaire

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes cardiovasculaires rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 10.1. Souffles cardiaques
- 10.2. Connaître les indications de dépistage de l'hypertension chez l'enfant et être en mesure d'initier l'investigation selon les résultats.
- 10.3. Palpitations

11. Pathologies du système digestif

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes gastro-intestinaux rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 11.1. Constipation
- 11.2. Diarrhée
- 11.3. Douleur abdominale
- 11.4. Encoprésie
- 11.5. Vomissements

12. Pathologies du système uro-génital

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes uro-génitaux rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 12.1. Prise en charge des infections urinaires
- 12.2. Anomalies du sédiment urinaire : hématurie, protéinurie
- 12.3. Énurésie
- 12.4. Anomalies péniennes ou scrotales
- 12.5. Anomalies vulvaires ou écoulement vaginal

13. Pathologies du système musculosquelettique

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes musculo- squelettiques rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 13.1. Malformations congénitales

- 13.2. Anomalies des membres inférieurs
- 13.3. Douleur articulaire et périarticulaire d'origine traumatique
- 13.4. Douleur articulaire et périarticulaire non traumatique (inflammatoire et infectieuse)

14. Pathologies du système endocrinien

Reconnaître, évaluer, initier un traitement ou référer au besoin les principaux problèmes endocriniens rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 14.1. Diabète type I et II
- 14.2. Problèmes thyroïdiens

15. Pathologies de la peau et des phanères

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes cutanés rencontrés en médecine de première ligne se manifestant dans un contexte :

- 15.1. Infectieux
- 15.2. Allergique ou atopique
- 15.3. Acné
- 15.4. De maladie systémique non infectieuse

16. Pathologie du système hématopoïétique

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes hématopoïétiques rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 16.1. Anémies : Dépister l'anémie dans les populations à risque élevé ou chez les patients à risque élevé
- 16.2. Interpréter la FSC et reconnaître les troubles de la coagulation

17. Pathologies psychiatriques

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes psychiatriques rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par :

- 17.1. Troubles de l'humeur
- 17.2. Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- 17.3. Troubles du comportement
- 17.4. Troubles d'apprentissage
- 17.5. Troubles anxieux
- 17.6. Somatisations
- 17.7. Retard intellectuel
- 17.8. Trouble du spectre de l'autisme

18. Problèmes spécifiques à l'adolescence

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes survenant à l'adolescence :

- 18.1. Troubles de l'humeur et suicide
- 18.2. Troubles alimentaires
- 18.3. Sexualité, contraception et grossesse.
- 18.4. Prévention et traitement des ITSS.
- 18.5. Puberté
- 18.6. Scoliose
- 18.7. Troubles du comportement
- 18.8. Toxicomanies

19. Communication, collaboration et professionnalisme

- 19.1. Être en mesure d'adapter les méthodes de communication selon l'âge de l'enfant / adolescent et de ses particularités.
- 19.2. Favoriser une approche de prise de décision partagée entre l'enfant / adolescent, ses parents ou tuteurs, en tenant compte de leurs particularités et des différences culturelles.
- 19.3. Communiquer et collaborer avec la famille, l'école, les professionnels et les services de protection de la jeunesse, le tout dans le respect de la confidentialité de l'enfant / adolescent + connaître et appliquer le cadre légal et les principes éthiques en lien avec l'âge de consentement aux soins.
- 19.4. Connaître et appliquer le cadre légal et les principes éthiques en lien avec l'âge de consentement aux soins.

20. Habiletés techniques

Les habiletés techniques sont répertoriées dans la description des compétences disciplinaires en soins chirurgicaux.

21. Principales urgences pédiatriques, non traumatiques, se présentant dans le cadre d'une pratique de première ligne

Les urgences pédiatriques sont répertoriées dans la section des soins urgents et critiques

11.1.2 Compétences en soins aux adultes

Buts

À la fin de sa résidence, le résident :

- Prodigue à une clientèle adulte des soins de santé globaux (préventifs et curatifs) et continus de haute qualité, avec comme objectifs la promotion, le maintien ou le rétablissement de leur bien-être physique et psychologique.
- Collabore efficacement avec les divers intervenants de la santé pour optimiser la qualité et la continuité des soins offerts à ses patients et à leurs familles.

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert connaissances, attitudes et aptitudes dans le domaine des soins aux adultes par son travail clinique auprès de sa clientèle à la CUMF et des patients de la communauté, d'un stage en région, de même que d'une variété d'activités cliniques, ambulatoires, à domicile et en établissement, et d'activités para cliniques qui sont intégrées dans le stage de médecine de famille.

Objectifs spécifiques

Afin d'éviter de constituer ici une liste exhaustive de pathologies qui reproduirait la table des matières d'un livre de référence de médecine interne, nous avons choisi de nous limiter à détailler certains objectifs :

1. Prise en charge des problèmes indifférenciés

Reconnaître, évaluer, traiter, référer au besoin et assurer le suivi des patients se présentant avec des symptômes indifférenciés :

- 1.1. Fatigue
- 1.2. Perte de poids
- 1.3. Étourdissements
- 1.4. Douleur chronique
- 1.5. Démontrer la capacité de tolérer l'incertitude clinique et adapter la prise en charge des patients en conséquence.

2. Médecine préventive

- 2.1. Adapter l'examen médical périodique à chaque groupe de patients en fonction de leurs spécificités, incluant le dépistage indiqué fondé sur les données probantes.
- 2.2. Évaluer régulièrement les habitudes de vie et faire le « counselling » approprié, incluant les habitudes sexuelles.
- 2.3. Évaluer régulièrement la situation tabagique et conseiller le patient désirant une cessation tabagique.
- 2.4. Identifier les patients qui nécessitent une immunisation et leur offrir les vaccins appropriés.
- 2.5. Recommander, prescrire et assurer le suivi d'une contraception efficace et adaptée.
- 2.6. Évaluer périodiquement la situation familiale et socio-économique du patient, qui inclut la situation professionnelle.
- 2.7. Offrir des conseils de prévention et prescrire les médicaments contre certains problèmes couramment associés aux voyages (p. ex. diarrhées du voyageur, mal de l'altitude).
- 2.8. Chez les patients atteints de maladies aiguës et chroniques et chez leurs proches aidants, évaluer l'impact psychologique du diagnostic et du traitement ainsi que les répercussions au niveau de l'autonomie et au niveau psychologique.
- 2.9. Travailler en collaboration interprofessionnelle.
- 2.10. Prévenir les complications des maladies chroniques.

3. Pathologies courantes en première ligne

Reconnaître, évaluer, traiter, référer au besoin et assurer le suivi des patients aux prises avec les principaux problèmes de santé suivants :

- 3.1. Affections cardio-vasculaires : arythmies, MCAS, insuffisance cardiaque, HTA, dyslipidémie, MVAS, valvulopathie.
- 3.2. Affections respiratoires : Asthme, MPOC, infection pulmonaires aiguës, embolies pulmonaires et thrombophlébites.
- 3.3. Affections endocriniennes : Diabète, ostéoporose, troubles de la thyroïde, obésité, ménopause, syndrome de déficit en testostérone, incidentalome surrénalien.
- 3.4. Affections courantes de la prostate et des testicules: hypertrophie bénigne de la prostate, prostatite, néoplasie, masse scrotale.
- 3.5. Affections courantes de l'arbre urinaire: urolithiase, cystite interstitielle, néoplasies, incontinence urinaire, dysurie, hématurie, cystites, pyélonéphrite aiguë.
- 3.6. Affections néphrologiques: insuffisance rénale aiguë et chronique, néphropathie, protéinurie.

- 3.7. Affections gynécologiques courantes: vulvo-vaginite, saignement vaginal anormal, dysménorrhée et douleur pelvienne, masses de l'utérus et des ovaires.
- 3.8. Santé sexuelle : ITSS, infertilité, dysfonction sexuelle.
- 3.9. Maladies infectieuses : Reconnaître et référer les maladies infectieuses compliquées dont l'endocardite, l'ostéomyélite et les maladies tropicales.
- 3.10. Affections gastro-intestinales: reflux gastro-œsophagien, ulcères, gastrite, maladies inflammatoires de l'intestin, syndrome du côlon irritable, maladie cœliaque, diverticulite, colite infectieuse, gastro-entérite, anomalies du bilan hépatique, pathologies anorectales.
- 3.11. Oncologie : Diagnostiquer, référer et s'assurer du suivi du patient atteint de cancer. Connaître les complications courantes liées aux traitements oncologiques (douleur, volet psychosocial, etc.) Participer à la transition des soins en fin de traitement en centre hospitalier.
- 3.12. Affections hématologiques courantes : Anémie et autres anomalies de la FSC, trouble de la coagulation.
- 3.13. Affections ORL: Otalgie, acouphènes, rhinosinusite, dysphonie, dysphagie, sialoadénite/ sialolithiases, pharyngite, amygdalite, otite, abcès dentaire.
- 3.14. Affections neurologiques: AVC, céphalées, tremblements, troubles neurocognitifs, neuropathies périphériques, vertige.
- 3.15. Affections de l'appareil locomoteur et rhumatologiques : Tendinopathie, bursite, arthrose et arthrite inflammatoire, myalgies, problématique du rachis.
- 3.16. Dermatologie: dermites inflammatoires, dermites infectieuses, cancérologie cutanée en première ligne.
- 3.17. Pathologies ophtalmologiques: lésions paupières, perte de vision.

4. Médecine du travail

- 4.1. Reconnaître, évaluer, traiter, assurer le suivi et référer au besoin des patients avec accidents de travail et maladies professionnelles
- 4.2. Conseiller et soutenir le patient lors de ses démarches auprès de son milieu de travail, de la CNESST, ou d'autres ressources pertinentes.
- 4.3. Agir en conformité avec les lois, règlements et règles administratives en vigueur de manière à contribuer à la reconnaissance, au traitement et à la réadaptation des personnes avec une lésion professionnelle.

5. Pharmacothérapie

Prescrire judicieusement la médication couramment utilisée en médecine de famille en tenant des propriétés intrinsèques de celles-ci (effets secondaires, ajustement rénal et hépatique, contre-indications, etc.).

- 5.1. Utiliser de façon judicieuse les antibiotiques.
- 5.2. Évaluer adéquatement l'observance et la tolérance au traitement.
- 5.3. Évaluer régulièrement la médication afin de limiter la polypharmacologie, de minimiser les interactions médicamenteuses potentielles et de la mettre à jour selon les changements de la situation du patient et/ou des données scientifiques.
- 5.4. Utiliser de façon judicieuse les ressources adaptées au contexte québécois de même que les ressources professionnelles.
- 5.5. Connaître les règles administratives en vigueur (couverture d'assurances, RAMQ, code d'exceptions,

rédaction d'ordonnances).

5.6. Être sensibilisé à l'aspect économique de la médication prescrite

11.1.3 Compétences en périnatalité

But

À la fin de sa résidence, le résident :

Prodigue des soins obstétricaux et périnataux globaux (préventifs et curatifs) et continus, de qualité, centrés sur la famille, avec comme souci principal le bien-être physique et psychologique de la mère, de l'enfant (né ou à naître) et de leur famille. Ces soins s'offriront dans un continuum allant de la préconception à la période postnatale en passant par les périodes prénatales, intrapartum, post-partum et néonatale.

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert connaissances, attitudes et aptitudes dans le domaine de l'obstétrique et de la périnatalité par l'intermédiaire d'un stage concentré en obstétrique et d'une variété d'activités cliniques et para cliniques qui sont intégrées dans le stage de médecine de famille durant lequel le résident assure le suivi complet et l'accouchement d'au moins 6 parturientes de même que le suivi des nouveaux nés et de leur famille.

De plus, le résident est exposé :

- Travail à la pouponnière
- Garde en obstétrique
- Formation en soins critiques obstétricaux (GESTA) et en réanimation néonatale (Neonatal Advanced Life Support ou NALS)

Objectifs spécifiques

1. Période de préconception

- 1.1 Promouvoir la santé des femmes et de leur famille désirant concevoir.
- 1.2 Identifier les facteurs de risque de complications et adopter les mesures appropriées.
 - 1.2.1 Guidance génétique
 - 1.2.2 Prévention des anomalies du tube neural
 - 1.2.3 Prévention des problèmes liés au tabagisme et à la consommation de drogues et des habitudes de vies
 - 1.2.4 Évaluer le risque infectieux et prévoir l'immunisation appropriée.
 - 1.2.5 Prévention des problèmes liés à certaines maladies chroniques et la prise de médication

2. Période prénatale

- 2.1. Assurer le suivi médical de la grossesse

- 2.2. Promouvoir et conseiller l'allaitement
- 2.3. Recommander judicieusement les méthodes de détection des anomalies chromosomiques, en particulier la T21, et savoir interpréter les résultats
- 2.4. Gérer adéquatement la prescription de médicaments
- 2.5. Ajuster le traitement d'une pathologie préexistante et référer en spécialité au besoin
- 2.6. Gérer adéquatement les problèmes courants de la grossesse non compliquée :
 - 2.6.1. Symptômes digestifs (nausées, vomissements, RGO, etc.)
 - 2.6.2. Contacts infectieux (varicelle, cinquième maladie, CMV, rubéole, etc.)
 - 2.6.3. Prurit et éruptions cutanées
 - 2.6.4. Risques reliés au travail et retrait préventif
 - 2.6.5. Infections courantes (infections urinaires, vaginite/ vaginose, etc.)
 - 2.6.6. Problèmes musculosquelettiques
 - 2.6.7. Saignements utérins
 - 2.6.8. Prévenir et prendre en charge les facteurs de risque de complications obstétricales (ex : prescription ASA, etc.)
 - 2.6.9. Savoir interpréter les résultats des bilans sanguins et des échographies
 - 2.6.10. Reconnaître, dépister et référer au besoin les conditions médicales ou psychosociales spécifiques à une grossesse à risque
 - 2.6.11. Reconnaître et prendre en charge les complications courantes (menace de travail prématuré, RPPM, HTAg/PE, RCIU, etc.)

3. Période intra-partum

- 3.1. Prendre en charge le déroulement du travail dans ses différentes phases en collaboration interprofessionnelle
- 3.2. Assurer la surveillance fœtale par monitoring externe et interne, interpréter et gérer un tracé anormal
- 3.3. Induire le travail à terme ou lors d'une rupture des membranes lorsque le bien-être fœtal n'est pas compromis et identifier les patientes qui doivent avoir une maturation du col avant l'induction
- 3.4. Intégrer le partenaire ou accompagnateur dans le déroulement du travail et de l'accouchement
- 3.5. Connaître les méthodes (pharmacologiques et non pharmacologiques) de soulagement de la douleur en travail et conseiller les patientes dans le choix des différentes méthodes dans le respect de ses convictions
- 3.6. Remédier à l'arrêt de progression au premier ou deuxième stade du travail par l'utilisation appropriée de moyens pharmacologiques (ocytocine ou analgésiques) ou non pharmacologiques.
- 3.7. Maîtriser les gestes techniques de l'accouchement et connaître les indications des mesures d'intervention plus invasives ainsi que leurs complications potentielles
- 3.8. Reconnaître les situations dans lesquelles une consultation en spécialité est nécessaire pour prévenir les complications maternelles et fœtales.

4. Période post-partum :

- 4.1. Offrir des soins post-partum (hospitalier et ambulatoire) qui viseront le bien-être de la mère, l'intégration du partenaire et de la famille pour ainsi promouvoir l'attachement au

nouveau-né

- 4.2. Planifier le congé de l'hôpital pour la mère, la famille et le nourrisson, y compris une évaluation du soutien et des conditions sociales qui inclut le suivi communautaire au besoin.
- 4.3. Reconnaître, traiter et référer au besoin les complications immédiates et plus tardives du post-partum
 - 4.3.1. Hémorragie précoce ou tardive
 - 4.3.2. Pré éclampsie du post-partum
 - 4.3.3. Infections pelviennes / Fièvres puerpérales
 - 4.3.4. Blues et dépression post-partum
 - 4.3.5. Évènements thrombo-emboliques
- 4.4. Discuter de contraception et de la planification de grossesse future
- 4.5. Conseiller, soutenir, reconnaître et gérer les problèmes courants de l'allaitement

5. Néonatalogie

- 5.1. Savoir procéder à l'examen initial, à l'évaluation complète et au suivi post-partum du nouveau-né
- 5.2. Connaître les complications possibles de la prématurité et référer au besoin
- 5.3. Discuter de la prévention néonatale (vit. K, érythromycine ophtalmique, dépistage auditif, bébé secoué, dépistage métabolique...)
- 5.4. Reconnaître, investiguer, traiter ou référer au besoin les problèmes fréquents à cet âge :
 - 5.4.1. Métaboliques : hyperbilirubinémie, hypoglycémie
 - 5.4.2. Respiratoires : asphyxie et tachypnée
 - 5.4.3. Infectieux
- 5.5. Connaître les principes et maîtriser les gestes de réanimation du nouveau-né
- 5.6. Connaître les principes de stabilisation avant le transfert des nouveau-nés présentant un problème susceptible de mettre la vie en danger
- 5.7. S'assurer du bien-être psychosocial de la famille lors des visites de suivi subséquentes en bureau.

6. Maîtriser certaines techniques obstétricales

- 6.1. Déterminer la dilatation et l'effacement du col et la position du fœtus
- 6.2. Reconnaître la présentation fœtale à l'aide de l'échographie
- 6.3. Maîtriser les techniques de maturation du col (ballonnet, cervidil)
- 6.4. Effectuer une rupture artificielle des membranes
- 6.5. Mettre en place une électrode interne
- 6.6. Connaître la technique du bloc honteux
- 6.7. Effectuer un accouchement vaginal spontané d'une grossesse unique, à terme, se présentant par le vertex.
- 6.8. Se familiariser avec l'algorithme de l'accouchement instrumental (ventouse ou forceps) et du siège.
- 6.9. Réparer une épisiotomie et/ou une lacération simple vulvaire, vaginale et/ou périnéale du 1^{er} ou 2^e degré.
- 6.10. Anticiper, reconnaître et initier la prise en charge des complications (p. ex dystocie des épaules, circulaire...).
- 6.11. Effectuer un massage bi-manuel.

11.1.4 Compétences en soins aux personnes âgées

Buts

À la fin de sa résidence, le résident :

- Prodigue des soins globaux aux personnes âgées, adaptés aux différents contextes de soins (soins ambulatoires, à domicile, en CHSLD, à l'hôpital) en collaboration interdisciplinaire et en partenariat avec la personne âgée et ses proches
- Détecte, investigue, diagnostique et traite de façon sécuritaire et globale, par des approches pharmacologiques et non pharmacologiques, les syndromes gériatriques suivants en prévenant les complications associées, en partenariat avec la personne âgée et ses proches :
 - Le déclin fonctionnel
 - Les troubles cognitifs
 - Les symptômes comportementaux et psychologiques associés aux démences (SCPD)
 - Le syndrome d'immobilisation, les chutes et les troubles de la marche
 - Le délirium
 - La douleur aiguë et chronique
 - La polymédication
 - La dépression et autres troubles de l'affect
 - La dénutrition
 - L'incontinence, la constipation
 - Les troubles de communication (vision, audition)
 - La maltraitance et l'abus
 - L'épuisement des aidants
 - Troubles du sommeil
 - Troubles de la déglutition et dysphagie oro-pharyngée
 - Troubles dermatologiques fréquents (dont plaies de pression)
- Reconnaît et gère avec discernement les urgences menaçant la vie ou l'intégrité des patients ainsi que les épisodes de décompensation aiguës et subaiguës, en utilisant une approche proportionnée qui tient compte:
 - Des désirs du patient ou de ses proches le cas échéant, de même que sa capacité de se soumettre à des investigations et des traitements
 - Du niveau d'intervention établi
 - Du pronostic inhérent au problème aigu
 - Des moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles
- Évaluer régulièrement la médication afin d'en faire une utilisation judicieuse, de limiter la polypharmacologie notamment avec la rationalisation de la médication, de minimiser les interactions médicamenteuses potentielles et de la mettre à jour selon les changements de la situation du patient et/ou des données scientifiques
- Promouvoir la sécurité et l'autonomie fonctionnelle en s'assurant de dépister les facteurs de risques modifiables, en anticipant les changements nécessaires à l'environnement et en s'assurant du soutien social adéquat
- Se familiariser avec les procédures médico-administratives rencontrées fréquemment dans les soins aux

personnes âgées (CTMSP, mandat en cas d'incapacité, directives médicales anticipées, SAAQ etc.)

- Lorsque la situation se présente, notamment dans le cadre des troubles neurocognitifs, établir l'aptitude en collaboration interprofessionnelle:
 - À consentir à un traitement ou à un soin
 - À gérer ses biens et sa personne
 - À faire son testament

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert connaissances, attitudes et aptitudes en soins aux personnes âgées par l'intermédiaire d'une variété d'activités cliniques et para cliniques (réunion clinique, enseignement formel, ateliers...) qui sont intégrées dans le stage de médecine de famille. Des unités de formations en CHSLD et en Soins à domicile, les UFCI-U, déployées dans tous nos milieux de formation, permettent l'acquisition de connaissances dans ces secteurs de soins et mettent l'accent sur le partenariat patient et le travail de collaboration interprofessionnel.

Le résident aura aussi la possibilité lors de ses visites hospitalières et lors de ses bureaux avec ou sans rendez-vous d'être exposé à un ensemble de situations et pathologies lui permettant d'atteindre la compétence visée

Objectifs spécifiques

1. Soins proportionnés

- 1.1. Établit, applique et révisé un niveau de soins et le choix ou non d'une réanimation cardio-respiratoire, avec la personne âgée, ou ses proches en cas d'incapacité, en fonction de ses désirs, de son état de santé et de son pronostic vital
- 1.2. Applique une approche proportionnée aux soins, en fonction du désir du patient
- 1.3. Accompagne la personne âgée et ses proches lors de la phase terminale de la maladie (soins de fin de vie) et contribue à alléger leur souffrance (physique, psychologique, morale, spirituelle), en collaboration avec l'équipe de soins.

2. Soins à domicile et soins de longue durée

- 2.1. Détecte lors d'un appel d'un patient ou de ses proches, de l'infirmière ou d'un autre intervenant, une situation médicale potentiellement instable qui pourrait être réglée à domicile ou en soins de longue durée afin d'éviter un recours à la salle d'urgence ou une hospitalisation, en tenant compte des capacités des proches à faire face à la situation et également en fonction des ressources du milieu.
- 2.2. Communique efficacement l'information à l'équipe de professionnels impliqués au dossier du patient et élabore un plan de soins en collaboration avec ceux-ci.
- 2.3. Pose un diagnostic et amorce un traitement dans le contexte des soins à domicile et des soins de longue durée, avec les moyens appropriés et selon les ressources disponibles.

3. Soins hospitaliers

- 3.1. Applique l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier quant à la prévention du déclin fonctionnel associée à l'hospitalisation par les moyens suivants:
 - 3.1.1. Le dépistage des facteurs de risque de l'immobilisation et du délirium en appliquant et interprétant les signes vitaux gériatriques AINÉES
 - 3.1.2. La participation à la mise en place et à la réalisation des interventions interprofessionnelles nécessaires à la gestion des facteurs de risque de déclin fonctionnel identifiés et au traitement des complications (p.ex délirium, adaptation en fonction des pertes fonctionnelles et sensorielles du patient, syndrome d'immobilisation, etc.)

11.1.5 Compétences en santé mentale

Buts

À la fin de sa résidence, le résident :

- Reconnaît, évalue et traite les patients de tous âges qui présentent des problèmes de santé mentale, aigus et chroniques.
- Collaborer avec les psychiatres et les équipes de suivi dans le respect de la philosophie des soins partagés.

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert connaissances, attitudes et aptitudes en santé mentale par l'intermédiaire d'une variété d'activités cliniques et para cliniques (réunion clinique, enseignement formel, ateliers...) qui sont intégrées dans le stage de médecine de famille. L'incorporation dans l'équipe enseignante d'un psychiatre ou d'un spécialiste de la relation d'aide (psychologue, travailleur social, infirmière, sexologue...), de même que la participation au programme de soins partagés en psychiatrie et au travail des équipes de santé mentale dans les CLSC et les CSSS permet de parfaire l'enseignement. Un stage permettant l'acquisition des compétences en urgence psychiatrique complète l'éventail des activités éducatives.

Objectifs spécifiques

1. Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales pathologies psychiatriques :

- 1.1. Troubles dépressifs et troubles bipolaires et apparentés
- 1.2. Troubles anxieux et troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés
- 1.3. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress
- 1.4. Troubles à symptomatologie somatique et apparentés
- 1.5. Troubles de la personnalité
- 1.6. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques associés
- 1.7. Troubles de l'alternance veille-sommeil
- 1.8. Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
- 1.9. TDAH Adulte
- 1.10. Troubles addictifs
- 1.11. Trouble du spectre de l'autisme chez l'adulte

2. Évaluer et traiter les problématiques suivantes et référer au besoin

- 2.1. Le patient présentant un risque suicidaire ou homicidaire
- 2.2. Gestion d'un patient en crise (incluant le patient agité ou agressif)
- 2.3. Violence sexuelle (viol, agression sexuelle)

- 2.4. Violence physique et psychologique
- 2.5. Gestion d'un patient avec des problèmes personnels (problèmes conjugaux, familial, travail...)
- 2.6. Deuil

3. Thérapie non pharmacologique

Maîtriser les principes de base de l'intervention de soutien en médecine de famille ainsi que de l'activation comportementale.

- 3.1. Orienter le patient vers la ressource appropriée, y compris les ressources communautaires
- 3.2. Gérer un arrêt de travail et élaborer un plan de retour au travail pour un patient traité pour des problèmes psychologiques
- 3.3. Connaître les principes de base pour une prise en charge globale en santé mentale (habitudes de vie, méditation, pleine conscience, etc.)
- 3.4. Connaître les principales approches utilisées en psychothérapie

4. Thérapie pharmacologique - Connaître la pharmacodynamique et prescrire judicieusement les médicaments des classes suivantes :

- 4.1. Anxiolytiques et hypnotiques
- 4.2. Antidépresseurs
- 4.3. Antipsychotiques
- 4.4. Stabilisateurs de l'humeur
- 4.5. Potentialisateurs de l'humeur
- 4.6. Psychostimulants et autres tx du TDAH

5. Problèmes spécifiques aux enfants et aux adolescents

- 5.1. C.f objectifs enfants et adolescents

6. Troubles liés à l'usage des substances

- 6.1. Dépister activement l'usage de substances à l'aide d'outils standardisés lorsque disponibles
- 6.2. Connaître les médicaments prescrits ayant un potentiel d'induire un trouble d'usage et les prescrire avec prudence
- 6.3. Reconnaître les principaux toxidromes et syndromes de sevrage
- 6.4. Élaborer un plan individualisé de sevrage et de traitement incluant l'usage approprié de la pharmacothérapie (alcool, benzodiazépines, opiacés)

11.1.6. Procédures et habiletés techniques

Objectifs généraux

- Maîtrise les principales techniques de chirurgie mineure réalisées dans un contexte de pratique de première ligne, en connaît les indications, les contre-indications, les risques et reconnaît les indications de référence de spécialité
- Obtient un consentement éclairé du patient et consigne adéquatement au dossier les informations pertinentes à la procédure

Objectifs spécifiques

1. Interventions sur les téguments

- 1.1. Réparation de lacérations : sutures simple et colle
- 1.2. Infiltration d'un anesthésique local
- 1.3. Bloc digital
- 1.4. Biopsie des lésions cutanées
- 1.5. Excision des lésions dermiques dont le kyste sébacé
- 1.6. Cryothérapie des lésions cutanées
- 1.7. Onyctomie partielle et totale
- 1.8. Incision et drainage d'un abcès ou panaris
- 1.9. Biopsie cutanée
- 1.10. Débridement d'une plaie

2. Interventions auriculaires

- 2.1. Exérèse de cérumen ou de corps étranger de l'oreille

3. Interventions en santé de la femme

- 3.1. Frottis cervico-vaginal
- 3.2. Insertion et retrait d'un dispositif intra-utérin
- 3.3. Insérer un implant contraceptif
- 3.4. Biopsie de l'endomètre par aspiration
- 3.5. Accouchement vaginal normal
- 3.6. Massage utérin pour l'hémorragie post-partum
- 3.7. Réparation des lacérations du 1^{er} et 2^{ème} degré
- 3.8. Gestion initiale de la dystocie des épaules

4. Interventions musculo-squelettiques

- 4.1. Aspiration et infiltration de l'articulation du genou
- 4.2. Infiltration de l'épaule
- 4.3. Infiltrations des pathologies musculosquelettiques courantes

5. Injections / ponctions

- 5.1. Injection intramusculaire, sous-cutanée et intradermique
- 5.2. Insertion d'une voie périphérique

6. Habiletés techniques soins urgents et critiques

Maîtriser les gestes techniques suivants :

- 6.1. Protection et canalisation des voies aériennes (incluant l'intubation endotrachéale)
- 6.2. Ventilation par masque et ballon
- 6.3. Défibrillation cardiaque et cardioversion
- 6.4. Technique d'immobilisation spinale et du bassin
- 6.5. Ponction lombaire
- 6.6. Pose d'attelle et poser ou enlever un plâtre
- 6.7. Injection dans l'articulation (épaule, genou)
- 6.8. Réduction de luxations et de fractures
- 6.9. Insertion d'une sonde nasogastrique
- 6.10. Insertion d'une sonde urinaire
- 6.11. Exérèse de corps étranger (œil, nez, oreille, peau)
- 6.12. Paquetage nasal antérieur et postérieur
- 6.13. Cautérisation nasale antérieure
- 6.14. Décompression d'un pneumothorax à l'aiguille
- 6.15. Installation d'un accès intra-osseux

7. Définir les gestes techniques suivants

- 7.1. Insertion d'un drain thoracique
- 7.2. Insertion d'un accès intraveineux central

11.1.7 Compétences en soins palliatifs et de fin de vie

Buts

À la fin de sa résidence, le résident :

- Fournit des soins globaux, personnalisés et centrés sur la personne, répondant aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie ainsi qu'à ceux de leur famille, dans le respect de leur dignité, de leurs valeurs et du principe de soins proportionnés.
- Collabore efficacement avec les divers intervenants de la santé et des services sociaux afin d'assurer la qualité, la sécurité, la continuité et l'accessibilité des soins dans les différents milieux (milieu hospitalier, maison de soins palliatifs, domicile, centre d'hébergement, ressources communautaires.)
- Participe activement aux discussions sur les objectifs de soins, en veillant à ce que l'approche thérapeutique soit alignée sur ces objectifs.
- Reconnaît et anticipe l'évolution vers les soins de fin de vie chez les patients souffrant de maladies oncologiques, dégénératives ou chroniques évolutives, et explique de manière claire, empathique et adaptée aux patients et à leurs familles les différentes options de soins de fin de vie, y compris les soins palliatifs, la sédation palliative (si appropriée) et l'aide médicale à mourir, tout en respectant les valeurs, les croyances et le cadre juridique en vigueur au Québec et au Canada.

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert connaissances, attitudes et aptitudes dans le domaine des soins de fin de vie par l'intermédiaire de son travail clinique auprès de la clientèle de la CUMF, ambulatoire et à domicile. Cet apprentissage est complété par un stage de soins palliatifs, qui peut être intégré dans le stage de médecine de famille.

Les milieux d'exposition possibles sont :

- Unité hospitalière de soins palliatifs
- Équipe hospitalière de consultation
- Maison de soins palliatifs
- Domicile
- Clinique externe
- Centre d'hébergement

Objectifs spécifiques

1. Assurer la gestion de la douleur

- 1.1. Connaître la pharmacologie, la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des analgésiques couramment utilisés (opioïdes, non-opioïdes, coanalgésiques) et les prescrire de façon judicieuse et sécuritaire.
- 1.2. Reconnaître et traiter les effets indésirables des analgésiques.
- 1.3. Connaître et appliquer les approches non pharmacologiques contribuant au soulagement de la douleur.

2. Soulagement de divers symptômes (approche pharmacologique et non-pharmacologique)

- 2.1. Respiratoires : dyspnée, toux et détresse respiratoire, râles terminaux.
- 2.2. Digestifs : inappétence, nausée, vomissements, constipation, occlusion intestinale, ascite et hoquet + anorexie, ascite, hoquet.
- 2.3. Hématologiques : hémorragies, thromboses, embolies.
- 2.4. Psychiatriques : anxiété, dépression, détresse existentielle, confusion, agitation et délirium
- 2.5. Neurologiques : convulsions, myoclonies, compressions radiculaires et médullaires, douleurs neuropathiques
- 2.6. Urinaires : rétention, incontinence, brûlures mictionnelles.
- 2.7. Généraux : sécheresse buccale, ulcérations ou plaies, prurit, œdèmes, insomnie, infection, asthénie.

3. Révision appropriée de la médication

- 3.1. Ajuster la pharmacothérapie en fonction des besoins individuels et de l'état clinique des patients

11.1.8 Compétences en soins urgents et critiques

Buts

À la fin de sa résidence, le résident :

- Traite les pathologies réclamant des soins urgents qui se présentent dans le cadre d'une pratique de médecine de famille.
- Gère les épisodes de soins dont il sera responsable, tant à la salle d'urgence qu'aux soins intensifs

coronariens ou autres.

Structure et environnement d'apprentissage

Le résident en médecine de famille acquiert, connaissances, attitudes et aptitudes dans le domaine des soins urgents et critiques par l'intermédiaire d'un stage concentré d'urgence adulte, d'un stage concentré d'urgence pédiatrique, d'un stage concentré de soins coronariens et en soins intensifs (dans certains milieux) de même que par des activités cliniques équivalent à 2 périodes d'urgence qui peuvent être intégrées dans le stage de médecine de famille.

Compléter son apprentissage :

- L'ACLS réalisé en début de résidence;
- Les activités de garde;
- La journée du patient instable réalisée en fin R1;
- Les 15 cours d'urgence.

Objectifs spécifiques

1. Patients instables

Procéder à l'évaluation initiale, au traitement urgent et à la stabilisation des patients instables se présentant avec :

- 1.1. Trauma
- 1.2. Coma
- 1.3. Arrêt cardio-respiratoire
- 1.4. Insuffisance respiratoire
- 1.5. Intoxication
- 1.6. Anaphylaxie
- 1.7. Choc
- 1.8. Status convulsif
- 1.9. Arythmies
- 1.10. Infarctus
- 1.11. Brûlures majeures

2. Principales urgences adultes, non traumatiques, se présentant dans le cadre d'une pratique de première ligne, de cause :

2.1. Cardio-respiratoire

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes cardio- respiratoires se manifestant par :

- 2.1.1. Douleur thoracique
- 2.1.2. Palpitations et arythmies
- 2.1.3. Syncopes
- 2.1.4. Hypotension et hypertension
- 2.1.5. Dyspnée
- 2.1.6. Toux
- 2.1.7. Hémoptysies

2.2. Abdominale et digestive

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes abdominaux ou digestifs se manifestant par :

- 2.2.1. Douleur abdominale
- 2.2.2. Saignement digestif (haut et bas)
- 2.2.3. Ictère
- 2.2.4. Vomissement
- 2.2.5. Diarrhée
- 2.2.6. Dysphagie

2.3. Génito-urinaire

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes génito-urinaires se manifestant par :

- 2.3.1. Douleur scrotale aiguë,
- 2.3.2. Douleur abdominale
- 2.3.3. Priapisme.
- 2.3.4. Dysurie
- 2.3.5. Rétention urinaire.
- 2.3.6. Écoulement et lésions péniennes

2.4. Gynéco-obstétricale

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences gynéco- obstétricales se manifestant par :

- 2.4.1. Douleur pelvienne
- 2.4.2. Écoulement vaginal ou lésions génitopérinéales
- 2.4.3. Hémorragie vaginale (hors grossesse)
- 2.4.4. Complications per grossesse : saignement vaginal, HTA gestationnelle, prééclampsie
- 2.4.5. Saignement post-partum
- 2.4.6. Fièvre post-partum
- 2.4.7. Accouchement d'urgence

2.5. Neurologique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes neurologiques se manifestant par :

- 2.5.1. Céphalées
- 2.5.2. Convulsions
- 2.5.3. Signes neurologiques focaux
- 2.5.4. Syndromes médullaires aigus
- 2.5.5. Vertige
- 2.5.6. Troubles de l'équilibre

2.6. Métabolique et Endocrinienne

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes métaboliques et endocriniens se manifestant par :

- 2.6.1. Désordres électrolytiques
- 2.6.2. Désordres acido-basiques

- 2.6.3. Complications du diabète
- 2.6.4. Insuffisance rénale aiguë
- 2.6.5. Insuffisance surrénalienne
- 2.6.6. Urgences thyroïdiennes

2.7. ORL

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes ORL se manifestant par :

- 2.7.1. Épistaxis
- 2.7.2. Stridor et obstruction laryngée
- 2.7.3. Otalgie
- 2.7.4. Odynophagie
- 2.7.5. Corps étrangers
- 2.7.6. Infections majeures de la sphère ORL
- 2.7.7. Perte d'audition subite

2.8. Ophtalmologie

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes ophtalmologiques se manifestant par :

- 2.8.1. Perte subite de vision
- 2.8.2. Douleur oculaire
- 2.8.3. Œil rouge
- 2.8.4. Trauma oculaire

2.9. Musculosquelettique non-traumatique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes musculo- squelettiques se manifestant par :

- 2.9.1. Atteintes articulaires
- 2.9.2. Myalgies
- 2.9.3. Lombalgies

2.10. Vasculaire

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes vasculaires se manifestant par :

- 2.10.1. Maladies thromboemboliques
- 2.10.2. Insuffisance artérielle aiguë
- 2.10.3. Œdème des membres inférieurs
- 2.10.4. Syndrome aortique

2.11. Tégumentaire

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes cutanés se manifestant par :

- 2.11.1. Lésions des tissus mous
- 2.11.2. Éruptions cutanées

2.12. Hémato-oncologique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes hémato- oncologiques se manifestant par :

- 2.12.1. Anémie ou thrombopénie nécessitant transfusion
- 2.12.2. Neutropénie fébrile
- 2.12.3. Compression médullaire
- 2.12.4. Complications tumorales
- 2.12.5. Coagulopathies

2.13. Psychiatrique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes psychiatriques se manifestant par :

- 2.13.1. Troubles de l'humeur
- 2.13.2. Symptômes anxieux
- 2.13.3. Symptômes psychotiques
- 2.13.4. Troubles de comportement et de personnalité
- 2.13.5. Tentatives de suicide
- 2.13.6. Intoxications
- 2.13.7. Itinérance et abus de substances
- 2.13.8. Patient agité / situation de Code blanc

2.14. Gériatriques

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principaux problèmes gériatriques se manifestant par :

- 2.14.1. Confusion
- 2.14.2. Troubles cognitifs
- 2.14.3. Chutes
- 2.14.4. Perte d'autonomie

2.15. Environnementales

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences environnementales se manifestant par :

- 2.15.1. Quasi-noyade
- 2.15.2. Coup de chaleur
- 2.15.3. Hypothermie
- 2.15.4. Électrisation
- 2.15.5. Brûlures et engelures
- 2.15.6. Intoxications
- 2.15.7. Prophylaxie post-exposition

2.16. Présentation indifférenciée

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences se manifestant de façon indifférenciée par :

- 2.16.1. Fièvre
- 2.16.2. Altération de l'état de conscience

- 2.16.3. Délirium
- 2.16.4. Faiblesse généralisée
- 2.16.5. Œdème généralisé
- 2.16.6. Perte de poids
- 2.16.7. Asthénie

3. Principales urgences pédiatriques, non traumatiques, se présentant dans le cadre d'une pratique de première ligne, de cause :

3.1. Néonatale

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences néonatales se manifestant par :

- 3.1.1. Ictère
- 3.1.2. Convulsion
- 3.1.3. Apnée
- 3.1.4. Choc
- 3.1.5. Détresse respiratoire

3.2. Neurologique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences neurologiques se manifestant par :

- 3.2.1. Céphalée
- 3.2.2. Méningite

3.3. ORL

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences ORL se manifestant par :

- 3.3.1. Otalgie
- 3.3.2. Mal de gorge
- 3.3.3. Stridor
- 3.3.4. Corps étranger

3.4. Ophtalmologique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences ophtalmologiques se manifestant par :

- 3.4.1. Œil rouge

3.5. Thoracique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences thoraciques se manifestant par :

- 3.5.1. Toux
- 3.5.2. Insuffisance respiratoire
- 3.5.3. Respiration sifflante

3.6. Abdominale et digestive

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences abdominales et digestives se manifestant par :

- 3.6.1. Douleur abdominale
- 3.6.2. Constipation
- 3.6.3. Diarrhée
- 3.6.4. Hématémèse
- 3.6.5. Ictère
- 3.6.6. Vomissement

3.7. Génito-urinaire

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences génito-urinaires se manifestant par :

- 3.7.1. Douleur scrotale
- 3.7.2. Hématurie
- 3.7.3. Dysurie

3.8. Musculosquelettique

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences musculo- squelettiques se manifestant par :

- 3.8.1. Arthralgie
- 3.8.2. Boiterie

3.9. Psychiatriques

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences psychiatriques se manifestant par :

- 3.9.1. Troubles de l'humeur
- 3.9.2. Troubles du comportement
- 3.9.3. Idéation et gestes suicidaires
- 3.9.4. Troubles alimentaires
- 3.9.5. Abus sexuels et PEM

3.10. Présentation indifférenciée :

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales urgences se manifestant de façon indifférenciée par :

- 3.10.1. Fièvre
- 3.10.2. Éruption cutanée
- 3.10.3. Léthargie
- 3.10.4. Syncope
- 3.10.5. Convulsion
- 3.10.6. Faiblesse
- 3.10.7. Pleurs incoercibles

4. Principales urgences traumatiques, adultes et pédiatriques, se présentant dans le cadre d'une pratique de médecine de famille :

4.1. Polytraumatisés

4.1.1. Procéder à l'évaluation initiale

4.1.2. Établir les priorités pour stabiliser et investiguer le patient polytraumatisé

4.2. Traumatisme divers :

Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les traumatismes :

4.2.1. Des tissus mous : brûlures, traumatismes musculaires et ligamentaires

4.2.2. Osseux et articulaire : fractures, luxations...

4.2.3. Crâniens

4.2.4. Du rachis cervical

4.2.5. Thoraciques

4.2.6. Abdominaux

5. Principales situations éthiques, médico-légales, se présentant dans le cadre d'une pratique de première ligne :

5.1 Victimes d'abus (enfant, personne âgée, etc.)

5.2 Victimes de violence physique et sexuelle

5.3 Utilisation de la garde préventive

5.4 Détermination du niveau de soins

6. Pharmacothérapie

Connaître et prescrire judicieusement les médicaments des classes suivantes :

6.1. Analgésiques : narcotiques et non narcotiques

6.2. Sédatifs

6.3. Fibrinolytiques et anticoagulants

6.4. Antihypertenseurs

6.5. Antiangineux

6.6. Antiarythmiques

6.7. Diurétiques

6.8. Anti-infectieux : antibiotiques, antifongiques et antiviraux

6.9. Anti-nauséeux et antiémétiques

6.10. Antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques

6.11. Inducteurs et curares (ISR)

6.12. Amines et vasopresseurs (incluant Épinéphrine)

6.13. Antidotes

6.14. Insulines et hypoglycémifiants

11.1.9 Compétences pour la médecine de famille en région

Buts

À la fin de son stage, le résident :

- Comprend les rôles du médecin de famille qui travaille dans les communautés rurales ou semi-urbaines.
- Connaît les différents aspects de la réalité de l'intégration du médecin de famille et de sa famille dans la vie d'une communauté.
- Connaît l'organisation des soins des milieux ruraux ou semi-urbains.

Structure et environnement d'apprentissage

Dans ce stage de médecine de famille le résident acquiert des connaissances, attitudes et aptitudes par l'intermédiaire d'une variété d'activités cliniques qui reflètent le modèle de pratique des médecins de famille de la région.

Le contenu varie selon l'établissement et les disponibilités de la région mais l'emphasis sera mise sur le suivi de clientèle tout en visant une diversité d'exposition clinique dans des contextes de soins variés.

Le stage en région sera aussi l'occasion pour plusieurs résidents de mettre en pratique les concepts appris lors des activités académiques en santé autochtone, notamment celui de la sécurisation culturelle.

- Suivi en bureau
- Urgence
- Hospitalisation
- Cliniques externes générales
- Cliniques externes spécialisées en lien avec la médecine de famille
- Suivi de grossesse et accouchements
- Domicile
- Soins prolongés en CHSLD et autres milieux d'hébergement
- Consultations ambulatoires en cabinet privé et/ou CLSC
- Programmes en CLSC
- Activités particulières à la région (Réserves indiennes)
- Cliniques externes spécialisées en lien avec la médecine de famille
- Activités médico-administratives

Objectifs spécifiques

1. Vivre et pratiquer en région

- 1.1. Connaître les différents aspects de la réalité de l'intégration du médecin de famille et de sa famille dans la vie d'une communauté. Comprendre les différentes dimensions de l'intégration du médecin de famille tant personnelle que professionnelle au sein d'une communauté régionale.
- 1.2. Décrire et comprendre l'organisation des soins des milieux ruraux ou semi-urbains.
- 1.3. Développer une compréhension concrète de la diversité et de la richesse de la pratique de la médecine de famille en région éloignée tant sur le plan clinique que sur le plan personnel.
- 1.4. Se familiariser avec les habitudes de vie et les valeurs locales et reconnaître les différences socioculturelles afin d'améliorer la prestation de soins.

2. Offrir des soins adaptés en milieu de région éloignée

- 2.1. Évaluer et traiter un patient et sa famille dans les différents contextes de soins propres à la communauté régionale.
- 2.2. Se familiariser avec la pratique polyvalente d'un médecin en région éloignée qui s'effectue dans une variété de milieux cliniques.
- 2.3. Adapter sa démarche en fonction des ressources humaines et matérielles du milieu, en incluant les ressources communautaires lorsque pertinent.
- 2.4. Reconnaître les indications de transfert d'un patient en situation critique en tenant compte des préférences du patient, des implications sociales et de la gestion responsable des ressources.
- 2.5. Stabiliser, sous supervision, un patient instable pour un transfert vers un centre tertiaire au moment approprié, de façon sécuritaire et efficace et en prévoyant les complications possibles pendant le transport.
- 2.6. Savoir communiquer adéquatement avec les collègues spécialistes de d'autres milieux pour aller chercher des conseils et du soutien pour les soins de nos patients.
- 2.7. Porter une attention particulière à la confidentialité des patients dans un milieu rural
- 2.8. Intégrer, avec l'aide des superviseurs, les particularités épidémiologiques du milieu et dépister les facteurs prédisposants, signes et symptômes précoces de ces pathologies (génétique, maladies professionnelles, etc.)

11.1.10 Compétences en santé autochtones

NB. Dans le texte qui suit le terme « Autochtones » désigne collectivement les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada.

Objectifs spécifiques

1. Historique et déterminants de la santé

- 1.1. Comprends les liens entre les lois et pratiques gouvernementales d'hier et d'aujourd'hui et les résultats intergénérationnels qui en ont découlé en matière de santé
- 1.2. Comprends comment certaines réalités bio-psycho-socio-spirituelles propres à certaines communautés autochtones peuvent influencer leur santé
- 1.3. Explique le concept d'inégalité qui existe dans l'accès aux soins pour les autochtones ainsi que les facteurs qui y contribuent et prend en compte ces différences dans la couverture des soins de santé
- 1.4. Reconnaît l'hétérogénéité des différentes communautés autochtones

2. Fournir des soins qui favorisent l'équité et la sécurité culturelle

- 2.1. Comprends le concept de sécurisation culturelle, ses fondements et ses implications en contexte de soins
- 2.2. Reconnaît les préjugés véhiculés au sujet des autochtones et de leurs communautés afin de mieux les percevoir lorsqu'ils se présenteront et démontre la capacité d'établir une relation positive dans les soins proposés
- 2.3. Lors de l'évaluation des patients autochtones, tient compte de la prévalence locales de certaines maladies (p. ex., tuberculose, maladies liées à l'eau ou environnementales, maladies liées aux sources traditionnelles de nourriture, santé dentaire, santé mentale et toxicomanie, etc.) ainsi que des réalités socio-économiques
- 2.4. S'enquiert avec respect des approches thérapeutiques traditionnelles et démontre comment intégrer ces informations dans la prestation de soins
- 2.5. Connaît et intègre dans le plan de soins les divers services offerts aux autochtones dans la communauté
- 2.6. Lorsque le transfert d'un patient autochtone est envisagé, reconnaître le traumatisme potentiel lié au départ de la communauté et offrir l'accompagnement nécessaire selon les désirs du patient (prise de décision partagée)
- 2.7. Comprends les implications des croyances et de la culture des autochtones en lien avec le traitement, la prévention et la promotion de la santé
- 2.8. Reconnaît les situations de vulnérabilités des autochtones délocalisées de leur milieu d'origine et des difficultés d'intégration dans leur communauté d'accueil, en particulier en milieu urbain

11.1.11 Compétences en populations sous-desservies

Objectifs spécifiques

1. Sécurité et sensibilité culturelles

- 1.1. Comprends le concept de sécurisation culturelle, ses fondements et ses implications en contexte de soins
- 1.2. Se sensibiliser avec les traditions, croyances et habitudes du patient, et reconnaître les différences afin de créer un environnement sécuritaire pour tous
- 1.3. Envisager de solliciter des conseils ou de l'aide de personnes qui connaissent bien la culture du patient

2. Population immigrante et réfugiés

- 2.1. Dans le cadre du suivi des nouveaux immigrants, évaluer l'état de la vaccination et offrir les vaccins nécessaires
- 2.2. Être capable de s'adapter à leur contexte culturel ainsi qu'à la barrière linguistique, dont l'utilisation d'un service de traduction
- 2.3. Évaluer la disponibilité des réseaux de soutien, soit la famille, les organismes communautaires, etc., et accompagner adéquatement le patient
- 2.4. Tenir compte des maladies infectieuses ayant pu être acquises avant l'immigration.
- 2.5. Être capable de décrire comment les déterminants sociaux de la santé ont un impact direct sur la santé des individus et dans leurs communautés d'adoption
- 2.6. S'informer de l'utilisation de traitements non conventionnels
- 2.7. Dépister et faire la prise en charge des problématiques de santé mentale et d'abus de cette population

3. Préoccupations liées au genre ou à la sexualité

- 3.1. Déstigmatiser les préoccupations liées au genre et à la sexualité.
- 3.2. Comprendre la différence dans la terminologie utilisé (orientation sexuelle, identité de genre, expression de genre, sexe assigné à la naissance...).
- 3.3. Reconnaître ses propres préjugés et s'assurer que le patient reçoive les soins appropriés.
- 3.4. Informer le patient sur les ressources offertes dans la communauté et savoir référer le patient aux intervenants appropriés lorsque cela est indiqué.
- 3.5. Fournir avec assurance des soins primaires aux adultes en transition ou ayant effectué une transition de genre, y compris pour ce qui est du suivi des traitements (notamment hormonaux)
- 3.6. Mettre en œuvre des mesures de santé préventive et de dépistage adaptées à la physiologie de chaque patient. Adapter le suivi et le dépistage relié au sexe assigné à la naissance.

4. Patients en situation de vulnérabilité

- 4.1. Identifier les obstacles à la mise en place d'un plan d'intervention et participer à la recherche de solutions appropriées (ressources du patient, de ses proches, de l'équipe et de la communauté)
- 4.2. Fournir des soins sécuritaires et appropriés à leurs situations auprès des patients qui vivent dans des situations de vulnérabilité sociale comme la pauvreté et l'itinérance, le travail du sexe, etc.

- 4.3. Connaître les interventions cliniques qui ont le plus d'impact lorsqu'on se retrouve dans des environnements où les ressources sont limitées (vaccination, programmes de santé maternelle et infantile, médicaments de base accessibles, éducation en matière de santé)."
- 4.4. Informer le patient sur les ressources offertes dans la communauté.
- 4.5. Comprends les contextes individuels et collectifs qui ont mené la personne à se retrouver en situation de précarité et/ou vulnérabilité sociale.

11.1.12 Compétence transversale – santé planétaire et pertinence des soins

Cette compétence vise à maintenir et à promouvoir la santé des générations actuelles et futures afin d'assurer une santé à long terme des individus, des communautés et des écosystèmes. Elle prend en compte l'équité sociale dans l'accès aux milieux et aux ressources favorisant le développement et le maintien de saines habitudes de vie, l'impact de l'environnement sur la santé ainsi que la pertinence des soins.

Global :

1. À la fin de sa formation, le résident sera en mesure de relever des défis liés à la promotion de la santé à court et à long terme, en tenant compte du besoin de maximiser les bénéfices au patient tout en minimisant les coûts écologiques, sociaux et économiques des soins (notion du triple bilan).
 - a. Reconnaître l'influence de la profession médicale au niveau de la santé planétaire, des soins pérennes et de la pertinence des soins et son potentiel de leadership en collaboration avec les autres professionnels de la santé et des acteurs sociaux.
 - b. Adopter une approche fondée sur les données probantes à l'égard :
 - i. De la crise écologique (changements climatiques, pollution, déclin de la biodiversité) et de ses conséquences sur la santé humaine et sur les systèmes de santé
 - ii. De l'utilisation judicieuse des ressources et de la pertinence des soins
 - iii. Des pratiques cliniques pérennes (dont la carboneutralité dans les soins de santé)

Objectifs spécifiques :

2. Pertinence des soins
 - a. Reconnaître l'existence du surdiagnostic, de la surutilisation et de la surmédicalisation dans un contexte clinique
 - b. Être en mesure de mettre en place des changements dans sa pratique permettant de diminuer l'utilisation des soins de faible valeur ajoutée (« low value care ») :
 - i. Dans les investigations
 - ii. Dans les traitements
 - c. Utiliser judicieusement les tests de dépistage en tenant compte des données probantes, des valeurs et des préférences des patients et intégrer cette notion lors du processus de décision partagée.
 - d. Utiliser de façon appropriée la déprescription lorsque pertinent.

3. Santé planétaire

- a. Comprendre les causes et déterminants de la crise écologique (changements climatiques, pollution, déclin de la biodiversité) et ses conséquences sur la santé des individus et des communautés, particulièrement dans une optique d'équité.
 - b. Identifier les facteurs de risque et de vulnérabilité face à la crise écologique, et adapter la prise en charge de ces patients en leur communiquant les conseils préventifs et thérapeutiques pertinents à leur statut de santé, ainsi qu'à leur contexte social, économique, et culturel.
 - c. Adopter des pratiques cliniques organisationnelles de soins pérennes pour tendre vers la carboneutralité en médecine familiale (par exemple mais non limité à : gestion de l'énergie, choix du matériel, organisation de l'espace, etc.) et intégrer l'empreinte écologique des interventions médicales dans la prise de décision lorsque plusieurs options diagnostiques ou thérapeutiques équivalentes sont disponibles.
 - d. Identifier et nommer les interventions cliniques fondées sur les données probantes qui génèrent des co-bénéfices pour la santé humaine et l'environnement, lorsque cliniquement appropriées (mobilité active, alimentation durable, exposition à la nature, etc.)
4. Connaître les ressources locales à la disposition des patients afin de promouvoir un accès équitable aux ressources favorisant le développement et le maintien de saines habitudes de vie.

11.1.13 Compétence transversale – Unité d'hospitalisation en médecine de famille (UHMF) durant la résidence

Programme de médecine de famille

Unité d'hospitalisation en médecine de famille (UHMF) durant la résidence

Document adopté en comité du curriculum le 28 octobre 2022

Énoncé de formation du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

À la fin de leur formation, tous les diplômés sont capables d'agir en tant que médecins traitants pour les patients hospitalisés. Ils cogèrent et procèdent au transfert de la responsabilité des soins vers d'autres spécialistes, au besoin, en fonction des ressources et de l'organisation locale des soins de santé.

Le résident en médecine de famille doit être exposé à une pratique hospitalière en soins aux adultes représentative de la pratique du médecin de famille afin de lui permettre d'acquérir l'éventail des compétences nécessaires. En effet, le médecin de famille suit les patients hospitalisés en tant que médecin traitant, où il fournit des soins complets. Le médecin de famille prend en charge la « situation globale » du patient hospitalisé, en communiquant avec les familles, en établissant des objectifs de soins et en organisant les transitions de soins.

Les résidents en médecin de famille doivent être supervisés par des médecins de famille durant la prestation de ces soins hospitaliers. Il est donc primordial que l'unité d'hospitalisation en médecine de famille ait une quantité et une variété de cas qui permettent l'atteinte des compétences visées.

Un large éventail de problèmes cliniques sont traités dans le cadre des soins prodigués par le médecin traitant, souvent en collaboration avec d'autres spécialistes, en procédant à des consultations plus formelles au besoin, ainsi qu'en transférant l'entière responsabilité à d'autres collègues lorsque cela s'avère requis, notamment en fonction des ressources.

Cette exposition doit être répartie de façon intégrée durant les périodes de stage de médecine de famille durant les deux années de résidence :

- Spécificités
 - Exposition visée : 6 fois 7 jours,
 - Exposition minimale : 5 fois 7 jours

- Nombre de patients visés pour la tournée*

R1	Début	5
	Fin	8-10
R2**	Début	10-12
	Fin	12-15

*Un résident ne sera pas pénalisé au niveau de l'évaluation si les contraintes du milieu ne permettent pas une prise en charge du nombre visé de patients.

**Noter que durant le R2, les résidents devraient avoir un éventail de cas actifs ainsi que des cas plus stables afin de permettre d'atteindre un débit qui s'approche de la réalité du médecin de famille en début de pratique.

La supervision d'externes par les résidents 2 est fortement recommandée si l'organisation du milieu s'y prête.

L'évaluation de ces semaines d'hospitalisation se fait lors des évaluations des stages de médecine de famille, notamment avec l'activité professionnelle fiable 6 et 11.

Parmi les objectifs de formation spécifique à l'UHMF, notons :

- Évaluer la **nécessité** d'une admission à l'hôpital et gérer ce processus
- Effectuer la planification préalable des soins, évaluer l'aptitude à consentir aux soins et établir les objectifs de soins pendant l'hospitalisation.
- Diagnostiquer et prendre en charge les présentations et les troubles courants nécessitant une hospitalisation
- Gérer les épisodes de décompensation aiguë et subaiguë des patients sous ses soins et organiser au besoin un transfert sécuritaire vers une unité de soins plus appropriée (p.ex soins intensifs, soins palliatifs, médecine spécialisée, autres établissements médicaux, etc.)
- Utiliser une approche proportionnée qui tient compte des désirs du patient ou de ses proches le cas échéant, de même que sa capacité de se soumettre à des investigations et des traitements, du niveau d'intervention établi, du pronostic inhérent au problème aigu et des moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles.
- Contribuer activement au système de garde en disponibilité pour les patients hospitalisés.
- Collaborer avec l'équipe de soins de l'hôpital (médecins, professionnels et personnel de soins) pour maintenir la continuité et la coordination des soins, et assurer une utilisation appropriée des ressources.
- Communiquer régulièrement avec les patients et leurs proches aidants concernant l'évolution de l'état de santé et la planification des soins

- Remplir la documentation médicale et le dossier médical de l'hôpital, selon les normes en vigueur.
- Coordonner les soins et gérer la transition des soins en portant une attention particulière au transfert de patients entre médecins et à la planification du congé de l'hôpital. Dans une optique de transfert sécuritaire des soins au congé, il doit assurer une transition des soins vers le professionnel traitant ainsi que vers les soins de la communauté, ce qui inclut la transmission des informations pertinentes (p.ex feuille sommaire)

En fonction du patient et du type de pathologie rencontrés, les objectifs de formation peuvent s'étendre à ceux de plusieurs secteurs de soins, dont les soins aux adultes, les soins aux personnes âgées, les soins urgents et critiques, les soins palliatifs et de fin de vie, en plus de ceux des compétences transversales.

Annexe 1

Liste des affectations auxquelles une exposition est souhaitée

(La liste des affections ciblées par système n'est pas exhaustive et pourrait inclure d'autres éléments)

- Affections cardio-vasculaires: arythmies, MCAS, insuffisance cardiaque, HTA, MVAS, valvulopathie, péricardite, myocardite, endocardite
- Affections respiratoires: Asthme, MPOC, infections pulmonaires aiguës, embolies pulmonaires et thrombophlébites profondes
- Affections endocriniennes: Diabète, troubles de la thyroïde, ostéoporose (fractures), insuffisance surrénalienne
- Affections courantes de l'arbre urinaire: urolithiase, pyélonéphrite aiguë, rétention urinaire aiguë
- Affections néphrologiques: insuffisance rénale aiguë et chronique, néphropathie, protéinurie, désordre électrolytique
- Maladies infectieuses : Reconnaître et traiter les maladies infectieuses compliquées, bactériémie, fièvre sans foyer, choc septique, SIRS
- Affections gastro-intestinales: œsophagite, hémorragie digestive haute et basse, ulcère, gastrite, maladies inflammatoires de l'intestin, diverticulite, colite, gastro-entérite, hépatite, cirrhose, ictère, pathologies de l'arbre biliaire, pancréatite
- Oncologie : Investiguer et s'assurer du suivi du patient atteint de cancer, incluant la prise en charge des complications et des traitements (radiothérapie, chimiothérapie ...)
- Prévenir les complications potentielles des patients hospitalisés et gérer au besoin ces complications (p.ex : syndrome d'immobilisation, dénutrition ...)
- Affections hématologiques courantes : Anémie et autres anomalies de la FSC, trouble de la coagulation
- Affections ORL : dysphagie, pharyngite et amygdalite compliquées
- Affections neurologiques: AVC, troubles neurocognitifs, neuropathies périphériques, vertige, troubles de l'équilibre et chutes, syncope, évaluation des céphalées, saignement intracrânien.
- Affections de l'appareil locomoteur et rhumatologiques : arthropathie, problématique du rachis

- Gestion de la douleur aiguë et chronique
- Dermatologie: *plaies compliquées*, plaies de pression, cellulite et lymphangite
- Soins aux personnes âgées : le déclin fonctionnel, les symptômes comportementaux et psychologiques associés aux démences (SCPD), application de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
- Intoxications et sevrage
- Gestion du patient agité ou en crise, dont le delirium

11.1.14 Compétence transversale – Stage de cardiologie

Programme de médecine de famille – Stage de Cardiologie

Document adopté en comité du curriculum le 9 décembre 2022

Le stage de cardiologie vise à prime abord à acquérir les compétences liées aux objectifs de soins spécifiques à la cardiologie. Ceci peut être atteint par un éventail d'exposition qui peut comprendre :

- Consultations à l'urgence ou de patients hospitalisés
- Hospitalisation de patients sur l'unité de cardiologie
- Clinique externe de cardiologie
- Unité coronarienne ou soins intensifs adaptés à la première ligne

Le stage est d'une durée de 4 semaines (stage intégré dans le cursus de certaines CUMF).

Quels sont les activités professionnelles confiées (APC) du stage?

- Traite et assure le suivi des patients avec cardiopathie ischémique, stable et instable.
- Traite et assure le suivi des patients avec insuffisance cardiaque, stable et instable.
- Évalue et traite les patients avec des arythmies courantes (dont fibrillation auriculaire, flutter, bradycardies et blocs A-V)
- Reconnaît et investigate les valvulopathies courantes.
- Distingue les conditions qui peuvent être traitées par un médecin de famille de celles qui doivent être référées à un cardiologue.

Liste des affections auxquelles une exposition est souhaitée

La liste n'est pas exhaustive et pourrait inclure d'autres éléments. Certains éléments peuvent également être couverts par le biais de l'exposition dans d'autres stages (p.ex stage urgence, stage de soins intensifs).

Si une affection n'est pas couverte par le biais du stage de cardiologie, la CUMF doit s'assurer de la couverture par le biais des autres expositions.

- Arythmies courantes (FA, flutter auriculaire, bradycardie, blocs A-V...)
- Cardiopathie ischémique
- Insuffisance cardiaque
- Valvulopathies courantes
- Péricardite, myocardite et autres cardiopathies non ischémiques

- Principales urgences adultes, non traumatiques, se présentant dans le cadre d'une pratique de première ligne, de cause cardio-respiratoire
 - Douleur thoracique
 - Palpitations et arythmies
 - Syncopes
 - Hypotension et hypertension
 - Dyspnée
- Reconnaître et amorcer la prise en charge des patients avec une condition instable pouvant survenir dans le cadre des soins coronariens
 - Choc cardiogénique
 - Réanimation cardio-respiratoire
 - Insuffisance cardiaque décompensée et l'insuffisance respiratoire
 - Cardiopathies ischémiques instables
 - Arythmies (incluant la cardioversion et l'installation d'un stimulateur cardiaque externe)

11.1.15 Compétence – échographie

Objectifs de formation :

1. Reconnaître, en clinique, l'indication de réaliser une échographie ciblée.
2. Générer et interpréter des images échographiques de qualité pour les conditions cliniques énumérées dans les cibles d'apprentissage.
3. Mettre en œuvre un plan d'interventions adapté aux trouvailles échographiques.
4. Consigner clairement au dossier du patient toutes les informations pertinentes.
5. Informer les patients du fait que l'échographie est réalisée dans un contexte d'enseignement et expliquer clairement les limites qu'impose ce contexte à l'interprétation et à l'utilisation de ses résultats. **Il est de la responsabilité du superviseur de gérer les résultats non attendus et de communiquer avec le patient pour éviter une anxiété excessive par rapport aux résultats.**
6. Obtenir le consentement éclairé d'un patient avant de réaliser une échographie ciblée.
7. Connaître les principes de base (physiques et techniques) de l'échographie.
8. Développer des stratégies pour maintenir ses compétences en échographie ciblée.



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

1.1. LES SUJETS PRIORITAIRES ET ÉLÉMENTS CLÉS POUR ÉVALUATION EN MÉDECINE FAMILIALE

<https://www.cfpc.ca/fr/education-professional-development/educational-frameworks-and-reference-guides/assessment-objectives-for-certification-in-fm>

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION XII

SOUTIEN À L'APPRENTISSAGE



SOUTIEN À L'APPRENTISSAGE

12.1 LE PROGRAMME ACADÉMIQUE

Le programme académique regroupe un ensemble d'enseignements qui sont communs à tous les résidents du programme de médecine de famille et qui s'étalent sur les deux années de la résidence. Il valorise la pratique réflexive et la construction des compétences, et vise à assurer la formation dans tous les contextes de soins d'un médecin de famille.

L'enseignement dans ce programme comprend les volets suivants :

7.1.1. Situations d'urgence en médecine interne

- P1 et P2, asynchrone en ligne
- Obligatoires pour les R1
- Quelques exemples : FA, OAP, urgences en infectiologie, insuffisance rénale, épilepsie, etc.

7.1.2. Cours d'urgence

7.1.2.1. Programme de 15 cours répartis sur les 2 ans

7.1.3. PABP

Le comité du programme académique recommande l'utilisation du programme d'apprentissage basé sur la pratique (PABP) de la *Fondation de l'éducation médicale continue de l'Université McMaster* parce qu'il suscite une réflexion basée sur la pratique.

7.1.3.1. Possibilité de prévoir des modules additionnels dans chaque milieu selon les besoins.

7.1.4. Journées académiques

- Deux journées par année de résidence de type "congrès". Ces journées sont en présentiel et ont lieu dans chacune des CUMF.
- Une journée de simulations de cas urgents appelée la journée du « patient instable » a lieu à chaque année en fin P11.
- Une journée centrée sur la toxicologie qui a lieu en septembre de la première année de résidence.
- La journée annuelle d'érudition et de la recherche où les R2 présentent leur projet d'érudition et les R1 assistent aux présentations.
- Le calendrier des journées académiques est disponible sur le portail académique [Studium FC](#) des résidents ainsi que sur la page web du [DMFMU](#).

7.1.5. Parcours éthique

L'enseignement se fait localement dans les CUMF.

- 7.1.5.1. Éthique dans nos relations avec l'industrie
- 7.1.5.2. Éthique narrative
- 7.1.5.3. Éthique et communication
- 7.1.5.4. Éthique clinique au quotidien

7.1.6. Formations obligatoires R1

- 7.1.6.1. Soins critiques – ACLS (Advanced Cardiac Life Support)
- 7.1.6.2. GESTA (gestion du travail et de l'accouchement)
- 7.1.6.3. PRN (réanimation néonatale)
- 7.1.6.4. Formation en pédagogie
- 7.1.6.5. Formation sur la sécurité

7.1.7. Communication

L'enseignement se fait sous la forme d'ateliers dans chaque CUMF.

- 7.1.7.1. Ateliers Calgary-Cambridge
- 7.1.7.2. Atelier sur les interventions de soutien
- 7.1.7.3. Atelier sur les interventions en approche cognitivo-comportementale

7.1.8. Modules de lecture critique et d'amélioration continue de la qualité (ACQ)

- 7.1.8.1. 4 Modules de lecture critique et 7 modules ACQ à faire.
- 7.1.8.2. 6 demi-journées vous seront libérées dans vos CUMF pour les faire.
- 7.1.8.3. Les modules sont disponibles dans le Portail académique [Studium FC](#) dans la section « Parcours académique » / « Parcours académique R1 »

7.1.9. Contenu formel autre en CUMF

Vous aurez au cours de votre formation de 2 ans un ensemble de cours permettant de couvrir la majorité de vos objectifs de résidence.

CHAQUE CUMF A UN RESPONSABLE LOCAL DU PROGRAMME ACADÉMIQUE QUI A POUR TÂCHE DE COORDONNER LA MISE EN PLACE ET LE BON FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME DANS SA CUMF.

LA PARTICIPATION DES RÉSIDENTS À TOUTES LES COMPOSANTES DU PROGRAMME ACADÉMIQUE EST OBLIGATOIRE.

12.2 LE PROJET D'ÉRUDITION

Les résidents doivent réaliser un projet d'érudition durant leurs deux années de résidence. Le projet d'érudition à 4 objectifs principaux :

1. L'engagement dans l'amélioration continue de ses activités professionnelles par un processus de formation continue.
2. L'enseignement aux étudiants, aux résidents, à d'autres professionnels de la santé, aux patients et à ses proches et au public.
3. L'intégration des données probantes disponibles dans les activités professionnelles.
4. La contribution à la création et à la diffusion de savoirs applicables en médecine familiale.

Les résidents font le choix du format de leur projet d'érudition, entre les 3 formats suivants :

9. Projet d'amélioration de la pratique et transfert des connaissances
10. Projet d'amélioration continue de la qualité (ACQ)
11. Projet de recherche

Le projet est par la suite présenté à la Journée d'érudition et de la recherche du programme de médecine de famille à la fin de votre résidence.

La description complète du projet ainsi que ses différentes étapes se trouvent sur le Portail académique.

12.3 Portail académique des résidents

Les résidents ont accès à un portail académique qui regroupe une tonne d'information sur le programme de médecine de famille ainsi qu'une large base de données avec plus de 300 ressources, cours et présentations diverses.

L'ensemble des liens pour accéder aux différents sites fréquemment utilisés, est accessible via ce portail.

C'est votre point d'entrée unique vers le programme!

- Pour y accéder, allez sur Studium FC : <https://studiumfc.umontreal.ca/>
- Vous devez vous brancher avec votre identifiant UdeM

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION XIII

ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES



ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

13.1 L'ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE

Le programme de résidence en médecine de famille s'est doté d'une politique qui vise à assurer une démarche systématique et continue d'encadrement et d'interventions pédagogiques au cours de la résidence. Elle facilite le dépistage précoce des difficultés de tous genres que peuvent éprouver les résidents au cours de leur formation et favorise l'introduction précoce des moyens pertinents et efficaces de remédiation. Cette politique reconnaît aussi l'importance de l'implication du résident tout au long de ses apprentissages et l'importance des évaluations sous toutes leurs formes dans la progression du résident.

L'accompagnement pédagogique comprend :

13.1.1 L'accueil

La clinique universitaire de médecine de famille accueille chaque nouveau résident lors de son entrée en stage de médecine de famille. Cet accueil est l'occasion de clarifier les termes du contrat pédagogique (objectifs pédagogiques, moyens d'apprentissage, modalités de supervision et d'évaluation) et d'expliquer aux résidents le mode de fonctionnement de la CUMF et les attentes qu'ont les enseignants envers eux. Le cahier du programme local est remis au résident à ce moment. L'accueil peut être fait par le conseiller pédagogique du résident ou par tout autre enseignant de la CUMF.

13.1.2 L'attribution d'un conseiller pédagogique à chaque résident

Chaque CUMF doit offrir un accompagnateur pédagogique à chacun de ses résidents. Cet accompagnateur soutiendra le résident tout au long de son parcours académique. Il ne doit pas participer au processus d'évaluation sanctionnelle, autre que par la supervision quotidienne.

L'accompagnateur pédagogique doit rencontrer son résident au moins 3 fois par année. La préparation de la rencontre par les deux parties constitue un préalable, incluant une réflexion écrite du résident consignée dans le formulaire standardisé du programme.

Pour éviter tout conflit d'intérêts (réel ou apparent), l'accompagnateur pédagogique ne doit pas cumuler, auprès d'un résident, des fonctions pédagogiques et thérapeutiques. S'il peut offrir écoute et support, il ne doit pas se substituer, lorsqu'elles sont requises, aux ressources thérapeutiques professionnelles. Si nécessaire, il doit pouvoir référer le résident aux ressources disponibles.

Le mandat de l'accompagnateur pédagogique est d'une durée d'une année. Le jumelage se fait au hasard la première année. Le résident peut choisir de demeurer avec le même accompagnateur pédagogique pour la deuxième année, ou changer. Le jumelage, lors de la deuxième année, peut se faire soit au hasard, soit en respectant le choix des résidents.

13.1.3 La supervision

RÉFÉRENCE : [15.15 POLITIQUE DE SUPERVISION CLINIQUE](#)

13.2 L'ÉVALUATION¹⁴

En tant que résident inscrit ou en stage à l'Université de Montréal, vous avez la responsabilité de vous familiariser avec vos objectifs d'apprentissage et les règles régissant votre évaluation.

Vous devez vous soumettre aux différentes procédures d'évaluation de votre programme, conformément au [Règlement des études médicales postdoctorales](#) disponible sur le [site Web des études médicales postdoctorales](#).

13.2.1 Généralités

L'évaluation comporte deux volets :

- 1) Une **évaluation des stages** et autres activités d'apprentissage, notamment les cours théoriques, ateliers, séminaires, laboratoires, etc.
- 2) Une **évaluation longitudinale** qui porte sur l'acquisition de l'ensemble des compétences requises pour votre niveau de formation.

Vous êtes soumis à l'évaluation non seulement de vos connaissances, mais de vos attitudes et de vos habiletés, ainsi qu'à l'évaluation de votre comportement en milieu professionnel.

L'évaluation peut se faire sous forme d'observation, de travaux ou d'examens. Elle comporte également des données issues de personnes (professeurs, professionnels de la santé, étudiants et patients) qui ont été en contact avec vous.

Dans le programme de médecine de famille, l'évaluation respecte les principes suivants :

- Elle est basée sur le niveau de maîtrise des compétences qui sont répertoriées dans le Cahier du programme.
- Elle comprend un volet formatif et un volet sommatif.
- Pour tendre vers la plus grande validité possible, elle fonde ses jugements sur le recueil par plusieurs enseignants d'informations provenant d'observations de sources et de natures variées qui portent autant sur les activités cliniques dans différents contextes de soins que paracliniques, et fournissent un échantillon représentatif des diverses habiletés du résident.

¹⁴ Guide du résident Études médicales postdoctorales de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

13.2.2 Évaluation des stages

La progression des atteintes des compétences pour tous les résidents est suivie selon la séquence suivante:

- 1) Quotidiennement : rétroactions formatives
- 2) À mi-stage : rencontre de bilan de progression des compétences systématique. Pour le stage de médecine de famille, cette rencontre doit avoir lieu au moins une fois par semestre, ou à une fréquence plus grande si l'évolution du résident le commande.
- 3) À la fin de chaque stage : évaluation sommative systématique.

Important : Le résident est responsable d'obtenir son évaluation au terme de son stage. Le dossier officiel du résident est celui sur MedSIS. Un dossier d'évaluation incomplet aura des impacts sur les délais d'obtention du permis de pratique au Collège des médecins du Québec et du diplôme universitaire à la fin de la formation dans le programme de résidence.

PROCESSUS FORMATIF

Le processus formatif vise à supporter les résidents dans la construction de leur compétence et à promouvoir l'autorégulation permettant ainsi au résident de se percevoir comme apprenant, d'identifier ses meilleures stratégies d'apprentissage et de se situer par rapport à ses cibles d'apprentissage.

Le processus formatif prend deux formes :

La rétroaction formative continue

Cette rétroaction, totalement intégrée à l'apprentissage, se fait quotidiennement, par tous les enseignants, aussi bien lors de la supervision du travail clinique que des activités paracliniques. Elle prend la forme de rétroactions régulières, qui peuvent être écrites sur des fiches de rétroactions quotidiennes appelées fiche FOR et inclut des pistes d'améliorations concrètes et des moyens pour développer davantage ses compétences.

L'apprenant est **actif**, ses **comportements sont guidés par les activités d'évaluation**, profite de chaque situation clinique comme **opportunité d'apprentissage**, **expose ouvertement ses difficultés** et **cherche des réponses** pour devenir un bon médecin.

La rencontre de bilan de progression des compétences

Cette rencontre de bilan de progression des compétences, formelle et structurée puisque préparée par l'ensemble des superviseurs, est réalisée pour chaque résident à mi-stage.

La rencontre se veut un outil de dialogue 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 proposer une prescription pédagogique qui permette l'atteinte des objectifs d'apprentissage identifiés et ultimement celles des compétences liées à la pratique médicale.

L'essentiel de ce qui se discute lors de cette rencontre est colligé sur la Fiche de bilan de progression des compétences est versée au dossier interne du résident pour référence future. Impérativement, le résident qui éprouve des difficultés importantes doit être informé d'un danger d'échec avant que celui-ci ne lui soit signifié.

LE PROCESSUS ÉVALUATIF

Le processus sommatif sanctionne, à la fin de chaque stage, le niveau de maîtrise des compétences.

Pour le stage de médecine de famille, l'évaluation porte sur :

- Les activités du stage proprement dit;
- Le suivi de clientèle lors des cliniques de retour;
- Les activités intégrées dans le stage de médecine de famille.

L'évaluation est construite par l'ensemble des enseignants et doit être discutée avec le résident dès que possible à la fin du stage. L'évaluation est consignée sur la Fiche d'appréciation du stage clinique de la Faculté de médecine avec tous les commentaires appropriés.

Votre évaluation sommative n'est pas la somme des fiches FOR et n'est pas le reflet de l'effort ou de la progression durant le stage. Donc, même si vous avez progressé durant le stage, vous devez atteindre le niveau attendu à la fin de la période évaluable pour avoir une cote conforme.

C'est une photo à la fin du stage sur l'atteinte des compétences que vous avez atteintes et tiens compte de plusieurs sources :

- évaluation 360 (FOR P, FOR M et autres)
- activités intégrées (hospitalisation, garde, soutien à domicile,...)
- participation aux activités académiques locales et centrales
- réunion d'évaluation de l'équipe d'enseignants

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

C'est le Comité de compétence du programme, après étude du dossier, qui accorde au stage une mention globale de « succès », « inférieur aux attentes » ou « échec », laquelle sera inscrite au dossier du résident.

Progression dans le programme

Au terme de chaque stage ou segment de stage, ainsi qu'à tout autre moment que le directeur de programme, le directeur adjoint aux affaires Étudiantes ou un officier facultaire (Doyen, Vice-Doyen) juge approprié, le comité de compétence évalue votre progression. Il peut réviser votre dossier complet et peut en tout temps demander à vous rencontrer.

Il prend alors l'une ou l'autre des décisions suivantes :

- Vous êtes autorisé à poursuivre votre programme
- Vous êtes autorisé à poursuivre votre programme à des conditions que le Comité précise, par exemple :
 - Mesures d'aide pédagogique (remédiation);
 - Certificat médical d'aptitude au travail;
 - Être suivi par le Programme de suivi administratif du Collège des médecins du Québec.
- Vous devez reprendre un ou plusieurs stages.

Le Comité de compétence peut aussi recommander au doyen votre exclusion de votre programme de formation. Le doyen examine la recommandation et vous informe de sa décision. Il peut alors vous retirer de votre programme jusqu'à ce que vous vous soyez prévalu, le cas échéant, de votre droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

Le Comité de compétence du programme

Le professeur ou le responsable de stage qui procède à votre évaluation consigne ses observations, mais ne se prononce pas sur la réussite ou non du stage. Cette responsabilité incombe au comité de compétence du programme, qui tient compte de la fiche d'appréciation de stage et de toute autre forme d'évaluation faite en cours de stage, s'il y a lieu, ainsi que de votre progression dans le programme.

Le Comité de compétence est constitué :

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

Le comité de compétence du programme a pour mandat d'établir les critères et les modalités de l'évaluation et de se prononcer sur l'évaluation de chacun des résidents. Il fait des recommandations au doyen ou à l'autorité compétente concernant la reprise d'un ou de plusieurs stages, ou d'une année de formation par un résident, sa promotion ou son exclusion.

Avant de prendre une décision sur un stage avec des cotes ou des commentaires inférieurs aux attentes, un membre du comité de compétence va vous inviter à une rencontre. Les **objectifs de cette rencontre** sont :

- d'expliquer le **processus d'évaluation et le rôle du comité de compétence**
- de vous **exprimer sur la qualité du processus évaluatif** du stage concerné et du **climat pédagogique**
- d'**explorer** avec vous les **différentes stratégies de soutien** qui pourraient vous supporter dans la réussite de votre résidence

Le rôle du comité de compétence n'est pas de refaire le processus d'évaluation du stage discuté. Le comité va prendre sa décision sur le niveau de compétence atteint à la fin de la période évaluable.

Le comité de compétence va vous inviter à une rencontre pour discuter de votre évaluation pour les raisons suivantes;

- cotes inférieures aux attentes ou insuffisantes
- commentaires écrits qui portent un jugement défavorable en lien avec des difficultés ou un niveau jugé inférieur aux attentes d'une ou des compétences ou d'une APC (activités professionnelles fiables)
- commentaires que vous avez écrits au bas de l'évaluation faisant état d'un désaccord en lien avec le processus d'évaluation ou le contenu de votre évaluation.

Cheminement de l'évaluation Ligne de temps

Dans votre CUMF

Rétroactions

- FOR
- FOR P
- FOR M
- Activités intégrées (UHMF, gardes)

Rencontre
d'équipe +
Comité local de
compétence

Bilan de progression des
compétences (mi-stage)

Évaluation sommative (finale)

MedSIS
Évaluation finale

Évaluation de l'enseignement

Évaluation de l'enseignant

Comité central de compétence

Comité central accorde une mention globale au stage

Si cote "**Inférieur aux attentes**" ou
commentaires défavorables :
le comité rencontre le résident
(processus)

Si atteinte des compétences
conformes au niveau attendu

Décision = Succès

Réunion du comité de compétence
- Discussions et décisions

Décisions possibles

- Succès
- Inférieur aux attentes
avec ou sans prolongation
- Échec avec reprise

Le comité de compétence accorde la mention globale « Succès », « Échec » ou « Inférieur aux attentes » qui sera inscrite sur votre fiche d'appréciation de stage. La mention « Échec » ou « Inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable. Pour accorder une mention globale, le comité tient compte, sans nécessairement s'y limiter, de l'importance relative des différents critères d'évaluation¹ et des commentaires présents sur la fiche d'évaluation.

DÉCISIONS ET RECOMMANDATIONS

Quatre verdicts peuvent être rendus dans votre dossier par le comité de compétence. Ainsi ce dernier :

- décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation dans son programme de résidence
- décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation, mais sous certaines conditions²
- décide d'imposer au résident la reprise d'un ou plusieurs stages
- recommande l'exclusion du résident de son programme de formation

Mention « succès »

¹ Critères déterminants et normaux tirés du Guide du résident du VDÉMP (Page 39 du Guide 2023-2024)

² Les conditions de poursuite de la formation sont déterminées par le comité de compétence. Ce peut-être, par exemple, la mise en place de mesures d'aide pédagogique (plan de remédiation), la mise en place d'un suivi par le programme du suivi administratif du Collège des médecins du Québec.

Pour obtenir la mention « Succès » et pour que le stage soit valide, vous devez en avoir complété au moins les trois quarts (75 %).

Notez que :

- Les congés de maladie, les suspensions (congés sans solde), les jours fériés et les vacances sont considérés comme des absences mais les lendemains de garde ne le sont pas.
- Une garde de fin de semaine (de samedi à dimanche ou de dimanche à lundi) ne compense pas une absence.
- Les gardes font partie intégrale de la formation et un stage ne peut être considéré comme valide sans les gardes, exception faite du retrait préventif, à partir de 20 semaines de grossesse, prévu à la convention collective.

Mention « stage invalide »

Dans le cas où le résident n'a pas complété 75 % de son stage, il est considéré invalide et le Comité de compétence décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

- Absences : congé de maladie, de maternité, de paternité, pour études, pour congrès.
- Non-comptabilisées : cours obligatoires du programme ou de la faculté, examens, participation à des comités à visée pédagogique.

Mention « échec » ou « inférieur aux attentes »

La mention « Échec » ou « Inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable.

Lorsque vous obtenez la mention « échec » à la suite d'un stage, vous êtes tenu de le reprendre, selon les modalités que le Comité de compétence détermine.

Le Comité de compétence peut également décider que vous devez reprendre un stage, si vous avez obtenu la mention globale « inférieur aux attentes ».

En cas d'**échec**, si vous vous estimez lésé et que vous êtes en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision, vous pouvez soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dans les dix jours ouvrables suivant la date où la mention globale vous a été communiquée.

RÉVISION DE L'ÉVALUATION ET DROIT D'APPEL

Fiche d'appréciation de stage clinique

En médecine de famille, contrairement à plusieurs autres spécialités, les résidents ayant obtenu des cotes inférieures aux attentes ou faisant l'objet de commentaires préoccupants sont systématiquement rencontrés par un membre du Comité de compétence avant qu'une décision ne soit prise quant à la mention globale ou aux suites académiques de l'évaluation. Cette rencontre constitue notamment l'occasion privilégiée pour discuter de l'évaluation, apporter des précisions et, le cas échéant, exprimer un désaccord ou faire valoir son point de vue avant l'analyse du dossier par le Comité.

Mention globale

En cas d'**échec**, si vous vous estimez lésé et que vous êtes en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision, vous pouvez soumettre une demande de révision, écrite et motivée, au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dans les dix jours ouvrables suivant la date où la mention globale vous a été communiquée.

Demande recevable

- Si votre demande est jugée recevable, le Comité de révision des études médicales postdoctorales en sera saisi.
- Le Comité de révision, après vous avoir donné l'opportunité de vous faire entendre, peut recommander au doyen de maintenir la mention globale d'échec, ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ».
- Le doyen vous informe par écrit de sa décision, qui est sans appel.

Demande rejetée

- Si votre demande de révision est rejetée, le doyen vous communiquera les motifs de son refus par écrit et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande.
- Ce refus est sans appel.

DROIT D'APPEL D'UNE DÉCISION D'EXCLUSION

Si vous souhaitez en appeler d'une décision d'exclusion, vous devez en faire la demande par écrit au doyen dans les quinze jours ouvrables suivant le moment où cette décision vous a été communiquée.

Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, ainsi que toute autre personne qu'il juge approprié, en votre présence.

Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen vous informe de sa décision, qui est sans appel.

13.2.3 Mesures d'accommodement pour un retour en stage après plus de deux périodes d'absence

PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE MESURES D'ACCOMMODEMENT POUR UN RETOUR EN STAGE APRÈS PLUS DE DEUX PÉRIODES D'ABSENCE

Adoptée au comité de programme du 28 octobre 2022

Cette politique s'adresse aux résidents qui NE se sont PAS prévalus d'un stage non contributoire dans le contexte de cette absence.

Le directeur local de programme doit rencontrer un résident de retour en stage après une absence en maladie de plus de deux périodes consécutives. Cette rencontre devrait idéalement avoir lieu peu de temps avant le retour en stage ou dès la première journée du retour. Afin de se prévaloir de cette mesure, il est entendu que le résident a fourni l'attestation de son médecin traitant confirmant qu'il est apte au travail à temps plein avec la date de reprise spécifiée.

Lors de cette rencontre, les points suivants doivent être abordés :

1. Révision de la grille de stages du résident
2. Révision des attentes du programme selon le niveau de formation et les attentes spécifiques du stage en cours
3. Évaluation des besoins possibles d'accommodements (temporaires ou permanents) ou autres besoins spécifiques. Toutes les demandes d'accommodements doivent être discutées avec la direction de programme.

De plus, dans le cas d'un résident en stage de médecine familiale, dans le but de faciliter la réintégration, une semaine de retour allégé peut être mise en place. Si le résident est en stage hors GMF-U médecine de famille, la journée de retour à la CUMF peut être allégée.

Pour le retour allégé, une ou plusieurs des mesures suivantes peuvent être mises en place :

- prévoir 0,5 à 1 jour de temps médico administratif pour gestion clinique et administrative
- prévoir période de révision clinique pour mise à jour
- prévoir au besoin période observation ou jumelage avec une autre résident
- diminuer le nombre de patients vus en bureau
- prévoir une séance de formation pour tous changements importants ayant lieu à la clinique (ex : changement de DME, changement de procédure, etc.)

INTRODUCTION

LE PROFESSIONNALISME SELON LE CMFC

Le CMFC² utilise 12 thèmes pour définir le professionnalisme en médecine familiale :

1. Le médecin démontre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance.
2. Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée.
3. Le médecin démontre une approche souple, ouverte, sans parti pris, ingénieuse et capable d'affronter l'incertitude.
4. Le médecin manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide.
5. Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante.
6. Le médecin démontre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s'implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d'évaluer la performance.
7. Le médecin démontre du respect pour les collègues et les membres de l'équipe.
8. Le médecin démontre par ses discussions et son comportement quotidiens qu'il est éthique et honnête.
9. Le médecin démontre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des preuves. Ceci implique non seulement une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information, mais aussi sa capacité appropriée d'apprendre des collègues et des patients.
10. Le médecin manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité.
11. Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles.
12. Le médecin démontre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.

Le document [Reconnaître le professionnalisme en médecine familiale \(cfpc.ca\)](#)² recense ces thèmes et catalogue **plusieurs comportements observables** qui peuvent aider le superviseur à justifier un respect ou un manquement au professionnalisme.

LE PROFESSIONNALISME SELON LE DMFMU

Le DMFMU s'est inspiré des politiques de l'Université Queens¹ afin de catégoriser le professionnalisme en 17 comportements observables. **Chacun des comportements suivants, s'il est observé, doit être signalé et explicitement documenté:**

1. Manque d'honnêteté, d'intégrité, d'engagement, de respect (y compris de la diversité), d'humilité, d'altruisme et/ou de compassion
2. Évite la responsabilité des soins aux patients, même lorsque le besoin est porté à son attention
3. S'avère préjudiciable à la sécurité des patients
4. Dissimule et/ou évite d'explorer les domaines dans lesquels l'apprenant doit s'améliorer
5. N'identifie pas les limites de sa compétence
6. Ne pratique pas une médecine factuelle
7. Ne répond pas aux besoins de la communauté, même lorsqu'ils sont signalés
8. Omet son devoir professionnel et sa responsabilité sociale
9. Manque à la divulgation d'erreurs ou est malhonnête
10. Perd son professionnalisme dans les situations stressantes
11. Accuse des retards répétés, absentéisme
12. Ne respecte pas la vie privée et la confidentialité des patients
13. N'assume pas la responsabilité de ses propres soins, n'est pas conscient de ses limites personnelles, ne fait pas preuve de résilience
14. Ne répond pas de manière appropriée aux questions éthiques et/ou à celles des soins adaptés à la culture
15. Ne maintient pas les limites professionnelles appropriées
16. Manque de respect envers les autres membres de l'équipe (clinique, recherche, académique et/ou administratives)
17. Ne répond pas aux règlements professionnels, de programmes, ou relatifs aux tâches administratives

LISTE DE CONTRÔLE DU PROFESSIONNALISME

Inspirée de la liste du département de médecine familiale de l'Université Queens¹. Veuillez noter que les exemples fournis ne se veulent pas exhaustifs.

Date	
Nom du résident	
Personne remplissant le formulaire	

1. Manque d'honnêteté, d'intégrité, d'engagement, de respect (y compris de la diversité), d'humilité, d'altruisme et/ou de compassion

Ex : Ne reconnaît pas ses erreurs, ne respecte pas les perspectives ou croyances alternatives, commère.

Si oui, fournissez un exemple	

2. Évite la responsabilité des soins aux patients, même lorsque le besoin est porté à son attention

Ex : Ne fait pas le suivi des résultats de laboratoire/imagerie, tarde à répondre aux courriels ou aux messages en lien avec les patients.

Si oui, fournissez un exemple	

3. S'avère préjudiciable à la sécurité des patients

Ex : Ne vérifie pas les allergies ou les interactions médicamenteuses, ne fait pas le suivi approprié, fournit des soins sans s'assurer d'obtenir une supervision appropriée

Si oui, fournissez un exemple	

4. Dissimule et/ou évite d'explorer les domaines dans lesquels l'apprenant doit s'améliorer

Ex : Argumente quant aux lacunes dans sa compétence clinique, tente de dissimuler ses limites en ignorant certains problèmes cliniques ou en évitant les patients complexes

Si oui, fournissez un exemple	

5. N'identifie pas les limites de sa compétence

Ex : Ne demande pas d'assistance lorsque cela est nécessaire, répète des erreurs après avoir reçu une rétroaction du superviseur, privilégie l'indépendance par rapport à la sécurité

Si oui, fournissez un exemple	

6. Ne pratique pas une médecine factuelle

Ex : N'utilise pas les informations à jour, se fie à des informations transmises par l'industrie/ non révisées par les pairs / de sources non appuyées par la littérature, n'intègre pas les connaissances ou les compétences récemment acquises, adhère aveuglément à des recommandations même lorsqu'elles ne s'appliquent pas au contexte du patient

Si oui, fournissez un exemple	

7. Démontre une difficulté à assumer ses responsabilités sociales et médico-légales en omettant de reconnaître ou d'agir face à des situations nécessitant une intervention au bénéfice de la collectivité, malgré une indication explicite

Ex : Omet d'effectuer un signalement requis malgré une indication claire (p.ex DPJ, M-28, MADO)

Si oui, fournissez un exemple	

8. Omet son devoir professionnel et sa responsabilité sociale

Ex : Ne tient pas compte de l'impact plus large des actions tel que le coût, la durabilité et l'accès aux soins.

Si oui, fournissez un exemple	

9. Manque à la divulgation d'erreurs ou est malhonnête

Ex : Ne signale pas ses erreurs, masque une omission ou une erreur.

Si oui, fournissez un exemple	

10. Perd son professionnalisme dans les situations stressantes

Ex : Se met en colère, manifeste du dédain envers certains patients ou situations cliniques, est sur la défensive dans des situations stressantes, qu'elles soient cliniques ou administratives.

Si oui, fournissez un exemple	

11. Accuse des retards répétés, absentéisme

Ex : Dans les tâches cliniques, administratives ou événements académiques

Si oui, fournissez un exemple	

12. Ne respecte pas la vie privée et la confidentialité des patients

Ex : Discute des patients dans les lieux publics, accède à des informations médicales sans raison valable, manque à obtenir une permission avant de partager des informations cliniques.

Si oui, fournissez un exemple	

13. N'assume pas la responsabilité de ses propres soins, n'est pas conscient de ses limites personnelles, ne fait pas preuve de résilience

Ex : Fait des heures supplémentaires de manière inappropriée, ne demande pas d'aide lorsque nécessaire, transfère ses tâches à des collègues sans justification, laisse son travail inachevé lors d'absences.

Si oui, fournissez un exemple	

14. Ne répond pas de manière appropriée aux questions éthiques et/ou n'offre pas des soins culturellement adaptés

Ex : Ne fait pas preuve d'humilité culturelle, n'essaie pas d'éviter l'ethnocentrisme ou les préjugés, comportements ou opinions inappropriées au contexte professionnel.

Si oui, fournissez un exemple	

15. Ne maintient pas les limites professionnelles appropriées

Ex : Recherche des soins auprès de collègues ou amis ou leur en offre, adopte une relation familière avec un patient

Si oui, fournissez un exemple	

16. Manque de respect envers les autres membres de l'équipe (clinique, recherche, académique et/ou administrative)

Ex : Courriels irrespectueux, faire fi des consignes/recommandations de certains membres de l'équipe, adopter une attitude hautaine envers des collaborateurs

Si oui, fournissez un exemple	

17. Ne répond pas aux règlements professionnels, de programmes, ou relatifs aux tâches administratives

Ex : Ne termine pas les tâches pour les réunions du conseiller pédagogique, ne répond pas aux courriels en temps opportun, omet une déclaration au CMQ

Si oui, fournissez un exemple	

Commentaires supplémentaires :

COMMENT ABORDER LE PROFESSIONNALISME AVEC LES APPRENANTS

Le professionnalisme étant une compétence vaste et complexe, il est rapporté sur le terrain et dans les études que les superviseurs peinent à aborder et à pallier ces enjeux.

Selon Carroll et Al.3, les freins régulièrement évoqués à la rétroaction sur le professionnalisme sont le manque de temps, la crainte de réaction de l'apprenant, le manque d'objectifs clairs au niveau du programme académique et la subjectivité perçue de l'évaluation; l'appréciation du professionnalisme étant souvent perçue comme une critique de la personnalité et non pas d'un comportement.

Le DMFMU propose donc d'utiliser l'approche PACT proposée par ces auteurs pour discuter le professionnalisme avec les apprenants :



P

Professional behavior (Comportement)

Identification et définition uniformisée des écarts de professionnalisme

- Les principaux écarts sont décrits dans la liste de contrôle du professionnalisme du DMFMU.
- Le site du CMFC2 offre aussi des exemples concrets des attentes professionnelles.

A

Action

Analyse de la situation intégrant les biais et les facteurs organisationnels

- Il est recommandé d'adresser une situation de manque de professionnalisme en présumant des bonnes intentions de l'apprenant.
- Dans ce contexte il est gagnant d'explorer différents facteurs qui auraient pu influencer le comportement, dans une optique d'amélioration pour l'apprenant
- Le but n'est jamais de négliger la responsabilité de l'apprenant quant à son geste, mais bien d'en comprendre les fondements pour mieux le corriger.



Problèmes personnels

Santé mentale, abus de substance, stressseurs financiers, fatigue, manque de support



Problèmes systémiques

Supervision inadéquate, charge de travail élevée, attentes peu claires, peu de rétroaction, intimidation, harcèlement sexuel, racisme, faible modèle de rôle



Biais implicites

Impact des stéréotypes ou attitudes, culture institutionnelle, langage stigmatisant dans les rapports (refus, arrogance)



Communication

Transmission standardisée de la rétroaction au moyen d'un script structuré

- Le DMFMU propose le script suivant pour donner une rétroaction à l'apprenant en lien avec son professionnalisme:



Avertissement

Préparer le terrain pour la discussion



Décrire le comportement

Utiliser des descriptions objectives fondées sur la performance



Expliquer l'écart/pourquoi le comportement n'est pas professionnel

Faire le lien avec les lignes directrices en matière de professionnalisme



Recueillir les informations collatérales et solliciter le point de vue de la personne concernée

Permettre à l'apprenant de partager son point de vue et d'expliquer ce qui a pu mener à son comportement.



Obtenir un engagement

Élaborer un plan d'action convenu conjointement, avec des livrables clairs.

T

Timeline (Échéancier)

Emphase sur la responsabilisation claire avec des délais de remédiation définis

- Il est essentiel que les moyens de remédiation et le délai pour le faire soient clairement établis
- Voici quelques exemples pour guider la réflexion :

Retards dans les tâches administratives



- Réviser avec l'apprenant les normes locales et universitaires
- Mettre en place avec l'apprenant des moments de validation de ses tâches par les superviseurs
- Définir un moment pour le suivi des tâches déjà en retard (p.ex 1 semaine)
- Définir un moment pour le suivi de l'assiduité (p.ex 1 mois)

Défaut dans la communication avec les collègues



- Offrir un atelier de communication (p.ex atelier du CMQ10)
- Utiliser la FOR-M pour objectiver les communications subséquentes
- Assurer un suivi 1 mois après la mise en place des mesures

Manquement dans le suivi diligent de ses patients



- Révision du dossier patient avec un modèle de rôle; clarifier les attentes.
- Faire une révision avec un superviseur d'une entrevue filmée à la caméra pour objectiver les manquements
- Rédiger un travail réflexif sur l'impact sur le patient d'un manque de suivi
- Suivi après 1 mois en tenant compte des FOR-T récoltées depuis

RESSOURCES ET RÉFÉRENCES

Le professionnalisme est une compétence vaste et plurielle. Son appréciation et les interventions requises doivent donc être personnalisées et ciblées sur les besoins spécifiques de l'apprenant.

Les ressources suivantes peuvent aider le clinicien à mieux soutenir un résident à l'acquisition du professionnalisme :

1. GUIDE DU PROFESSIONNALISME DE L'UNIVERSITÉ QUEENS

Queens University Department of Family Medicine. *Professionalism guide and checklist* [Internet]. Kingston (ON): Department of Family Medicine; 2022 Jan [cité 17 mars 2026]. Disponible sur demande.

2. RECONNAÎTRE LE PROFESIONNALISME EN MÉDECINE FAMILIALE

College of Family Physicians of Canada. *Recognizing professionalism in family medicine* [Internet]. Mississauga (ON): CFPC; 2017 [cité 17 mars 2026]. Disponible au:

https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/Exams_KeyObj_Professionalism_2017_FR_V5.pdf

3. ARTICLE SUR LES OUTILS EN RÉTROACTION SUR LE PROFESSIONNALISME

Carroll MR, Barak G, Byrne T, Farid H. *Promoting professionalism in medical education: A toolbox for effective feedback and remediation.* Clin Teach. 2025;22(6):e70244. Disponible au:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12614289/>

4. FAIRE FACE AUX COMPORTEMENTS NON PROFESSIONNELS EN MÉDECINE

Hawkes N. *Confronting unprofessional behaviour in medicine.* BMJ. 2018;360:k1025. doi:10.1136/bmj.k1025. Disponible au: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k1025>

5. CHARTE DES MÉDECINS DU CONSEIL AMÉRICAIN DE MÉDECINE INTERNE

ABIM Foundation. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter* [Internet]. Philadelphia (PA): ABIM Foundation; 2002 [cité 17 mars 2026]. Disponible au: <https://www.abimfoundation.org/what-we-do/physician-charter>

6. PROFESSIONNALISME MÉDICAL SELON LE CONSEIL AMÉRICAIN DE MÉDECINE INTERNE

ABIM Foundation. *Medical professionalism* [Internet]. Philadelphia (PA): ABIM Foundation; [cité 17 mars 2026]. Disponible au: <https://www.abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism>

7. GUIDE DES BONNES PRATIQUES DE L'ACPM : PROFESSIONNALISME ET DÉONTOLOGIE

Canadian Medical Protective Association. *Good practices* [Internet]. Ottawa (ON): CMPA; [cité 17 mars 2026]. Disponible au: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices>

8. ARTICLE SUR LES RÉTROACTIONS PLUS DIFFICILES À FAIRE

Gingerich A, Lingard L, Sebok-Syer SS, Watling CJ, Ginsburg S. *"Praise in Public; Criticize in Private": Unwritable Assessment Comments and the Performance Information That Resists Being Written.* Acad Med. 2024;99(11):1240-1246. doi:10.1097/ACM.0000000000005839. Disponible au:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39137257/>

9. ÉDITORIAL SUR L'IMPORTANCE D'ÉVALUER LE PROFESSIONNALISME

Shapiro J. *Confronting unprofessional behaviour in medicine.* BMJ. 2018;360:k1025. doi:10.1136/bmj.k1025. Disponible au: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k1025>

10. ATELIER SUR LA COMMUNICATION DU CMQ (PAYANT)

Collège des médecins du Québec. *Optimiser sa communication professionnelle* [Internet]. Montréal (QC): Collège des médecins du Québec; [cité 17 mars 2026]. Disponible au: <https://www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/ateliers-webinaires/communication-professionnelle>

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION XIV

EXAMENS DE CERTIFICATION



EXAMEN DE MÉDECINE DE FAMILLE

14.1 LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC



Pour être admissible à la délivrance du permis d'exercice de la médecine au Québec et au certificat de spécialiste en médecine de famille ou dans une autre spécialité, veuillez consulter les exigences du Collège des médecins du Québec.

Source : [Le Collège des médecins du Québec](#)

14.2 ADMISSIBILITÉ À L'EXAMEN DE CERTIFICATION

Disponible sur :

<http://www.cfpc.ca/Critèresd'admissibilitéparlavoiedelarésidenceetformulairededemande>

14.3 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ PAR LA VOIE DE LA RÉSIDENCE

Pour la certification par examen, l'admissibilité par la voie de la résidence s'applique :

- Aux diplômés des programmes de résidence en médecine de famille approuvés par le CMFC qui ont complété une formation d'une durée d'au moins 24 mois;
- Aux diplômés des programmes postdoctoraux de résidence en médecine de famille dans des pays où les normes d'agrément des programmes de formation postdoctorale en médecine de famille sont jugées comparables et acceptables par le CMFC.

Pour être considérés admissibles par la voie de la résidence, les candidats doivent :

- 1.** Être inscrits au Collège des médecins de famille du Canada comme membres résidents;
- 2.** Détenir un diplôme en médecine et avoir suivi une formation postdoctorale en médecine de famille conformément aux énoncés ci-haut.
- 3.** Être recommandés au CMFC par le Vice-Doyen aux études médicales postdoctorales et le directeur des études postdoctorales du département de médecine de famille, ou par un responsable de niveau équivalent de l'institution.
- 4.** Les résidents peuvent se présenter à l'examen pendant les six derniers mois de leur formation.
- 5.** Tous les titres de compétences obtenus à l'extérieur du Canada doivent être vérifiés à la source par le Registre de compétences des médecins du Canada (RCMC).

Reconnaissance de la formation

Les résidents en médecine familiale doivent normalement compléter 24 mois consécutifs de formation. Il peut arriver que des résidents demandent que leur calendrier de formation soit modifié, interrompu ou prolongé en raison d'une maladie ou d'une incapacité ou pour toute autre circonstance imprévue. Le vice-doyen aux études postdoctorales peut, sur la recommandation du directeur des études postdoctorales du département de médecine de famille, permettre que le calendrier de formation soit modifié dans les conditions suivantes :

- Toute formation effectuée à temps partiel doit équivaloir à au moins 50 pour cent de la formation d'un résident à temps plein
- La durée totale du programme de formation ne doit pas dépasser quatre ans à partir de la date de début du programme

Lorsqu'un résident doit interrompre sa formation ou lorsque des circonstances l'obligent à prolonger sa formation au-delà des limites énoncées ci-dessus, ce résident doit faire examiner son calendrier de formation modifié par le Bureau des examens et de la certification du CMFC, qui déterminera son admissibilité à la certification. Il incombe

au directeur des études postdoctorales responsable du programme en question d'initier cet examen au nom du résident. Le Bureau des examens et de la certification du CMFC décidera, au cas par cas, du nombre d'années maximal permis pour compléter le programme de résidence en médecine familiale.

Pour plus d'information, se référer au :

<https://www.cfpc.ca/fr/education-et-developpement-professionnel/examens-et-certification/examen-de-certification-en-medecine-familiale/admissibilite-et-demande>

Avant que la certification ne soit accordée au résident admissible

Le Vice-Doyen aux études médicales postdoctorales et le directeur des études postdoctorales du département de médecine de famille pour les programmes de résidence en médecine de famille approuvés par le CMFC, ou le RCMC pour tous les autres programmes agréés jugés acceptables, doivent confirmer que le résident admissible a terminé sa formation (d'une durée d'au moins 24 mois). Le résident admissible doit satisfaire à toutes les exigences de formation, y compris la durée de la formation, dans les trois ans qui suivent la date à laquelle celui-ci a réussi à l'examen de certification.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION XV

POLITIQUES DU PROGRAMME



POLITIQUES DU PROGRAMME

15.1 MISE EN GARDE

Cette section répertorie les politiques adoptées par le programme de résidence en médecine de famille qui ont un intérêt tout particulier pour les résidents.

L'information contenue dans cette section ne peut se substituer ni aller à l'encontre des prescriptions des organismes d'agrément et des règlements facultaires. S'il devait y avoir discordance entre l'information contenue dans les politiques répertoriées dans les pages suivantes et le Règlement des études médicales postdoctorales, c'est ce dernier qui a préséance.

En cas d'ambiguïté, les résidents sont invités à clarifier leur compréhension avec le directeur local du programme de leur CUMF

15.2 ÉNONCÉ DE PRINCIPES – STAGE D'URGENCE

Source : Comité de programme de la résidence en médecine de famille

Adoption : Octobre 2008

Révision et Adoption le 15 mars 2024

Le programme de résidence en médecine de famille reconnaît qu'en raison de la nature particulière de son offre de service, la structure du stage bloc d'urgence est différente de celle des autres stages.

De ce fait, pour ses résidents, le programme reconnaît aux stages d'urgence adulte et pédiatrique les particularités suivantes (comptabilisées sur la base d'un stage de 4 semaines ou l'équivalent en stage intégré). **Les journées d'urgence psychiatrique sont comptabilisées à l'intérieur des 36 quarts d'urgence.**

Validité du stage

Le seuil de validité est fixé à **12 quarts de travail incluant 3 journées de retour en CUMF** (bureau de continuité et programme académique)

La non-atteinte de ce seuil au cours de la période de stage entraînera une reprise. Par ailleurs, comme pour tout autre stage, l'atteinte du seuil de validité ne garantit pas le succès du stage.

Le défaut de se présenter à un quart de travail sans motif valable constitue un manquement au professionnalisme. Lorsque cette situation survient, particulièrement en fin de stage après que l'évaluation finale ait été remise au résident, le responsable de stage doit en informer le comité de compétences du programme qui jugera des sanctions à imposer.

Charge de travail standard

Le nombre de quarts de travail d'une période de stage à l'urgence est fixé à 20. Cependant les résidents de médecine de famille ont une obligation de retour dans leur CUMF pour assurer une continuité de soins à leur patient et doivent participer à la formation académique offerte par leur milieu d'attache. Le nombre maximal de

quarts d'urgence est alors diminué à 16 ce à quoi s'additionne 4 jours dédiés au programme académique et aux activités cliniques de retour en CUMF.

Le résident qui provient d'une CUMF de région et qui fait un stage d'urgence à Montréal n'a pas à retourner pour ses bureaux de continuité mais ils doivent se présenter virtuellement aux activités académiques de leur milieu d'attache.

Charge de travail en cas de vacances

La charge de travail du seuil minimal de validité du stage demeure à 12. Ainsi un résident qui prend une (1) semaine de vacances ne peut se voir imposer que 75 % de la charge de travail standard soit 12 quarts de travail à la salle d'urgence en plus de ses 3 journées de retour pour le suivi de sa clientèle dans sa CUMF d'attache et le programme académique

Périodes comportant des journées académiques/examens (sans vacances)

Lorsque les journées académiques, les journées d'examen ou cours GESTA/PRN ont lieu durant le stage, *elles remplaceront des gardes d'urgence* avec le ratio 1/1. Par contre, le seuil de validité du stage demeure le même, soit 12 quarts.

De ce fait, il n'est absolument pas recommandé de faire un stage bloc d'urgence pendant les périodes d'examens. Advenant que le nombre de quarts soit inférieur à 12, le comité de compétence devra statuer si celui-ci est valide.

Vacances et jours fériés ou formations

Le résident a le droit de prendre une semaine de vacances au cours du stage. Si un jour férié a lieu au cours de la même période, **le résident devra s'assurer de compléter ses 12 quarts de travail à l'urgence**. Le nombre de jours de retour à la CUMF sera à évaluer par le DLP en fonction de l'horaire d'urgence du résident.

La combinaison vacances et journées de formation ou férié au-delà de 1 jour augmentent les chances de non-validité du stage. Les vacances ne seront pas refusées lorsqu'elles seront demandées. C'est le résident qui demeure responsable de prendre une décision et à demander les ajustements d'horaires si nécessaires. Le nombre de jours de retour à la CUMF pourra être ajusté à la baisse pour permettre la conception de l'horaire d'urgence et s'assurer que le résident ait atteint les compétences visées par le stage.

Reprise jours de maladie

Le responsable du stage d'urgence pourra, dans la mesure du possible et en cas d'absence du résident liée à la maladie, faire reprendre les quarts manqués dans la même période (voir Politique accommodement dans le contexte d'absences non prévues (telles que maladie) qui affectent la validité de stage selon le règlement du 75% de présidence en stage- octobre 2022) pour atteindre le seuil de 12. Le résident qui malgré ses absences maladie a atteint le seuil de 12 quarts n'aura pas de quart de reprise. Si le responsable du stage n'arrive pas à replacer les quarts manqués jusqu'au nombre de 12, le stage sera jugé non valide et le résident devra reprendre son stage.

Particularités

→ Jours ouvrables

Tous les jours sont considérés comme ouvrables, y compris les jours fériés. Pour éviter la reprise de fériés dans d'autres stages, les responsables du stage d'urgence sont priés d'éviter, dans la mesure du possible, d'exiger d'un même résident qu'il travaille plus d'un férié au cours d'une même période.

→ MedSIS: <http://medsis.umontreal.ca>

La période 12 devrait faire l'objet d'une contrainte de non-disponibilité lors de la création des grilles de stage pour tous les R2.

Critères de validité d'un stage : cas particulier du stage d'urgence

Le programme de résidence de médecine de famille reconnaît qu'en raison de la nature particulière de son offre de service, la structure du stage d'urgence est différente de celle des autres stages.

Stage d'urgence

→ Critère de validité du stage

75% de la charge de travail standard

Deux bases de calcul :

1. Jours de travail

20 jours de travail x 75% = 15 jours de travail. Pour obtenir le nombre de **quarts de travail à l'urgence**, on soustrait de 15 les **3 journées** (bureau/programme académique) de retour pour le suivi de clientèle dans la CUMF d'attache à raison d'une journée par semaine de présence en stage. Ainsi, à un résident qui travaille 3 semaines, on pourra imposer : 15 jours de travail - 3 journées de clinique/académique = **12 quarts de travail à l'urgence**.

2. Quarts de travail à l'urgence

16 quarts de travail x 75% = 12 **quarts de travail à l'urgence**.

→ Seuil minimal de validité du stage

12 quarts de travail. En deçà de ce nombre, le stage est considéré comme non valide.

Comme pour tout autre stage, l'atteinte du seuil de validité ne garantit pas le succès du stage. Le défaut de se présenter à un quart de travail sans motif valable constitue un manquement au professionnalisme. Lorsque cette situation survient, particulièrement en fin de stage après que l'évaluation finale ait été remise au résident, le responsable de stage doit en informer le comité de compétence du programme qui jugera des sanctions à imposer.

Décision quant à la validité d'un stage

Il appartient au comité de compétences du programme de décider si un stage est valide ou non et des modalités de reprise d'un stage jugé non valide.

15.3 CADRE D'ANALYSE EN CAS D'ABSENCE D'UN RÉSIDENT LORS D'UNE JOURNÉE OUVRABLE D'UN STAGE

Source : Comité de programme de la résidence en médecine de famille

Adoption : 8 février 2008

Révision : Juillet 2020

RÉFÉRENCE : ANNEXE VI TABLEAU JOURS TRAVAILLÉES/NONT TRAVAILLÉE / PAYÉS/NON PAYÉS

Le résident a-t-il le droit de s'absenter ?

Oui, si l'absence :

- Respecte les modalités prévues par l'entente FMRQ-MSSS (convention collective) :
 - *Congés divers, lendemain de garde, libération syndicale...*
- Résulte d'une activité de formation **obligatoire** organisée par le programme local académique lors des journées de retour (CUMF), par le programme de résidence en médecine de famille ou par la Faculté de médecine :
 - *Journées académiques, journée d'érudition, GESTA/PRN, les activités de formation que le programme confie à la FMRQ (PREM). La « Journée carrière » ainsi que les autres rencontres organisées par la FMRQ et reconnues par la Conférence des Vice-Doyen aux études médicales post-doctorales.*
- Résulte de la participation à une réunion d'un des comités du programme de résidence en médecine de famille:
 - *Comité de programme, Comité de compétence du programme, comité d'admission du programme ou comité de domaines de soins.*
- Résulte de la nécessité de se présenter à un examen menant à l'obtention d'un diplôme ALDO, LMCC et CMFC.
- Résulte, selon le jugement du résident et confirmé par le directeur local du programme, d'une situation exceptionnelle (ex. : conditions routières dangereuses qui empêchent un résident de se déplacer). La politique de sécurité prévoit qu'un résident n'ait pas à se mettre en danger. Il doit cependant aviser le DLP dès que possible.
- Le résident respecte les normes qui régissent la gestion des congés dans la CUMF (ou l'établissement) dans laquelle il travaille.
- Le programme de médecine de famille accorde 4 demi-journées de libération valides pour permettre aux résidents de participer à des entrevues avec les DRMG et/ou dans le cadre du processus CaRMS R3. Les résidents ne sont pas libérés de leurs activités cliniques lors de visites de clinique ou toute autre demande d'entrevue en vue des AMP, PREM ou PEM. Ces visites ou entrevues doivent donc être effectuées sur le temps personnel.
- Les R2 sont libérés 4 demi-journées/an pour le cours identité professionnel (activité d'enseignement au préclinique) dans le cadre du projet Renouveau MD avec l'accord du DLP.

Le résident absent a-t-il le droit d'être rémunéré ?

Oui, si :

- L'entente FMRQ-MSSS le prévoit expressément.
- L'absence résulte d'une activité de formation **obligatoire** organisée par le programme local académique lors des journées de retour (CUMF), par le programme de résidence en médecine de famille ou par la Faculté de médecine :
 - *Journées académiques, journée d'érudition, GESTA, PRN... Les activités de formation que le programme confie à la FMRQ (PREM). La « Journée carrière » ainsi que les autres rencontres organisées par la FMRQ*

et reconnues par la Conférence des Vice-Doyen aux études post-graduées.

- L'absence résulte de la participation à une réunion d'un des comités du programme de résidence :
 - Comité de programme, Comité de compétence du programme, comité d'admission du programme, comité de domaine de soins.

Le résident absent a-t-il le droit d'être rémunéré ?

Non, si :

- Le résident s'absente sans motif valable.
- Il s'agit d'un congé sans solde.
- Le résident ne se présente pas à l'activité organisée et n'est pas présent à son stage

Comment l'absence est-elle comptabilisée aux fins de l'évaluation de la validité du stage en cours¹⁵ ?

Comme une **journée travaillée**, si l'absence résulte de :

- Garde qui s'est prolongée au-delà des heures prévues à la convention
- D'une activité de formation **obligatoire** organisée par le programme local lors des journées de retour (CUMF), par le programme de résidence en médecine de famille ou par la Faculté de médecine :

Journées académiques, journée d'érudition, GESTA, PRN...

Les activités de formation que le programme confie à la FMRQ (PREM).

La « Journée carrière » ainsi que les autres rencontres organisées par la FMRQ et reconnues par la Conférence des Vice-Doyen aux études post-graduées.

- La participation à une réunion d'un des comités du programme de résidence :

Comité de programme, Comité de compétence du programme, comité d'admission du programme ou comité de domaines de soins.

- L'obligation de se présenter à un examen menant à l'obtention d'un diplôme :

ALDO, LMCC, CMFC.

Comme une **journée non travaillée**, si l'absence résulte de :

- L'un des divers congés prévus à l'entente FMRQ-MSSS : Excluant les lendemain de garde.
- La participation à une journée de formation non obligatoire pour le programme.
- Suspension (congé sans solde).
- La participation à une réunion ou assemblée syndicale.
- Le résident ne se présente pas à l'activité organisée et n'est pas présent à son stage

¹⁵ Aux fins de l'évaluation de la validité du stage, la règle des 75 % s'applique aux journées ouvrables. Les fériés et les fins de semaine ne sont pas des journées ouvrables, **sauf** pour les stages d'urgence.

15.4 CADRE POLITIQUE DE RECOMMANDATION DES FORMATIONS EN SOINS CRITIQUES

Source : Comité de programme de la résidence en médecine de famille.

Adoption : 10 septembre 2010

Révision : Juillet 2020

Il est convenu que, pour le programme de résidence en médecine de famille, deux types de recommandations de formation en soins critiques seront consenties :

1. Recommandation générale, visant l'ensemble des résidents du programme, pour les formations en soins critiques qui sont obligatoires dans le programme (ACLS (obligation facultaire), GESTA et PRN en R1). Cette recommandation est faite par la direction du programme. Conformément à l'article 13.04 de l'entente FMRQ-MSSS (2015-2021), les coûts d'inscription seront payés par l'employeur et les journées de formation seront comptabilisées comme journées travaillées aux fins de l'évaluation de la validité du stage en cours.
2. Pour les formations en soins critiques qui ne sont pas obligatoires pour le programme : recommandation *ad hoc*, visant seulement les résidents qui en font la demande explicite et qui la justifient. Cette recommandation est faite par la direction locale du programme. Dans ce cas :
 - Conformément à l'article 13.04 de l'entente FMRQ-MSSS (2015-2021), les coûts d'inscription seront payés par l'employeur et le résident sera rémunéré par l'employeur comme s'il avait travaillé la ou les journées de formation.
 - Aux fins de l'évaluation de la validité du stage en cours, le résident sera considéré par le programme comme absent de son stage et la ou les journées de formation ne seront pas considérées comme travaillées.

15.5 POLITIQUE EN REGARD DE LA PRÉSENCE AUX COURS DU PROGRAMME ACADÉMIQUE ET DES COURS D'URGENCE

Source : Comité de programme de la résidence en médecine de famille.

Adoption : 14 décembre 2007

Révision : Juin 2020

Attendu que le programme académique est une composante essentielle de la formation des résidents en médecine de famille;

Attendu que la présence aux cours du programme académique est obligatoire pour tous les résidents du programme de médecine de famille;

Attendu que la présence aux cours d'urgence est obligatoire pour tous les résidents du programme de médecine de famille;

Il est résolu que :

- Le responsable local du programme académique, ou toute autre personne qu'il mandate à cet effet documente la présence des résidents aux cours.
- Le résident qui est absent à un cours doit motiver son absence auprès du responsable local du programme d'enseignement formel.
- Le taux d'absentéisme ne doit pas dépasser 25 % des cours académiques.

- Un taux d'absentéisme supérieur à 25 % des cours entraînent une mention défavorable à l'item *Assure son développement professionnel de façon réflexive* de la Fiche d'appréciation du stage clinique de médecine de famille selon le barème suivant :
 - Cote *Inférieur aux attentes*, pour un taux d'absentéisme allant de plus de 25 % des cours.

Un commentaire documentant l'absentéisme doit alors être déposé dans le dossier du résident et être inscrit sur la fiche d'évaluation.

Activités académiques – Exposition visée sur 2 ans de la résidence :

- 75% de présence pour les cinq journées académiques, les 2 journées d'érudition (R1 et R2) et la journée du patient instable
- 75% de présence aux cours locaux (incluant PABP) et cours d'urgence
- 75% de présence aux ateliers d'éthique

15.6 POLITIQUE SUR LA GARDE

Source : Comité de programme de la résidence en médecine de famille

Adoption : 1^{er} avril 2011

Révision : Décembre 2023

1. Définition de la garde

La garde constitue une disponibilité médicale pour combler un besoin de soins aigus exigeant la mise en œuvre de diverses compétences médicales pour répondre à des besoins urgents de patients d'une équipe ou un service médical, en l'absence du dispensateur de soins habituel, dans un horaire coordonné. La garde fait partie intégrante de la formation d'un médecin de famille. Le CMFC stipule expressément dans ses critères d'agrément à l'indicateur 3.2.4.3 que les responsabilités cliniques des résidents, y compris les activités de garde, offrent des occasions d'apprentissage expérientiel progressif.

2. Généralités

- 2.1. La garde fait partie intégrante du stage lorsqu'il en existe une.
- 2.2. Tous les résidents du programme doivent être exposés aux divers types de gardes et doivent atteindre les objectifs pédagogiques de la garde.
- 2.3. Une évaluation défavorable de la garde peut entraîner l'échec du stage qu'elle accompagne
- 2.4. Les activités de garde doivent respecter les objectifs pédagogiques de la garde. La direction du programme est responsable de la qualité de la supervision qu'un résident reçoit sur ses gardes. Pour des raisons de commodité, cette responsabilité est déléguée aux CUMF ou aux directions de l'enseignement.
- 2.5. Le résident doit effectuer la garde dans le service ou le département dans lequel il fait son stage, à moins d'entente spécifiant une autre modalité.
- 2.6. Le résident doit effectuer la garde requise même lorsqu'il s'agit d'un stage de reprise. En cas de formation complémentaire, le résident effectuera la garde requise par le responsable du stage ou du directeur de programme concerné.
- 2.7. Les activités de garde de même que la planification des reprises de gardes doivent respecter les dispositions de l'Entente collective négociée par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ).
- 2.8. La sécurité des résidents ne doit pas être compromise au cours des gardes.
- 2.9. Lors des gardes sur appel, le résident doit être en mesure de se présenter au chevet du patient en

temps opportun selon l'urgence de la situation (un délai de 30 minutes est jugé acceptable dans la majorité des situations)

- 2.10. Toute absence non motivée à une garde pourra être jugée en fonction d'un manquement au professionnalisme et/ou de l'atteinte des compétences du stage.
- 2.11. Si un résident doit s'absenter d'une garde, il est de sa responsabilité de :
 1. Échanger sa garde avec un collègue dans la mesure du possible
 2. En cas d'exception, si un échange n'est pas possible, de reprendre la garde dans le stage actuel ou une garde équivalente dans un stage futur si l'absence survient à la fin de la période de stage. Le refus de reprise d'une garde pourra être jugée en fonction d'un manquement au professionnalisme.
 3. En cas d'absence non remplacée la journée même, il est de la responsabilité du résident d'aviser le médecin superviseur de garde ainsi que les responsables du stage/liste de garde.

3. Objectifs pédagogiques de la garde

Cette activité d'apprentissage importante vise à développer tant l'expertise clinique que le professionnalisme, en exigeant du résident un engagement envers une clientèle en dehors des heures favorables.

Plus spécifiquement la garde doit permettre aux résidents de :

Au plan de l'expertise :

- Pouvoir distinguer les patients gravement malades des patients dont la condition est moins grave.
- Prendre en charge de façon compétente et efficiente toutes les situations mettant en danger la vie des patients et les situations moins urgentes.
- Développer leur autonomie et leur confiance en soi dans un contexte de ressources cliniques limitées.
- Maintenir et stabiliser le patient malade, organiser le traitement et utiliser les consultations de façon appropriée.
- Demander les examens paracliniques nécessaires en fonction des pathologies rencontrées et savoir les interpréter.
- Démontrer l'efficacité de ses habiletés de communication avec les patients, leur famille, les collègues et autres professionnels de la santé.
- Appliquer une démarche éthique dans les décisions qui doivent être prises durant la garde (consentement ou refus de traitement, réanimation ou non, par exemple).

Au plan du professionnalisme :

- Développer les responsabilités professionnelles du médecin de famille face à sa clientèle.
- Compléter l'apprentissage de la continuité des soins à un groupe de patients de la clinique de médecine de famille.
- Être exposé aux différents types de garde couverts par les omnipraticiens au Québec.
- Apprendre à coordonner efficacement les soins offerts à ses patients.
- Faire l'apprentissage de la démarche clinique à distance lors de la garde en disponibilité.
- Développer la capacité de transmettre l'information nécessaire lorsque le patient doit être transféré à un autre professionnel ou établissement.
- Faire l'apprentissage du partage des responsabilités (partage de la garde pour les patientes

4. Types de gardes

- 4.1. Les activités de garde peuvent différer d'un milieu de formation à l'autre en fonction des usages locaux.
- 4.2. Les activités de garde doivent être semblables à celle que les médecins superviseurs assurent dans leur pratique.
- 4.3. La garde dans les stages autre que le stage de médecine de famille intégré est celle qui est en usage dans le milieu de formation dans lequel se réalise le stage.
- 4.4. La garde dans le stage de médecine de famille intégré doit prendre 2 formes :

4.4.1 Garde communautaire :

Elle vise le développement de la professionnalisation, l'acquisition d'une éthique sociale et d'une responsabilisation auprès d'une population définie de patients. Il est souhaité que l'ensemble des résidents soient exposés aux gardes suivantes dans un contexte de couverture en heures défavorables de la clientèle de la CUMF et/ou de la communauté :

- Couverture d'heures défavorables au sans rendez-vous (soirs et fin de semaine) dans les CUMF ou autre GMF si une entente existe avec le GMF-U;
- Couverture des soins à domicile et des patients en CHSLD, ce qui inclut les patients en soins de fin de vie

4.4.2. Garde hospitalière :

Cette garde s'accomplit sur les unités de soins en établissement ou sur appel à domicile. Il est souhaité que l'ensemble des résidents soient exposés aux gardes suivantes :

- Garde à domicile sur appel lors des semaines d'hospitalisation

D'autres gardes hospitalières sont également disponibles selon les besoins de chaque établissement. Il est possible d'offrir les gardes hospitalières suivantes aux résidents, mais il n'est pas obligatoire que le résident soit exposé à chacune d'elle :

- Garde sur les unités de soins
- Garde en soins intensifs ou à l'unité coronarienne
- Quarts de travail à la salle d'urgence. (Lorsqu'ils font suite à une journée de travail, ces quarts doivent respecter le maximum de 16 heures de travail consécutif.)

Le pourcentage de gardes de chaque catégorie doit être représentatif de la pratique du médecin de famille et permettre l'acquisition des compétences.

Il a été statué que le ratio de gardes communautaires par rapport aux gardes hospitalières est visé, dans la mesure du possible d'environ 50/50 sur l'ensemble de la résidence.

La garde doit toujours permettre au résident de progresser vers une pratique indépendante. Le DLP est responsable de déterminer quel type de garde le résident doit réaliser en collaboration avec son comité local de programme selon les besoins pédagogiques. Le comité de compétence central peut aussi imposer un type de garde afin de répondre aux exigences d'apprentissage.

- 4.5. Dans le cas où les conditions susmentionnées sont remplies et que le résident souhaite moduler ses types de gardes à sa pratique future, le directeur local du programme peut accorder la possibilité de passer une proportion de temps plus élevée dans certaines activités de garde spécifiques au choix de carrière du résident. Cette entente ne doit cependant pas nuire aux objectifs pédagogiques de la garde, et ne doit pas causer préjudice aux autres résidents qui assurent la couverture du service de garde.

5. Évaluation de la garde

La garde doit être évaluée, tant par les enseignants via la « *Fiche d'appréciation du stage clinique* » que par les étudiants via les formulaires du Bureau d'évaluation de la Faculté. Une évaluation favorable des activités de garde est nécessaire pour la réussite du stage qu'elle accompagne.

6. Exemptions de garde

- 6.1. Exception faite de la grossesse, les résidents ne peuvent être exemptés des gardes qui accompagnent un stage.
- 6.2. Dans certaines circonstances, pour des raisons de santé ou suite à une absence prolongée, il peut être approprié qu'un résident effectue, à son retour en formation, un stage non contributoire (sans garde).

Les conditions suivantes doivent alors être remplies :

- Le stage doit être justifié par un certificat médical (si concerne le retour en stage progressif suite à un congé de maladie)
- En général, un à 2 mois de stage non contributoire peuvent être accordés par le vice-décanat suite à la recommandation de la directrice de programme ou de la directrice-adjointe aux affaires étudiantes. Ils devront être repris ultérieurement.
- Aucune rétroaction n'est générée pour un stage non contributoire.
- Une fiche d'évaluation est générée pour ce stage, mais aucun critère d'évaluation ne peut être complété. Le Comité de compétences du programme de résidence doit confirmer dans la section « décision » que le stage est bel et bien non-contributoire et indiquera le nombre de jours d'absence du résident pendant ce stage.
- Bien que non-contributoire, le résident doit être présent à ce stage de façon à garantir sa validité selon les critères de validité de stage existant.

7. Allègement de gardes

- 7.1. Le programme reconnaît aux CUMF, le droit d'alléger le fardeau de gardes de leurs résidents 2 qui préparent l'examen de fin de formation.
- 7.2. Par souci d'équité pour les autres résidents du programme, la période d'allègement ne peut

excéder les 4 semaines qui précèdent la date du dernier volet effectué de l'examen.

- 7.3. L'allègement est rendu possible en vertu d'une variation de la répartition des gardes et non d'une exemption de gardes. Les gardes associées à un stage mais non faites en raison de la période d'allègement doivent être faite ailleurs dans le programme, soit avant soit après cette période à défaut de quoi, elles seront réputées manquantes.

8. Exemptions de gardes en raison de grossesse

- 8.1. Nous vous référons à la page 32 du guide à l'intention des membres de comités locaux de compétence (*Comment déterminer les modalités de reprise des gardes chez les résidentes enceintes principe*)

15.7 POLITIQUE SUR LE SUIVI OBSTÉTRICAL

Révision : Juillet 2020

1. Exposition clinique

- 1.1. Pour développer leurs compétences, tous les résidents doivent assurer le suivi de 6 femmes enceintes en CUMF ou d'un équivalent en clinique d'obstétrique combiné au suivi en UMF d'un minimum de 3 femmes enceintes. En clinique d'obstétrique, un effort doit être fait pour favoriser la continuité de soins en faisant ce qui est possible pour permettre au résident de revoir les mêmes patientes.
- 1.2. Advenant qu'une grossesse se termine prématurément (ex : avortement spontané), elle devra être remplacée si un nombre minimal de 4 grossesses n'a pas été réalisé, ou de 3 suivis pour les résidents exposés au suivi combiné.

2. Responsabilités suivi patientes enceintes

- 2.1. Dans chaque CUMF, le groupe des résidents doit collectivement assumer la responsabilité de l'ensemble des patientes enceintes suivies à la CUMF. Un effort doit être mis de l'avant afin de favoriser la continuité de soins donnés.
- 2.2. Le résident qui part pour une période de 2 semaines et plus (comme le stage de nuit ou le stage de 2 mois de médecine en région) doit trouver un remplaçant pour assurer le suivi de ses patientes enceintes lors de son absence. Ce transfert de patiente doit être formel pour éviter une perte de suivi.
- 2.3. Afin d'assurer des soins de qualité et d'offrir un encadrement et un enseignement optimal aux résidents, chaque CUMF doit s'assurer qu'un médecin de l'équipe de périnatalité supervise directement ou indirectement l'ensemble des suivis des patientes enceintes à la CUMF, et ce minimalement à chaque trimestre. La supervision directe est à favoriser lorsque disponible.
- 2.4. Le résident qui suit une partie de ses femmes enceintes en clinique d'obstétrique doit assumer une part des responsabilités équivalente à celle qu'assument ses collègues qui suivent 6 femmes enceintes dans leur CUMF.
- 2.5. La responsabilité des patientes qui se présentent à la salle d'accouchement est assumée par l'équipe de résidents en stage d'obstétrique et du médecin superviseur de garde. Toutefois, le résident responsable du suivi d'une patiente peut choisir de se déplacer pour l'évaluation, le suivi et l'accompagnement lorsque sa patiente se présente à la salle d'accouchement. Le résident qui souhaite assumer cet accompagnement doit informer sa patiente. Il doit également aviser la salle d'accouchement de ses disponibilités. Nous suggérons aux UMF d'utiliser pour ce faire le formulaire « Prise en charge à la salle d'accouchement par le résident ». Chaque CUMF doit établir les modalités d'application de ce formulaire dans son milieu.

3. Directives sur le déplacement pour l'accompagnement des patientes pour le résident qui souhaite assumer l'accouchement de ses patientes

- 3.1. Le résident doit obligatoirement se présenter aux formations GESTA et PRN, aux journées académiques ainsi qu'aux gardes (incluant le stage de nuit) où sa présence est jugée obligatoire par son UMF.
- 3.2. Dès qu'il est informé qu'une de ses patientes est à la salle d'accouchement, le résident traitant convient avec le médecin de garde, du moment auquel il devra se déplacer.
- 3.3. Lorsque c'est possible, après entente avec le médecin de garde, le résident traitant termine ses activités cliniques avant de se déplacer. Dans tous les cas, lorsqu'il quitte un stage pour accoucher une patiente, le résident doit le faire avec professionnalisme, informant ses superviseurs de la raison pour laquelle il quitte l'unité de soins et du moment probable de son retour. Il informe ses superviseurs des suites qu'il entend donner au travail qu'il a débuté et qui n'est pas terminé. Il informe aussi son DLP de la garde ou de la journée manquée.
- 3.4. Pour le résident qui assume l'accompagnement du travail à la salle d'accouchement, on s'attend à ce qu'il assure la gestion du travail et de l'accouchement. Le suivi de la patiente en post-partum jusqu'à son congé demeure souhaitable pour la continuité des soins. Par contre, en considérant l'organisation locale des milieux d'enseignement, il revient à chaque UMF de déterminer s'il rend celui-ci obligatoire pour le résident présent à l'accouchement. Lorsque le résident décide d'assumer le suivi post-partum de ses patientes ainsi que du nouveau-né, il doit éviter le plus possible que cette activité ait un impact sur ses activités prévues pendant cette période.

4. Responsabilités du suivi post-partum et des nouveau-nés à l'hôpital pour les résidents qui ont souhaité ne pas assumer l'accompagnement des patientes pour l'accouchement

- 4.1. Il n'y a aucune obligation pour les résidents qui n'ont pas souhaité assumer l'accompagnement de leurs patientes lors de leur accouchement, d'assumer le suivi post-partum à l'hôpital de celles-ci ainsi que de leurs nouveau-nés.

5. Responsabilités du suivi post-partum et des nouveau-nés à la CUMF

- 5.1. Le résident doit assurer le suivi post-partum à la CUMF de ses patientes ainsi que de leurs nouveau-nés et ce, tout au long de sa résidence, à moins que la patiente désire poursuivre avec son médecin de famille s'il y a lieu.

6. Période de repos compensatoire

- 6.1. Dans le respect de la convention collective, le résident qui s'est déplacé pour être au chevet de sa patiente qui accouche peut avoir droit à une période de repos compensatoire :
 - 6.1.1. Le résident qui quitte la salle d'accouchement avant minuit doit être présent dans son stage le lendemain;
 - 6.1.2. Le résident qui quitte la salle d'accouchement entre minuit et 4 heures peut se présenter dans son stage seulement à partir de midi;
 - 6.1.3. Le résident qui quitte la salle d'accouchement après 4 heures peut prendre congé jusqu'au lendemain.

15.8 PRINCIPES ENCADRANT LES POSTES DE RÉSIDENTS COORDONNATEURS ET DES ADJOINTS COORDONNATEURS ADJOINT

Révision : Juillet 2020

Mécanisme de nomination

Le résident qui désire devenir coordonnateur ou assistant coordonnateur doit au préalable s'assurer de l'accord du directeur local de programme (DLP). Celui-ci donnera son accord en se basant uniquement sur la réussite académique. Tout résident qui évolue normalement dans l'ensemble de sa résidence peut se présenter.

L'ensemble des résidents d'un établissement désigne le résident-coordonnateur et son assistant le cas échéant, lesquels sont par la suite nommés par l'établissement.

Avant de demander à un résident d'assumer les fonctions de résident-coordonnateur ou d'assistant résident-coordonnateur, l'établissement remet, par écrit, la description des tâches de ces fonctions et en transmet copie à l'association. Aucun résident ne peut être contraint d'assumer de telles fonctions.

Rôle

Le Résident-Coordonnateur aura comme tâche de :

- Répondre aux questions que les résidents pourraient avoir concernant le programme et le fonctionnement à la CUMF.
- Agir comme intermédiaire entre les résidents et le Directeur Local du Programme (DLP).
- Organiser la liste des gardes des résidents en temps opportun, à la demande du DLP.
- Participer aux activités de recrutement des résidents.
- Participer aux réunions des résidents-coordonnateurs du département.
- Participer aux réunions pédagogiques de la CUMF.
- Participe à la gestion des activités académiques au besoin.
- Agit comme modèle de rôle pour assurer un climat de collaboration et de professionnalisme parmi les résidents, enseignants et autres membres du personnel de la CUMF.
- Assure la communication entre DLP et les résidents.

Le tout, sous la supervision du DLP, et indirectement, le directeur de l'UMF.

Rémunération

Le résident qui se voit confier par l'établissement les tâches d'un résident-coordonnateur ou d'un assistant résident-coordonnateur a droit à la prime prévue pour toute la période de temps où il est appelé à exercer ces fonctions.

Suivi académique

Les tâches habituelles d'un résident sont revues pour permettre au coordonnateur de remplir son mandat. Ceci est valable tant que la performance normalement attendue du résident est maintenue.

Le DLP est responsable d'aviser le résident coordonnateur lorsqu'il présente des difficultés suffisantes qui nuisent à sa réussite. Le DLP et le coordonnateur doivent alors s'entendre sur la marche à suivre pour la suite du mandat.

Le DLP peut demander au coordonnateur de laisser son poste s'il peut démontrer un lien entre le travail de coordonnateur et la non-atteinte des compétences attendues pour son niveau.

Principes encadrant la participation des résidents aux comités du programme

Le programme de médecine familiale de l'Université de Montréal prévoit la participation de résidents à plusieurs de ses comités. Le point de vue des résidents est nécessaire au bon fonctionnement de ces comités. La présence de résidents est aussi spécifiée dans les critères d'agrément du Collège des Médecins de famille du Canada. La participation aux comités est reconnue comme travaillée au sens pédagogique et est évaluable en lien avec les compétences dont celle de gestion (leadership), communication et érudition. Le nombre d'heures de participation est variable selon les comités.

Pour la table des résidents coordonnateurs, un seul résident représentant d'un milieu y siège.

Nomination

Chaque année, la direction du programme met à jour la liste des comités pour lesquels il y a une représentation étudiante et y inscrit le nom des résidents qui poursuivent leur mandat.

La liste est alors diffusée aux directeurs locaux de programme et à la table des résidents coordonnateurs qui en assurera la diffusion auprès des résidents.

Considérant que le temps nécessaire à la participation aux comités remplace les activités cliniques habituelles, il est essentiel que le résident puisse démontrer sa capacité à réussir sa résidence. Le résident intéressé à participer à un des comités doit donc d'abord rencontrer son DLP et en obtenir l'autorisation.

La table des résidents coordonnateurs est responsable de nommer les résidents pour chaque poste disponible. La table des résidents coordonnateurs s'assurera de définir un processus de nomination dans l'éventualité où plus d'un résident se présenteraient pour le même comité.

Responsabilités

Le résident qui sera désigné s'engage à participer aux réunions lorsqu'elles auront lieu et de s'y préparer.

Un résident qui est dans une CUMF à l'extérieur de Montréal ou dans un milieu de médecine familiale en région devra participer à la réunion par conférence téléphonique ou par visioconférence. À moins d'autorisation spéciale de la direction du programme, aucun temps n'est accordé pour les déplacements (1/2 journée ou journée complète)

Rémunération

Il n'y a pas de rémunération supplémentaire associée à la participation aux comités

Suivi académique

Les mêmes règles de suivi académique pour les résidents coordonnateurs s'appliquent pour les résidents nommés pour les comités

La table des résidents coordonnateurs est responsable de nommer les résidents pour chaque poste disponible.

La table des résidents coordonnateurs s'assurera de définir un processus de nomination dans l'éventualité où plus d'un résident se présenteraient pour le même comité.

Le résident qui sera désigné s'engage à participer aux réunions lorsqu'elles auront lieu et de s'y préparer. Un résident qui est dans une CUMF à l'extérieur de Montréal ou dans un milieu de médecine familiale en région devra participer à la réunion par conférence téléphonique ou par visioconférence.

Un résident pourra se retirer de lui-même d'un comité ou à la demande de son DLP s'il est jugé que sa participation à un comité nuit à sa performance de façon significative.

15.9 POLITIQUE POUR LES DEMANDES D'ACCOMMODEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

POLITIQUE POUR LES DEMANDES D'ACCOMMODEMENT POUR LES RÉSIDENTS DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

Adoptée au comité de programme du 20 janvier 2023

Révisée : Janvier 2024

BUT

Ce document présente les principes sous-tendant ainsi que les procédures en lien avec une demande d'accommodement pour un.e étudiant.e en situation d'handicap dans un objectif de soutien à la réussite.

DÉFINITIONS ET CONCEPTS

Définition

A. Handicap

1. Le terme « handicap » englobe une grande variété de catégories et de degrés d'états. Par conséquent, sa définition est complexe et elle est en constante évolution. Un handicap peut exister depuis la naissance, être causé par un accident ou se manifester progressivement au fil du temps. L'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec définit le « handicap » de la façon suivante :
 - i. tout degré d'incapacité physique, d'infirmité, de malformation ou de défigurement dû à une lésion corporelle, une anomalie congénitale ou une maladie, et, notamment, le diabète sucré, l'épilepsie, un traumatisme crânien, tout degré de paralysie, une amputation, l'incoordination motrice, la cécité ou une déficience visuelle, la surdité ou une déficience auditive, la mutité ou un trouble de la parole, ou la nécessité de recourir à un chien-guide ou à un autre animal, à un fauteuil roulant ou à un autre appareil ou dispositif correctif;
 - ii. un état d'affaiblissement mental ou une déficience intellectuelle;
 - iii. une difficulté d'apprentissage ou un dysfonctionnement d'un ou de plusieurs des processus de la compréhension ou de l'utilisation de symboles ou de la langue parlée;
 - iv. un trouble mental;
 - v. une lésion ou une invalidité pour laquelle des prestations ont été demandées ou reçues dans le cadre du régime d'assurance créé aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*.

B. Accommodement

1. Un accommodement consiste en l'aménagement de l'environnement et du contexte d'apprentissage ou d'évaluation pour compenser un handicap en lien avec un diagnostic posé. Un accommodement ne peut en aucun cas avoir préséance sur les objectifs visés et les compétences à atteindre dans le cadre d'un cours ou d'un programme d'études. Ainsi, il est possible qu'une mesure d'accommodement soit autorisée dans un certain cadre, mais ne puisse pas l'être dans un contexte d'apprentissage différent.

Concepts

L'obligation d'accommodement raisonnable vise à assurer à l'étudiant.e en situation de handicap (ESH), la possibilité de démontrer l'atteinte des exigences et objectifs relatifs aux cours ou aux stages sans être désavantagé par sa situation de handicap, le tout, sous réserve que cela ne crée pas une contrainte excessive pour l'établissement d'enseignement ou le programme. Par définition, l'accommodement est un moyen différent d'atteindre le but recherché. Ainsi, l'obligation d'accommodement raisonnable ne signifie jamais qu'un établissement ou un programme doit mettre en place une mesure d'accommodement qui compromettrait l'atteinte des exigences académiques. L'obligation d'accommodement raisonnable ne signifie pas non plus que les mesures retenues doivent correspondre exactement à celles demandées par l'étudiant.e. En toute circonstance, il demeure de la responsabilité de l'établissement ou du programme d'assurer l'atteinte des exigences essentielles du cours ou du stage.

PRINCIPES DIRECTEURS

1. Confidentialité

Les informations médicales partagées avec la direction du programme sont traitées de manière confidentielle. Selon la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, tout élément au dossier d'un.e étudiant.e est protégé et ne peut être divulgué sans une autorisation préalable de sa part.

Il importe par ailleurs de préciser qu'aucun.e étudiant.e n'est tenu.e de divulguer des éléments de son dossier médical à la direction de son programme.

Le conseiller SPESH peut aider l'ESH à déterminer quelles sont les informations pertinentes à transmettre à la direction de son programme.

2. Compétences essentielles

Les accommodements servent à réduire les obstacles à la réussite en raison du handicap, mais ils ne modifient pas les exigences académiques essentielles et les compétences devant être atteintes.

3. Capacités

Les mesures d'accommodement doivent être axées sur les capacités, aptitudes et compétences essentielles qu'un.e étudiant doit acquérir et démontrer afin de fournir des soins cliniques sécuritaires de manière efficace.

4. Santé et sécurité

Lors de l'évaluation d'une demande d'accommodement, la santé et la sécurité de l'étudiant.e, des autres fournisseurs de soins de santé, des collègues, des patients et autres membres du public sont pris en compte.

5. Responsabilités partagées

Le processus de mise en place d'une mesure d'accommodement est une responsabilité partagée.

Il appartient à l'étudiant.e de demander que des mesures d'accommodement soient mises en place et de collaborer tout au long du processus qui vise à déterminer le type d'accommodement nécessaire en fonction des circonstances. Cela pourrait nécessiter la divulgation d'informations pertinentes, tout en respectant la confidentialité, pour mieux définir les besoins et/ou défis de l'étudiant.

Conformément à la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, article 10, le programme a quant à lui la responsabilité de collaborer de bonne foi au processus visant à déterminer quel type d'accommodement est raisonnable et nécessaire dans les circonstances.

Plusieurs intervenants sont impliqués dans le principe de responsabilité partagée, notons par exemple :

- Le SPESH recommande les accommodements. Ceci implique que l'étudiant.e doit absolument consulter le SPESH pour s'assurer de son admissibilité à leur service et bénéficier par la suite de mesures d'accommodements.
- Le programme et la faculté déterminent les accommodements raisonnables possibles. Par la suite, ils ont la responsabilité de gérer l'organisation des mesures d'accommodement en collaboration avec les milieux d'enseignement.
- Les enseignants et/ou les unités collaborent à la mise en place des mesures d'accommodement.
- L'étudiant.e participe activement à la recherche de possibilités d'accommodements.
- L'étudiant.e accepte un accommodement raisonnable et facilite l'implantation des solutions.

PROCESSUS

Processus d'une demande d'accommodement au sein du programme de résidence en médecine de famille

- Dès que possible, l'étudiant.e doit contacter le SPESH afin qu'un conseiller puisse évaluer les besoins, identifier les défis à relever et recommander les mesures éventuelles d'accommodement requises pendant les stages ou toute autre activité académique du programme.
 - Il est possible de remplir la demande AVANT l'entrée en résidence.
 - Avant sa rencontre avec la personne intervenant au SPESH, l'étudiant.e est invité à réfléchir à ses besoins (se référer à l'annexe)

Pour s'inscrire au service [Soutien aux personnes étudiantes en situation de handicap](#) SPECH, il faut remplir le [formulaire d'inscription](#) sur le site du SPESH.

- Par la suite, l'étudiant.e présente les mesures d'accommodement proposées par le SPESH afin de s'assurer des possibilités réelles de mise en place de ces mesures dans les différents milieux de stage à la direction du programme. L'étudiant.e est fortement invité.e à être accompagné.e du conseiller du SPESH lors de cette rencontre. Idéalement, les propositions seront envoyées préalablement à la direction du programme en préparation de cette rencontre. Le conseiller pourrait durant le processus discuter directement avec la direction du programme. Dans ce cas, l'étudiant.e doit autoriser ces discussions en signant le formulaire d'autorisation à communiquer des renseignements personnels.
- La proposition de mesures d'accommodement est par la suite discutée et évaluée lors d'une des rencontres statutaires entre la direction du programme de médecine de famille et le vice-décanat aux études médicales postdoctorales qui fait office de comité décisionnel.
- Des informations additionnelles ou une rencontre peuvent s'avérer nécessaires pour assurer le suivi de la décision du comité. Le processus est finalisé et la lettre officielle d'accommodement du SPESH officialisée.
- Dans l'éventualité d'un refus ou d'une modification significative d'une mesure d'accompagnement, l'étudiant.e pourra présenter des arguments écrits supplémentaires ou additionnels au comité décisionnel afin de demander une révision de la décision.

Par la suite, l'étudiant.e et la direction du programme rencontrent le directeur local de programme pour discuter des modalités de mise en place des mesures d'accommodement. Au cours de cette rencontre, il sera notamment statué le rôle de chacun dans la mise en place des mesures. Par exemple, il sera déterminé qui présentera la lettre d'accommodement aux responsables de stages, quelles informations seront transmises, etc.

- Au besoin, des ajustements mineurs des accommodements peuvent être faits de concert avec le conseiller SPESH et la direction du programme. Tout ajustement majeur sera discuté lors d'une réunion statutaire du programme de médecine de famille avec le vice-décanat aux études médicales postdoctorales pour décision

15.10 ACCOMMODEMENT DANS LE CONTEXTE D'ABSENCES NON PRÉVUES

PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE ACCOMMODEMENT DANS LE CONTEXTE D'ABSENCES NON PRÉVUES (TELLES QUE MALADIE) QUI AFFECTENT LA VALIDITÉ DE STAGE SELON LA RÈGLE DU 75% DE PRÉSENCE EN STAGE.

Adoptée au comité de programme du 28 octobre 2022

**IMPORTANT : Il n'y AUCUN accommodement possible
si l'ensemble des compétences reliées au stage n'ont pu être atteintes**

Considérant l'article 11.5 c)1 du Règlement des études médicales postdoctorales et la politique relative à la validité des stages du Comité des études médicales et de l'agrément du Collège des médecins du Québec, un stage ne peut être considéré valide que si le résident a été présent au moins 75 % des jours ouvrables prévus à ce stage. On doit donc considérer qu'un stage d'une durée d'une période (4 semaines, ou 20 jours ouvrables) est valide seulement si le résident a été présent dans son stage pendant 15 jours ou plus. Lorsqu'un stage, pour des raisons organisationnelles (congés fériés, par exemple), offre moins de 20 jours ouvrables, la règle du 75 % de présence requise s'applique sur le nombre réel de jours ouvrables. Attention : pour les stages d'urgence, les congés fériés sont considérés comme des jours ouvrables.

1 11.5 c) **Stage incomplet** - Pour qu'un stage soit valide, le résident doit y avoir été présent pendant au moins les trois quarts de sa durée. Dans le cas contraire, le comité de compétence décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

Considérant la volonté du programme de médecine familiale de ne pas prolonger indument la durée de la résidence, tout en respectant l'esprit du Règlement des études médicales postdoctorales et en s'assurant d'une équité pour tous, il est convenu que certains accommodements sur la validité de stage seront tolérés.

Cet accommodement doit être discuté et accordé par le directeur local de programme (DLP). Il s'agit d'un privilège et le DLP n'a donc aucune obligation d'accommoder le résident.

1. STAGE MÉDECINE DE FAMILLE À LA CUMF

a. Advenant qu'un bloc évaluable de 2 ou 3 périodes soit invalide en raison d'une absence non prévue (75 % de présence moins un jour), il est possible de rattraper jusqu'à un maximum d'une journée de stage dans une **prochaine période évaluable de médecine de famille (période rapprochée 3 mois) ou dans la période en cours** et ainsi valider le stage, sous les conditions suivantes :

- i. Le temps repris doit être en surplus des activités du stage en cours
- ii. Le résident est en accord avec le processus et est conscient que cela pourrait ne pas respecter à la lettre la Convention collective FMRQ-MSSS en cours
- iii. La fiche d'évaluation doit être complétée comme un stage valide. C'est la responsabilité du DLP de s'assurer que la journée (ou 0,5 jour) sera reprise tel qu'entendu.

2. STAGE BLOC

- a. Pour un stage urgence en bloc ou intégré
- b. Advenant qu'une ou des absences non prévues au cours du stage en cours, il est possible de rattraper les quarts de travail **dans cette période** avec l'accord du responsable du stage et le DLP (pour stage intégré)
 - i. Le temps repris doit être en surplus des activités du stage en cours;
 - ii. Le résident est en accord avec le processus et est conscient que cela pourrait ne pas respecter à la lettre la Convention collective FMRQ-MSSS en cours.
 - a. S'il y a plus d'une journée d'absence en trop pour confirmer la validité du stage, le milieu doit respecter le *Règlement* en cours.

1 11.5 c) **Stage incomplet** - Pour qu'un stage soit valide, le résident doit y avoir été présent pendant au moins les trois quarts de sa durée. Dans le cas contraire, le comité de compétence décide si ce stage doit être ultérieurement complété ou repris en entier.

15.11 POLITIQUE GESTION DES RÉSULTATS HORS CUMF

POLITIQUE Gestion des résultats hors CUMF

adopté comité de curriculum 2024-03-15

Les résidents sont tenus de gérer leurs résultats* lorsqu'ils sont présents en stage bloc CUMF et lors des journées de retour lorsqu'ils sont hors stage bloc CUMF.

- Lorsqu'un résident est en stage hors CUMF ou en semaine intégrée (hospitalisation, urgence et autres), **on ne peut exiger** qu'il vérifie ses résultats, sauf lors de la journée de retour en CUMF. Ainsi, un système doit être mis en place pour assurer que les résultats soient consultés et gérés en temps opportun.
 - Il est attendu que le résident transfère de façon explicite le suivi des résultats « urgents » ou « semi-urgents » attendus lors de ces périodes.

15.12 POLITIQUE TMA PRÉSENTIEL/TÉLÉTRAVAIL

POLITIQUE Temps médico-administratif (TMA) présentiel/télétravail adopté comité de curriculum 2024-03-15

Présence à la CUMF et/ou télétravail :

- Les CUMF peuvent exiger que les résidents soient sur place selon la politique du milieu selon différents besoins
 - P. ex :
 - Couverture des urgences SAD
 - Besoins pédagogiques (début de la résidence, plan de soutien ...)
 - Autres besoins jugés pertinents
- Si le milieu permet le télétravail, le TMA peut se faire à distance en autant que les résidents soient disponibles pour répondre et gérer les résultats et que le cadre de supervision soit adapté, selon la politique du milieu.
 - Les résidents doivent être en mesure de gérer les résultats et messages « urgents » et de répondre au besoin à une demande d'un superviseur, d'un professionnel ou un membre du personnel pour ses patients, ce qui comprend les patients des résidents avec qui ils sont jumelé, si c'est le cas.
 - Il est recommandé que le résident avise qu'il est en télétravail par la méthode convenue dans la politique du milieu
- Il est recommandé que les résidents soient en présence en début de résidence afin de permettre un jumelage avec un autre résident ou un superviseur pour faciliter l'apprentissage de la gestion des résultats.

Le TMA doit se faire sur les heures ouvrables afin de permettre au résident de discuter avec le superviseur attitré en cas de besoin.

15.13 POLITIQUE DU SOUTIEN À LA RÉUSSITE

POLITIQUE DU SOUTIEN À LA RÉUSSITE

Source : Comité de compétences du programme de résidence en médecine de famille, 25 novembre 2024

Adoption : Comité de programme, 6 décembre 2024

Le programme de résidence en médecine de famille ainsi que les milieux de formation ont le mandat de soutenir la réussite des résidents inscrits au programme.

La réussite du programme de résidence est basée sur l'atteinte des compétences, telles que décrites dans le cursus Triple C du CMFC. Elle est appuyée par des rétroactions transparentes, fréquentes et adaptées à la réalité des résidents et à leur niveau de formation, de type coaching.

Les milieux de formation, soit les cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF), la direction du programme et le comité de compétence se doivent de rapidement identifier et proposer des mesures de soutien afin de soutenir les résidents le nécessitant. Les milieux de formation CUMF ont le mandat de mettre en place les mesures de soutien.

Dans le cas d'échec des mesures de soutien, un plan de probation pourrait également être mis en place.

SECTION 1 | MESURES DE SOUTIEN

Trois (3) mesures de soutien sont offertes aux résidents en difficulté :

1. Plan de soutien à la réussite dans le cas de difficultés facilement remédiables
2. **Stage d'apprentissage ciblé (STAC)**, dans le cas de **difficultés importantes**, mais **potentiellement remédiables**
3. **Stage d'apprentissage ciblé, avec probation**, dans le cas de **difficultés sérieuses et/ou persistantes**

Dans le cas d'échec des mesures de soutien, un plan de probation pourrait également être mis en place (voir la section 2).

Qui détermine quelle mesure est la mieux adaptée à la situation du résident ?

- Les milieux de formation CUMF sont les mieux placés pour évaluer quelle mesure sera la plus adaptée à la situation du résident.
- Le comité de compétence ou la direction du programme peut aussi suggérer au milieu et/ou résident la mise en place d'une mesure de soutien

1. PLAN DE SOUTIEN À LA RÉUSSITE

Lorsqu'un résident présente des difficultés jugées facilement remédiables, un plan de soutien à la réussite doit être proposé au résident.

Un plan de soutien à la réussite doit être construit et mis en place chaque fois qu'il est évalué qu'un résident éprouve des difficultés qui sont suffisamment importantes à son niveau de formation pour entraver la construction de ses compétences et affecter son travail clinique.

Il est fortement recommandé notamment lorsque :

- Les enseignants constatent 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 de compétence du programme impose au résident de reprendre des périodes de stage à la suite d'un stage échoué ou évalué inférieur aux attentes.
- À noter que dans le cas de difficultés jugées plus importantes, mais potentiellement remédiables, le STAC pourrait être proposé si l'équipe le juge préférable.

Transmission du plan de soutien à la réussite

Selon notre politique "Comment transmettre une information concernant l'évaluation d'un résident"

1. Le **directeur local de programme** doit transmettre les informations suivantes lorsqu'un résident éprouve des difficultés académiques importantes :

Il doit absolument discuter de la problématique avec la direction du programme avant toute la transmission d'information au responsable du stage concerné.

→ Toute information pertinente au responsable d'un stage que le résident s'apprête à débiter lorsque les difficultés académiques sont suffisamment importantes pour susciter des inquiétudes quant à la sécurité des patients. Le DLP transmet cette information directement au responsable du stage concerné.

2. Le **président du Comité de compétence** du programme

→ Il peut communiquer l'information jugée pertinente au directeur local du programme de la CUMF d'attache du résident de même qu'au responsable du stage dans lequel un résident est attendu.

3. La **direction du programme** de résidence

→ Elle peut communiquer l'information jugée pertinente au directeur local du programme de la CUMF d'attache du résident de même qu'au responsable du stage dans lequel un résident est attendu

Obligation d'informer le résident concerné

Le résident doit être systématiquement informé de toute transmission d'informations le concernant. S'il en fait la demande, une copie des documents transmis doit lui être remise.

Vecteur de transmission

L'information concernant l'évaluation d'un résident se transmet par l'intermédiaire de la Fiche d'appréciation du stage clinique, d'un plan ou d'une partie d'un plan de soutien.

Lors d'un transfert de CUMF, le directeur local de programme, par l'entremise de la fiche de transmission de l'information, va informer le nouveau milieu d'attache s'il y a eu mise en place d'un plan de soutien. Cela dit, il ne peut transmettre d'office le contenu du plan en question. La direction du programme en discutera avec le résident et elle déterminera si le plan sera transféré au nouveau milieu d'attache.

Le plan de soutien à la réussite ne peut contrevenir au [Règlement des études médicales postdoctorales](#).

2. STAGE D'APPRENTISSAGE CIBLÉ (STAC)

Lorsqu'un résident présente des difficultés jugées importantes mais potentiellement remédiables, un stage d'apprentissage ciblé doit être proposé au résident. Les **difficultés importantes mais remédiables** sont mises en évidence par :

1. Évaluation avec mention *Inférieur aux attentes* (IA) ou *Échec* pour un résident qui a réalisé moins que le temps maximum (cf document sur le STAC) autorisé en stage *d'apprentissage ciblé* au cours de la même année de formation.
2. Une recommandation du Comité de compétence (CC) avec documentation justificative appropriée, à la suite de l'examen du rendement ou du progrès global dans le programme en fonction des objectifs du programme et des compétences que le résident a acquises. Cette recommandation peut être faite précocement en début de résidence si le niveau d'autonomie attendu est jugé nettement inférieur et/ ou les difficultés sont jugées importantes, et ce même avant une première évaluation défavorable.

[Réf. : Boîte à outils DLP – Section Évaluation et soutien à la réussite](#)

Transmission du plan STAC

Comme le plan STAC se déroule uniquement en stage de médecine de famille il n'y a pas de situation où un milieu serait autorisé à transférer ce plan à un autre milieu.

3. STAGE D'APPRENTISSAGE CIBLÉ, AVEC PROBATION, DANS LE CAS DE DIFFICULTÉS SÉRIEUSES ET/OU PERSISTANTES

Un résident qui connaît des difficultés académiques jugées sérieuses et/ou persistantes, telles que mises en évidence par :

- a) Ne pas avoir atteint les objectifs ou acquis les compétences requises après avoir effectué la durée maximale d'un stage *d'apprentissage ciblé* (6 périodes);
Ou
- b) Obtenir une mention *Inférieure aux attentes* ou *Échec* à un stage suite à la réalisation du maximum de périodes autorisées (6) d'un stage *d'apprentissage ciblé*;
Ou
- c) Une recommandation du Comité de compétence (CC) après examen du progrès global dans le programme en fonction des objectifs du programme et des compétences que le résident a acquises.

sera placé en *stage d'apprentissage ciblé, avec probation* par le comité de compétence.

Transmission du plan STAC avec probation

Comme le plan STAC se déroule uniquement en stage de médecine de famille, il n'y a pas de situation où un milieu serait autorisé à transférer ce plan à un autre milieu.
Il ne sera pas transféré lors d'un transfert de CUMF.

Réf. : Boîte à outils DLP – Section Évaluation et soutien à la réussite

SECTION 2 | PLAN DE PROBATION ³(REMÉDIATION)

Un plan de probation peut être imposé par le comité de compétence si les conditions suivantes sont présentes :

Lorsque les difficultés sont persistantes ou demeurent importantes malgré la mise en place de d'autres mesure de soutien tel que le STAC ou le plan de soutien et que le comité de compétence juge que le résident a eu assez de support, celui-ci peut imposer un plan de probation au résident.

C'est le comité central de compétence qui est responsable de l'élaboration du plan de probation. Le résident est rencontré par le président du comité de compétence.

Le directeur local de programme sera impliqué dans la mise en place et le suivi du plan, conjointement avec le comité central. Le directeur local de programme doit aviser par écrit le comité de compétence de tout manquement au plan de probation.

Transmission du plan de probation

Selon la politique "Comment transmettre l'information concernant l'évaluation d'un résident, le directeur local de programme, le président du CC ou la direction du programme doivent transmettre les informations suivantes **lorsqu'un résident éprouve des difficultés académiques importantes** :

- Les objectifs et moyens de remédiations mis en place dans le cadre d'un plan de probation au responsable du stage de médecine familiale en région (rurale) lorsqu'un résident s'apprête à réaliser un stage de médecine familiale en région (rurale). Le DLP transmet cette information directement au responsable du stage de médecine familiale en région (rurale).
- Toute information pertinente au responsable d'un stage que le résident s'apprête à débiter lorsque les difficultés académiques sont suffisamment importantes pour susciter des inquiétudes quant à la sécurité des patients. Le DLP transmet cette information directement au responsable du stage concerné. **Il doit absolument discuter de la problématique avec la direction du programme avant toute transmission d'information au responsable du stage concerné.**

Obligation d'informer le résident concerné

Le résident doit être systématiquement informé de toute transmission d'informations le concernant. S'il en fait la demande, une photocopie des documents transmis doit lui être remise.

¹ Anciennement appelé plan de remédiation

Vecteur de transmission

L'information concernant l'évaluation d'un résident se transmet par l'intermédiaire du plan de probation.

Le Vice-décanat aux études médicales postdoctorales sera avisé et de la mise en place du plan de probation et recevra une copie pour déposer au dossier académique du résident.

ANNEXE 1 – 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/La Dr.e (résident.e) 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/la résident.e dans la correction des problèmes identifiés.

L'enseignant pivot de ce plan, Dr.e le/la résident.e à chaque (*préciser la fréquence*) pour discuter de ses progrès dans l'atteinte des objectifs du plan de soutien à la réussite.

Un bilan intermédiaire sera fait à la suite de chaque étape du plan pour statuer de l'atteinte de l'objectif avant de passer à l'étape suivante.

De son côté, le/la résident.e 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	
Un bilan final* sera écrit et communiqué au résident et au directeur local du programme le	

* Au besoin, le bilan final pourrait être décalé advenant une prolongation du plan nécessaire.

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 pas à être déclarée au Collège des Médecins du Québec lors de votre demande de permis de début de pratique.**

SECTION 1 : 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 :

- Regrouper les diagnostics par plan (cognitif, affectif, relationnel, organisationnel, professionnalisme – référence page 7 du Guide)
- Donner une indication de l'impact des difficultés (impact mineur, modéré ou majeur sur le fonctionnement / NiCDeR, actuel) :

Diagnosics pédagogiques	Impact (précisez)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

SECTION 2 : MESURES DE SOUTIEN

ÉTAPE 1 (1 à 2 périodes)

Début :		Fin :	

Difficultés qui seront adressées :
1.
2.
3.

Mesures de soutien
Le/La Dr.e (résident.e) et la CUMF conviennent de mettre en place les mesures pédagogiques suivantes pour chaque problème identifié :

Avec son enseignant pivot
1.
2.
3.

Lors de rencontres particulières avec certains membres de l'équipe d'enseignants			
Date / heure	Superviseur / Professionnel	Sujet(s) Abordé(s)	Types d'activités

Lors de ses supervisions quotidiennes
1.
2.
3.

De façon organisationnelle (exemple allègement du nb de patient, de bureau)
1.
2.
3.

De façon personnelle
1.
2.

En termes de professionnalisme
1.
2.



**Pour passer à l'étape 2,
la majorité des objectifs doit être rendue « conforme ».**

ÉTAPE 2 (1 à 2 périodes)

Début :		Fin :	
Difficultés qui seront adressées ou prolongées, si nécessaire :			
1.			
2.			
3.			
Mesures de soutien			
Le/La Dr.e (résident.e) et la CUMF conviennent de mettre en place les mesures pédagogiques suivantes pour chaque problème identifié :			

Avec son enseignant pivot
1.
2.
3.

Lors de rencontres particulières avec certains membres de l'équipe d'enseignants			
Date / heure	Superviseur / Professionnel	Sujet(s) Abordé(s)	Types d'activités

Lors de ses supervisions quotidiennes
1.
2.
3.
De façon organisationnelle (exemple allègement du nb de patient, de bureau)
1.
2.
3.
De façon personnelle
1.
2.
En termes de professionnalisme
1.
2.

☐ 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 :

Résident	Date
Enseignant pivot	Date
Directeur du programme	Date

SECTION 3 : RÉSULTAT DE LA PREMIÈRE ÉTAPE DE SOUTIEN

BILAN INTERMÉDIAIRE

Résident	
Date du bilan intermédiaire	

Objectifs / Difficultés	Corrigés	Partiellement corrigés	Non-corrigés	Non débutés
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Autoréflexion du résident des activités par le résident | Quelles modalités ont été les plus aidantes et à répéter? Quelles modalités sont le moins appréciées? Nouvelles modalités à essayer? Y a-t-il des thèmes spécifiques à aborder pour la suite du plan?

Commentaires généraux

BILAN INTERMÉDIAIRE #2 (si nécessaire)

Résident	
Date du bilan intermédiaire	

Objectifs / Difficultés	Corrigés	Partiellement corrigés	Non-corrigés	Non débutés
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Autoréflexion du résident des activités par le résident | Quelles modalités ont été les plus aidantes et à répéter? Quelles modalités sont le moins appréciées? Nouvelles modalités à essayer? Y a-t-il des thèmes spécifiques à aborder pour la suite du plan?

Commentaires généraux

SECTION 4 – BILAN FINAL

BILAN FINAL			
Résident			
Date du bilan final			
Objectifs / Difficultés	Corrigés	Partiellement corrigés	Non-corrigés
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Commentaires généraux			

ANNEXE 2 – PLAN DE PROBATION

PLAN DE PROBATION⁴

Programme de résidence de médecine familiale
Faculté de médecine | Université de Montréal

CONTRAT PÉDAGOGIQUE

Le comité de compétence du programme de médecine de famille impose le plan de probation décrit dans les pages suivantes au Dr de la CUMF .

La période de probation débutera le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. et se poursuivra jusqu'à la fin de sa formation.

Une copie du plan de probation sera versée au dossier académique du résident au Vice-Décanat aux études médicales postdoctorales.

Les responsables de stage hors CUMF recevront une partie ou la totalité du plan afin d'assurer des soins sécuritaires au patient et le suivi des lacunes identifiées.

Le milieu s'engage à mentionner au comité de compétence tout manquement aux attentes de ce plan.

De son côté, le/la résident.e s'engage à tout mettre en œuvre pour corriger les lacunes identifiées.

En cas de non-respect de cet engagement, le résident s'expose à une possible recommandation d'exclusion du programme.

*****Cette mesure doit être déclarée par le résident au Collège des Médecins du Québec lors de sa demande de permis de début de pratique. *****

² Anciennement appelé Plan de remédiation
Cahier du programme (version du 1^{er} juillet 2026)
Université de Montréal

SECTION 1 : DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A. Les difficultés suivantes ont été identifiées :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

SECTION 2 : ATTENTES DU PLAN DE PROBATION

Le Dr (résident) convient de corriger les difficultés citées ci-haut en prenant les mesures suivantes :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Il va de soi que les comportements doivent perdurer jusqu'à la fin de la formation. Tout manquement au plan de probation d'ici la fin de la résidence entraînera une possible recommandation d'exclusion du programme.

☐ J'ai lu, je comprends la nature et la structure du plan de probation qui m'est présenté et je m'engage à le respecter.

Signatures :

Résident

Date

Directeur local de programme

Date

Président du Comité de compétence

Date

ANNEXE 3 - ACCOMPAGNEMENT ÉTUDIANT

QUE SIGNIFIE UN PLAN DE SOUTIEN À LA RÉUSSITE OU UN PLAN D'APPRENTISSAGE CIBLÉ (STAC) POUR MA FORMATION ?

Les plans de soutien à la réussite et les plans d'apprentissage ciblé font partie d'un ensemble de ressources mises à la disposition des programmes pour aider les résidents à rester sur la voie de la réussite lorsque le curriculum habituel ne suffit pas.

En tant qu'apprenant, être impliqué dans un tel plan peut parfois être perçu comme un premier échec dans sa carrière universitaire et engendré un lot d'émotions ainsi que des remises en question. Pourtant, avec l'évolution vers une approche par compétences, nous reconnaissons qu'il existe différents chemins pour atteindre un même objectif : devenir un excellent médecin. L'élément clé à retenir est que la grande majorité de ces plans mènent au succès. Leur objectif est d'identifier et de corriger rapidement les difficultés afin que vous puissiez retrouver votre courbe d'apprentissage et atteindre le niveau de compétence attendu.

Ces plans sont aussi beaucoup plus courants qu'on ne le pense. Ils peuvent concerner aussi bien des résidents juniors que seniors, quel que soit le programme, l'année de résidence ou le domaine nécessitant une amélioration. Il y a plus d'une trentaine de plans mis en place chaque année dans les CUMFs. Donc, vous n'êtes pas seul. De plus, le taux de réussite de ces plans est élevé ce qui en fait une mesure d'aide à la réussite efficace. Une fois le plan complété, il n'y a pas de marque indélébile associée à votre parcours : de nombreux résidents ayant suivi un plan de soutien deviennent par la suite des collègues d'exception.

Il n'existe pas de modèle unique de plan, et cela est intentionnel. Chaque plan est élaboré en concertation avec le résident afin d'identifier les ressources les plus adaptées à ses besoins. Ils peuvent prendre différentes formes et s'appuyer sur divers outils pour aider à surmonter un enjeu de compétence et retrouver une trajectoire optimale. Certains peuvent impliquer un prolongement de la formation, d'autres font appel à des ressources externes, comme un accompagnement professionnel ou un soutien en matière de stratégies d'apprentissage.

Tout au long du processus, les progrès du résident sont suivis pour évaluer l'efficacité du plan et, si nécessaire, l'ajuster. Si les avancées sont plus lentes que prévu, le plan peut être prolongé ou renouvelé en fonction des besoins.

ACCÈS AUX RESSOURCES ET AU SOUTIEN

Le [Bureau d'aide Point de repère](#) se veut un lieu d'accueil et d'échange pour tous les étudiants et étudiantes de la Faculté de médecine. Ensemble, nous veillons à favoriser votre santé, votre bien-être, votre équilibre et votre réussite.

Ainsi, les membres du Bureau offrent quotidiennement du soutien en plus d'organiser des activités et des ateliers adaptés à la réalité étudiante.

L'équipe offre un **accompagnement individualisé** pour les résident.es ayant un plan de soutien à la réussite/ STAC qui peut être d'ordre psychosocial, soutien à l'apprentissage et carrière et ce, dans un espace confidentiel, sécuritaire et gratuit.

Pour prendre rendez-vous avec un.e membre de l'équipe:

Soutien psychosocial : [Prendre un rendez-vous](#)

Soutien à l'apprentissage : [Prendre un rendez-vous](#)

Si les plages offertes ne coïncident pas avec vos disponibilités, n'hésitez à nous [écrire](#) et nous pourrions s'arrimer à votre horaire.

L'équipe du Bureau d'aide Point de repère a créé un **espace d'apprentissage numérique** qui regroupe au même endroit certaines **ressources et outils** développés par nos conseillères au soutien psychosocial et aux apprentissages (bottin de ressource, apprivoiser son stress, halte à la procrastination, jumelage KORSA, Balado, etc.).

Cours : Bureau d'aide - Point de repère | StudiUM

Le **programme personnalisé de mieux-être** vise à vous outiller pour améliorer votre mieux-être en agissant de manière préventive, en vous permettant de reconnaître les facteurs qui affectent positivement ou négativement votre mieux-être, et en vous procurant des outils pour l'améliorer ainsi que de développer votre résilience.

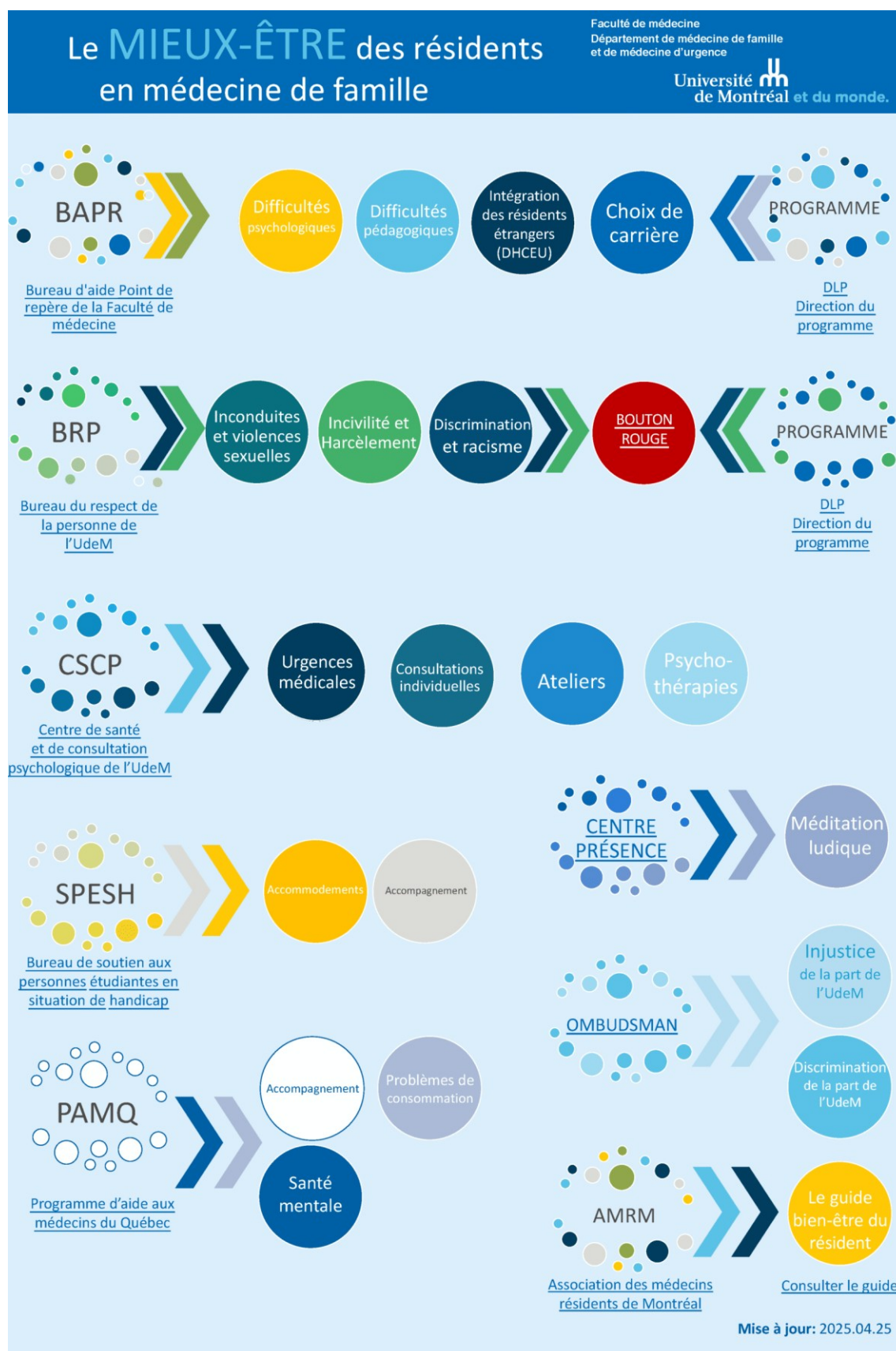
Cours : Programme personnalisé de mieux-être | StudiUM

Autres ressources disponibles

- [Association des Médecins Résident.e.s de Montréal | AMRM](#)
 - [Guide bien-être du résident](#)
 - [Résidents sentinelles](#)
- [Fédération des médecins résident du Québec | FMRQ: Soutien au bien-être - FMRQ](#)
- [Programme d'Aide aux Médecins du Québec | PAMQ: 1-800-387-4166 / 514-397-0888 / \[info@pamq.org\]\(mailto:info@pamq.org\)](#)

Références

- Politique de soutien à la réussite
- Politique pour les demandes d'accommodement pour les résidents en situation d'handicap



15.14 POLITIQUE SUR L'UTILISATION RESPONSABLE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA)

POLITIQUE SUR L'UTILISATION RESPONSABLE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA) PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

Adoption : Comité du curriculum 2026-01-30

A. Objectif et portée

La présente politique vise à encadrer l'utilisation responsable et en toute transparence de l'intelligence artificielle (IA) par les résident.es en médecine familiale, afin de soutenir l'apprentissage clinique et académique sans se substituer au raisonnement clinique, au jugement professionnel ou aux compétences attendues en fin de formation.

Elle s'applique à l'ensemble des activités cliniques, pédagogiques et académiques réalisées par les résidents dans le cadre du programme, ainsi qu'aux superviseur.es impliqué.es dans ces activités.

B. Principes généraux

1. L'IA constitue un outil d'aide à l'apprentissage et à la pratique clinique et ne peut en aucun cas remplacer le raisonnement clinique du résident.e.
2. Le/la résident.e demeure entièrement responsable des décisions cliniques, du contenu des notes médicales et des travaux académiques, qu'ils aient été réalisés avec ou sans l'aide de l'IA.
3. Les outils d'IA peuvent produire des informations erronées, incomplètes ou biaisées; toute information générée doit être validée de manière critique.
4. L'information médicale confidentielle et/ou identifiable du patient ne doit jamais être utilisée dans un système d'IA générative.
5. Lorsqu'un outil d'IA générative est utilisé en soutien à la pratique clinique et nécessite l'intégration de données susceptibles de mener à l'identification du patient (Ex : Scribe IA), il faut valider que l'application protège la confidentialité des patients et dispose d'une politique légale en matière de protection des données.
6. Lorsque l'IA générative est utilisée en soutien à la pratique mais qu'elle n'est pas conçue pour héberger des données de patient, il est impératif de ne jamais insérer dans les requêtes des informations ou des documents permettant d'identifier le patient. C'est le cas des outils de type LLM comme Copilot, ChatGPT, OpenEvidence ou autre.
7. Il faut également vérifier que le logiciel choisi correspond aux normes établies par Santé Québec, les organismes réglementaires et le Collège des médecins, ainsi que celles en vigueur dans l'établissement où le/la résident.e pratique et s'assurer que l'établissement accepte l'utilisation du logiciel choisi.

8. L'utilisation de l'IA doit se faire dans un esprit de transparence auprès des superviseurs et, lorsque requis, auprès des patients.

C. Utilisation des scribes IA (documentation clinique)

C1. Objectif pédagogique

Les scribes IA peuvent soutenir l'efficacité et la structuration de la documentation clinique, tout en respectant le développement progressif des compétences essentielles en collecte de données, en synthèse et en raisonnement clinique.

C2. Admissibilité et progression

- Avant T14 : l'utilisation d'un scribe IA pour la rédaction des notes cliniques n'est pas permise.
- À partir de T14 (début de la 2^e année de résidence) : l'utilisation d'un scribe IA peut être autorisée, sous conditions, en cohérence avec l'autonomie clinique attendue à ce stade, notamment la capacité de libérer des patients sans discussion immédiate avec le superviseur. La démarche visant à se procurer un scribe IA relève de la responsabilité de la personne résidente. Celle-ci assume l'ensemble des coûts associés à l'utilisation de cet outil, lesquels ne sont pas pris en charge par le programme ou l'établissement.
- En fin de parcours : une utilisation plus large peut être permise, selon le jugement de l'équipe enseignante.

C3. Conditions obligatoires d'utilisation

1. Approbation explicite préalable du superviseur.e ou de l'équipe enseignante.
2. Utilisation exclusive d'un outil autorisé par le milieu de formation.
3. Obtention du consentement du patient, avec respect de son droit de refus.
4. Relecture, correction et appropriation obligatoires de toute note générée avec l'aide de l'IA.
5. Mention de l'utilisation du scribe IA dans le dossier, lorsque requis.

C4. Rôle des superviseurs

Le/la superviseur.e conserve le droit d'autoriser, de refuser ou de retirer l'utilisation d'un scribe IA selon le contexte clinique et pédagogique, notamment lors de situations sensibles.

C5. Assurance qualité et relecture ciblée des notes

Lors de l'utilisation d'un scribe IA, toutes notes cliniques est susceptible de faire l'objet d'une relecture ciblée à visée pédagogique par le superviseur.

Ces relectures visent à s'assurer que le résident relit, corrige et s'approprie les notes produites avec l'aide de l'IA et que celles-ci reflètent adéquatement son raisonnement clinique.

En cas de préoccupations répétées, un encadrement additionnel ou un retrait du privilège d'utiliser le scribe IA peut être envisagé.

D. Utilisation des outils d'IA comme aide au raisonnement clinique (OpenEvidence, ChatGPT, Perplexity ou outils similaires)

D1. Énoncé de position

L'utilisation de logiciels d'IA doit soutenir l'apprentissage clinique sans se substituer au raisonnement clinique. Le développement du jugement clinique autonome demeure prioritaire. L'utilisation est permise uniquement pour répondre à une question clinique spécifique. Ces logiciels ne doivent pas être utilisés pour générer des hypothèses diagnostiques, un diagnostic différentiel ou un plan d'investigation initial sauf sous la supervision du superviseur.e

D2. Transparence et divulgation

Le résident doit déclarer au superviseur.e l'utilisation d'un outil d'IA et préciser la version du logiciel utilisé dans l'élaboration de sa note médicale.

D3. Encadrement selon la progression

- T1 à T14 : supervision systématique requise.
- T14 à T20 : supervision requise avec possibilité d'autonomie graduelle.
- À partir de T20 : utilisation possible de façon plus autonome.

D4. Utilisation inappropriée

Toute utilisation abusive ou substitutive des outils d'IA pourra être prise en compte dans l'évaluation des compétences, notamment sur le plan du professionnalisme.

▪ Définition du terme usage abusif :

Constitue un usage abusif de l'IA toute utilisation ayant pour effet de se **substituer au raisonnement clinique**, au **jugement** professionnel ou à l'**effort intellectuel** attendu du résident. Le résident se doit d'être en mesure d'expliquer et de justifier sa pensée et son raisonnement clinique tout particulièrement lorsqu'il y a recours à l'IA générative.

▪ Exemples concrets (Impact clinique et pédagogique) :

- **"Copier-Coller" aveugle** : Transposer intégralement un diagnostic différentiel ou un plan de traitement généré par l'IA dans une note médicale sans en maîtriser le contenu ou sans y porter une analyse critique rigoureuse.
- **La délégation de responsabilité** : Utiliser l'IA pour justifier une décision clinique sans être capable d'expliquer soi-même le raisonnement au superviseur.

- **Le manque de transparence** : Ne pas divulguer l'utilisation de l'IA dans une situation où elle est requise ou pertinente pour l'évaluation.

E. Utilisation de l'IA pour les travaux académiques

Les résident.es doivent réaliser leurs travaux académiques sans l'aide de l'IA, sauf consigne explicite de l'enseignant.e.

Lorsque permise, l'utilisation de l'IA doit être divulguée clairement, entre autres chose mentionner quel outil il/elle a utilisé. Toute image ou visuel généré par IA doit en porter la mention.

Le/la résident.e demeure entièrement responsable du contenu et du respect de l'intégrité académique.

Les résident.es sont invité.es à consulter les [Lignes directrices pour une utilisation appropriée de l'intelligence artificielle \(IA\) générative aux études supérieures à l'Université de Montréal.](#)

La présente politique est complémentaire à ces lignes directrices.

F. Utilisation de l'IA dans la rétroaction, l'évaluation et la supervision

L'utilisation de l'IA dans les activités de rétroaction, d'évaluation ou de supervision des résident.es doit demeurer transparente, éthique et respectueuse du processus pédagogique.

Lorsque l'IA est utilisée par un.e superviseur.e pour soutenir la préparation d'une rétroaction écrite ou orale, cette utilisation doit être clairement divulguée au résident.e. Si un outil d'IA est utilisé en temps réel lors d'une rencontre de rétroaction ou d'évaluation, le consentement du résident.e doit être obtenu au préalable. Le/la résident.e peut refuser l'utilisation de l'IA dans ce contexte sans que cela n'entraîne de préjudice.

L'IA ne doit pas se substituer au jugement pédagogique du superviseur.e ni à l'observation directe du rendement du résident.e. Toute information générée par l'IA doit être validée et demeure sous la responsabilité du superviseur.

Lors de l'utilisation d'outils d'IA dans un contexte de rétroaction ou d'évaluation, des mesures raisonnables doivent être prises afin de protéger la confidentialité et les renseignements personnels du résident.e.

G. Gouvernance, mise en œuvre et révision de la politique

La direction du programme de résidence en médecine familiale est responsable de la diffusion de la présente politique auprès des résident.es et des superviseur.es, notamment lors de l'accueil des résidents et de manière continue tout au long du programme.

Les milieux de formation (GMF-U, cliniques, hôpitaux) sont responsables de préciser les outils d'IA autorisés dans leur contexte et de s'assurer que leur utilisation est conforme aux politiques locales, aux exigences réglementaires et aux normes de confidentialité applicables.

Compte tenu de l'évolution rapide des technologies d'IA et de leurs usages en formation médicale, la présente politique fera l'objet d'une révision périodique afin d'en assurer la pertinence, l'actualisation et l'alignement avec les exigences pédagogiques, cliniques et réglementaires.

H. Non-respect et sanctions

Le non-respect de la présente politique peut entraîner des conséquences académiques ou disciplinaires, incluant une mention à l'évaluation, notamment au niveau du professionnalisme ou de l'expertise.

15.15 POLITIQUE DE SUPERVISION CLINIQUE

PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE POLITIQUE DE SUPERVISION CLINIQUE

Adoption : comité de programme du 24 avril 2026

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

La supervision clinique constitue un élément essentiel de la formation en médecine de famille. Elle vise à assurer la sécurité des patients, le développement progressif de l'autonomie du résident, l'offre de rétroactions régulières et de qualité, ainsi qu'une appréciation juste de la progression du résident.

La supervision repose sur un principe d'autonomie progressive. Le niveau de supervision est ajusté en fonction du niveau de formation du résident, des compétences démontrées, de la complexité des situations cliniques et du contexte de soins. En tout temps, la sécurité des patients prime sur le niveau d'autonomie du résident.

Le médecin superviseur demeure ultimement responsable des soins prodigués aux patients vus par le résident.

2. RESPONSABILITÉS DU SUPERVISEUR ET DU RÉSIDENT

Le superviseur doit être disponible pour discuter des cas, voir les patients lorsque requis ou à la demande du patient, offrir une rétroaction régulière, documenter ses observations et signaler rapidement toute difficulté académique ou professionnelle.

Le résident doit reconnaître ses limites, discuter les cas selon les règles de supervision du milieu, demander de l'aide lorsqu'il est incertain, intégrer la rétroaction reçue et compléter ses notes médicales dans les délais prescrits.

3. ASSIGNATION DES SUPERVISEURS

Les superviseurs sont assignés aux activités cliniques selon l'organisation locale de chaque CUMF.

Les superviseurs sont assignés en fonction de l'horaire clinique et de l'organisation pédagogique, et non selon le choix des résidents. **Les résidents ne peuvent choisir leurs superviseurs ni demander à ne pas être supervisés par certains enseignants.**

Cette organisation vise à assurer l'équité entre les résidents, à favoriser des rétroactions provenant de plusieurs superviseurs, à permettre une appréciation plus juste de la progression du résident et à exposer les résidents à différents modèles de pratique.

4. RATIO DE SUPERVISION

Il est recommandé que chacun des superviseurs ait un maximum de trois (3) apprenants à la fois pour favoriser une supervision et un enseignement de qualité.

5. EXCEPTIONS

Dans certaines situations particulières, notamment de situation pédagogique particulière ou dans le cadre d'un plan de soutien, des exceptions **temporaires** peuvent être accordées.

Toute demande doit être adressée au directeur local du programme et sera analysée puis acceptée ou non par la direction du programme. Les changements de superviseurs demeurent exceptionnels, temporaires et ne constituent pas un droit acquis.

Dans l'éventualité où un superviseur souhaite se retirer de la supervision d'un résident, cette demande doit être adressée au directeur médical et faire l'objet d'une discussion avec celui-ci avant toute modification des modalités de supervision.

6. MODALITÉS DE SUPERVISION

La supervision peut prendre différentes formes, notamment la supervision directe, la supervision indirecte immédiate, la supervision indirecte différée, la révision de dossiers, l'observation directe ou l'enregistrement d'entrevues à des fins pédagogiques. Les modalités de supervision seront adaptées en fonction des modalités propres à chacune des CUMF et selon la progression du résident.

7. NOTES MÉDICALES

Le résident doit rédiger ses notes médicales dès que possible.

Le délai maximum toléré pour finaliser les notes est de 24 heures pour le sans rendez-vous et de 48 heures pour le bureau et les autres cliniques. Selon la politique locale de la CUMF, ce délai peut être plus court; dans cette situation, la politique locale doit être respectée.

Il est recommandé que la note du résident soit approuvée dès que soumise, le plus tôt possible. Si des corrections sont requises, le délai maximum pour qu'un superviseur approuve la note du résident est de **sept jours**.

8. RÉTROACTION ET SUIVI DE LA PROGRESSION

Les superviseurs utilisent des outils de collecte de données journalières (Fiches FOR) afin de structurer la rétroaction, préciser le diagnostic pédagogique et soutenir la progression du résident. Toutes les observations et rétroactions pertinentes sont documentées et conservées au dossier académique du résident selon la politique hospitalière de chaque CISSS d'attache. L'identification précoce des difficultés constitue une responsabilité partagée entre les superviseurs, les directeurs locaux et la direction du programme. Lorsqu'un superviseur observe des difficultés récurrentes, il doit en discuter avec le résident, documenter ses observations et en informer le directeur local du programme et le comité local de compétence afin d'assurer un suivi approprié.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

SECTION XVI

RÉSEAU DE RECHERCHE EN SOINS
PRIMAIRES DE L'UNIVERSITÉ DE
MONTRÉAL (RRSPUM)



LE RÉSEAU DE RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (RRSPUM)

Révision : Juillet 2025

Le [RRSPUM](#) est un regroupement de chercheurs du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, des médecins de famille et d'autres professionnels enseignants des cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) qui vise à développer la recherche dans les milieux d'enseignement de première ligne (PL). Il s'inscrit dans la foulée des « réseaux de recherche en milieu clinique » (Practice-Based Research Network). Ce réseau vise un rapprochement des expertises de la recherche et de la pratique clinique de PL afin de générer des connaissances hautement pertinentes aux pratiques cliniques et de faciliter la diffusion et l'adoption plus rapide des connaissances générées dans les milieux cliniques. Ce Réseau a pour objectifs :

- de développer et augmenter la capacité de recherche, la visibilité et le rayonnement de la médecine de famille et des soins de PL.
- Contribuer au développement des connaissances dans les domaines de la médecine de famille et des soins de PL.

Les résidents intéressés à réaliser un projet de recherche dans le cadre de leur travail d'érudition pourront consulter le site web du RRSPUM afin de prendre connaissance des recherches en cours menées par les chercheurs du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence et d'autres chercheurs universitaires. Les résidents intéressés à faire une activité de recherche dans le cadre de leur projet d'érudition pourraient se joindre à l'une de ces équipes.

Le RRSPUM offrira son soutien aux résidents qui réaliseront un projet impliquant deux ou plusieurs CUMF. Le RRSPUM assurera un soutien en collaboration avec un superviseur de leur CUMF.

Le résident pourra trouver toutes les informations sur le site web du RRSPUM : <https://rrspum.umontreal.ca>, sous l'onglet « Recherche »/« Participer à un projet ».

Au besoin, il pourra communiquer avec l'équipe du RRSPUM afin d'obtenir des informations supplémentaires ou discuter de sa participation à un projet.

[Nous joindre - Réseau de recherche en soins primaires \(RRSPUM\) \(umontreal.ca\)](#)

Site web du RRSPUM

LIENS RAPIDES

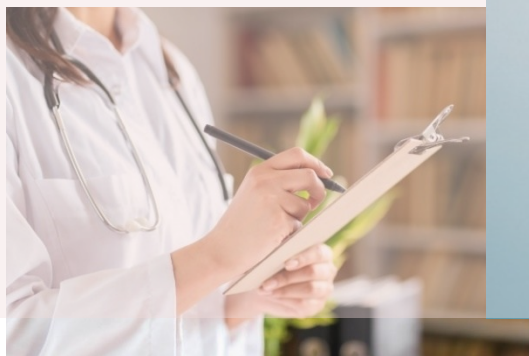
Offre de service
Infolettres



CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE I

FINALITÉS D'APPRÉNTISSAGE



FINALITÉS D'APPRENTISSAGE DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

En approche par compétences, l'expérience pédagogique d'un dispositif de formation n'est pas définie par l'exposition à un contenu spécifique durant une période de temps spécifiée (3 périodes de pédiatrie réalisées sur 2 ans, par exemple), mais plutôt par le résultat attendu au terme de la formation⁸. Les finalités d'apprentissage du programme explicitent le niveau de maîtrise de chaque compétence que les résidents doivent démontrer afin d'obtenir une certification de réussite de la formation.

FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

Pour être certifié, le résident doit démontrer qu'il peut :

Évaluer une situation clinique et poser un diagnostic (Expertise médicale)

- Identifier la ou les raisons de consultations exprimées et vérifie l'accord du patient en tenant compte des indices non verbaux.
- Effectuer un examen clinique complet et reconnaître les anomalies cliniques.
- Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente sur le plan de la santé physique ou mentale et initie une réponse adaptée.
- Prioriser 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.
- Poser un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié.
- Poser, dans la majorité des cas, le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels en tenant compte de la prévalence et la gravité potentielle.
- Tenir compte des besoins et des particularités du patient dans l'élaboration de ses diagnostics.
- Réaliser une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes.
- Intégrer toute l'information pertinente (patient, dossier, proches, intervenants).
- Transmettre son évaluation de façon synthétique dans tous les cas.

Élaborer et appliquer un plan d'intervention (Expertise médicale)

Proposer un plan d'intervention principalement curatif pour des cas simples et pour un nombre limité de situations cliniques.

- Proposer les grandes lignes d'un plan d'intervention en tenant compte des attentes du patient qui comporte aussi les interventions préventives, les interventions non pharmacologiques, l'observation, de même que le recours aux services de professionnels pour les problèmes courants.
- Établir le plan d'investigation approprié en collaboration avec ses superviseurs.
- Tenir compte avec discernement des données probantes, du point de vue des patients et de son expérience comme médecin.
- Établir de façon autonome le plan d'investigation approprié.
- Prendre des décisions cliniques en contexte d'incertitude.
- Appliquer un plan d'intervention approprié qui tient compte des données probantes, des attentes des patients et des ressources communautaires disponibles et du niveau de soins.

⁸ Carracio C. Acad Med 2002; 77: 361-7

Assurer un suivi en temps opportun (Expertise médicale)

- Proposer de revoir le patient si approprié.
- Expliquer au patient les motifs nécessitant une consultation plus hâtive.
- Réviser le diagnostic et son plan d'intervention selon l'évolution de la situation clinique.
- Identifier les ressources professionnelles disponibles pour assurer le suivi de ses patients.
- Utiliser de façon appropriée et opportune les ressources professionnelles et communautaires disponibles pour assurer le suivi de ses patients.
- Coordonner l'investigation lorsque plusieurs consultants sont impliqués et selon le contexte de soin.

Consigner les informations au dossier conformément aux règles (Expertise-médicale)

- Rédiger une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision.
- Rédiger ses notes dans le respect des règles de bonne tenue de dossiers.
- Mettre à jour les outils de suivi (feuille sommaire, liste de médicaments, liste de problèmes...).

Conduire l'entrevue médicale en partenariat avec le patient et ses proches (Communication)

- Identifier les points qu'il veut aborder en tenant compte du patient et du contexte de soins.
- Transmettre des informations au patient et aux tiers concernés afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi.
- Ajuster ses échanges à l'âge du patient, à ses capacités cognitives, à son degré de littératie, à son contexte culturel et à ses expériences de vie.
- Adapter la structure de l'entrevue aux exigences de la situation clinique.
- Annoncer le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas complexes.
- Convenir avec le patient des choix de traitements et du niveau de risque acceptable pour lui.
- Utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.

Fonder ses actions sur une démarche clinique éthique (Professionnalisme)

- Reconnaître les enjeux éthiques
- Adopter une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...).
- Identifier les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur.
- Expliciter les enjeux éthiques présents dans les situations cliniques lors de la rédaction du plan de soins
- Identifier les mesures prévues par la réglementation (déclaration d'incident-accident) lors d'un incident ou d'un accident.
- Résoudre les situations de conflits d'intérêts dans le meilleur intérêt du patient.
- Appliquer les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité...)
- Discuter des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée.

Se conduire selon les valeurs, les règles et les normes de la profession (Professionalisme)

- Respecter le secret professionnel
- Respecter le code de conduite (ponctualité, tenue vestimentaire...) de l'établissement et du code de déontologie
- Adopter une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...)
- Rédiger le dossier médical selon les normes en vigueur.
- Identifier la présence d'un problème de santé qui a un impact sur sa pratique et rechercher l'aide appropriée.
- Appliquer les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient.
- Gérer de façon appropriée les situations relationnelles à risque
- Utiliser 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.
- Respecter les normes déontologiques lorsqu'il doit mettre fin à la relation patient- médecin.
- Adopter des solutions adaptées à ses réactions émotionnelles dans les situations cliniques difficiles.

Participer harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins (Collaboration)

- Reconnaître et respecter la diversité des rôles et des responsabilités des autres professionnels de l'équipe de soins de santé (échange, lecture des notes au dossier...).
- Exprimer ses questionnements tout en étant solidaire des décisions prises par l'ensemble de l'équipe.
- Contribuer à créer un climat de respect, propice aux échanges ouverts et honnêtes entre les membres de l'équipe.
- Sensibiliser un patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concernent.
- Identifier les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participer à la recherche de solutions appropriées.
- Participer à la coordination des interventions de l'équipe de soins en favorisant la participation de tous.
- Collaborer en tenant compte des contraintes du milieu et des responsabilités de chacun.

Planifier, coordonner et dispenser les soins en équipe (Collaboration)

- Préciser le motif de sa demande de consultation et fournir les informations pertinentes, selon les procédures établies.
- Appliquer les interventions du plan de soins qui le concernent.
- Intégrer le patient et ses proches dans l'élaboration d'un plan de soins.
- Sélectionner les informations à transmettre aux professionnels d'un autre établissement afin d'assurer la continuité de soins du patient.
- Ajuster en équipe le plan de soins selon l'évolution de la situation.
- Soutenir les professionnels et les étudiants dans la prestation et la coordination des soins et services auprès du patient et de ses proches.
- Coordonner la séquence des interventions auprès des membres d'une équipe en contexte de soins aigus.

Effectuer des interventions de promotion et de prévention auprès de ses patients (Promotion de la santé)

- Identifie les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir.
- Informe le patient de la présence de facteurs de risque dans ses habitudes de vie.
- Cible les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir.
- Réfère aux intervenants, institutions ou organismes appropriés.
- Conseille le patient sur la pertinence ou non de tests et d'investigations.
- Priorise entre les diverses options de dépistage et d'intervention appropriées.
- Conseille judicieusement et de façon pertinente ses patients en tenant compte de la disponibilité et du coût des ressources.
- Intervient dans l'intérêt du patient en conciliant les besoins individuels et collectifs.

Favoriser l'apprentissage de tiers (notamment les externes) (Érudition)

- Adapter le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de son interlocuteur.
- Reconnaître dans une situation clinique les opportunités d'apprentissage.
- Guider l'étudiant qu'il supervise dans sa recherche d'informations.
- Aider l'étudiant qu'il supervise à choisir les moyens d'apprentissage les plus pertinents.
- Donner une rétroaction ciblée et basée sur des gestes et des comportements observés de l'étudiant.
- Faire expliciter à l'étudiant sa démarche clinique et explicite la sienne.

Contribuer aux activités d'érudition (Érudition)

- Formuler une analyse critique d'articles scientifiques.
- Procéder à la réalisation de son travail d'érudition (ou de son projet de recherche) dans le respect des échéances.
- Présenter lors de la journée annuelle de la recherche et de l'érudition.
- Rédiger un travail écrit.
- Concevoir un projet d'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel (EQEP).
- Communiquer les résultats de son travail d'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel (EQEP) ou de son projet de recherche et formuler des recommandations argumentées.

Assurer son développement professionnel de façon réflexive (Érudition)

- Définir ses besoins de formation à partir des situations cliniques rencontrées y compris des incidents critiques.
- Participer à des activités d'apprentissage pour atteindre les objectifs de son stage.
- Déterminer ses besoins de formation pour atteindre le niveau attendu de maîtrise des compétences dans son programme.
- Utiliser en situation clinique les outils de recherche documentaire.
- Consulter efficacement la littérature et raffine son analyse critique.

Gérer son temps pour répondre aux besoins de ses patients

(Gestion)

- Planifier son étude et a le souci de réaliser ses tâches cliniques et ses activités personnelles afin de rencontrer les exigences de sa formation dans le temps qui lui est imparti.
- Gérer les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais acceptables.
- Gérer son temps pour les cas simples.
- S'organiser pour répondre aux divers besoins et demandes des patients au moment approprié.
- Faire preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail.
- Gérer son temps pour la majorité des cas complexes.
- S'adapter aux situations imprévues.

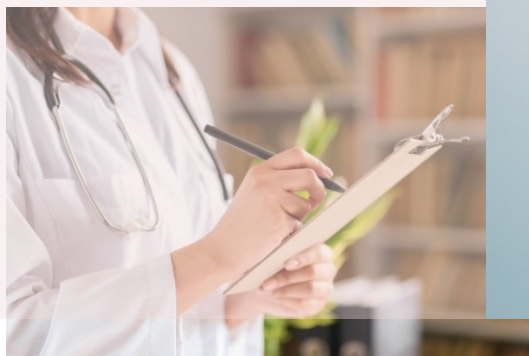
Utiliser judicieusement les ressources (Gestion)

- Employer efficacement les outils technologiques d'accès à l'information de leur milieu.
- S'adapter aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres à chaque milieu de stage.
- Utiliser judicieusement les ressources humaines (communautaires, consultants, autres professionnels de la santé...) et matérielles tant diagnostiques que thérapeutiques.
- Orienter judicieusement ses patients vers les ressources présentes dans le milieu (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.).
- Comprendre et respecte son rôle de médecin et les responsabilités du patient : il répond à la demande selon les besoins et sait dire « non » lorsque requis.
- Gérer judicieusement l'accès aux ressources communautaires et aux consultants et aux autres professionnels.
- Prendre des décisions cliniques en contexte d'incertitude.
- Supporter ses choix à l'aide des meilleures données scientifiques actuellement disponibles et en tenant compte du contexte du patient et de ses attentes.

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE II

FICHE D'OBSERVATION- RÉTROACTION (FO-R)



Fiche d'observation – Rétroaction (FOR)

Temps jalon : ☐ T0-7 ☐ T8-13 ☐ T14-20 ☐ T21-26

Nom du résident :

Date :

Activités : ☐ Bureau ☐ SRDV ☐ VAD ☐ Autre :

Objectifs d'apprentissage /Angle de supervision :

Âge	Cas	Description du cas	Observations
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		

Pour l'ensemble des APC et compétences, le NiCDeR attendu a été atteint

☐ Oui ☐ Non Si non, APC ou compétence à travailler : _____

RÉTROACTION

Bilan de l'activité avec le résident

- **Autoréflexion du résident** | Comment cela s'est-il passé ? Qu'est qu'il veut continuer de faire ? Que ferait-il différemment ?
- **Observations et impressions du superviseur**

Prescription pédagogique avec le résident

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau.	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.

Nom (en lettres moulées) du superviseur

Nom (en lettres moulées) du résident

Signature du superviseur

Signature du résident

Niveau de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR)		
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 Confiabiles (APC)	NiCDeR			
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
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
12. Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille	2	2	3	4

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau.	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.
Corriger correspond à une connaissance ou une compétence qui n'est pas connue ou bien faite, par exemple : - une connaissance insuffisante - une fermeture prématurée - une communication déficiente Donc quelque chose qui n'est pas acquis et qui devrait l'être	Consolider correspond à une compétence qui est réussie mais qui est encore en apprentissage pour que le résident soit à l'aise, par exemple : - connaître la médication pour le diabète mais avoir encore quelques questionnements à ce sujet - avoir fait une première infiltration réussie mais devoir répéter le geste pour devenir à l'aise - avoir la majorité des diagnostics différentiel mais en avoir oublié un	Continuer plus loin correspond à une compétence acquise et maîtrisée, mais pour laquelle nous souhaitons pousser le résident plus loin vers son autonomie, par exemple : - personnaliser les plans de traitement en fonction des caractéristiques biopsychosociales et des comorbidités du patient - formation continue sur un sujet déjà maîtrisé - ouvrir sur des dimensions transversales (leadership, interdisciplinarité, éthique)

Il est important de vous référer au [Guide de notation](#) pour les APC et la trajectoire de développement des compétences

Fiche d'observation – Rétroaction (FOR)

Temps jalon : ☐ T0-7 ☐ T8-13 ☐ T14-20 ☐ T21-26

Nom du résident :

Date:

Activités : ☐ Bureau ☐ SRDV ☐ VAD ☐ Autre :

Objectifs d'apprentissage /Angle de supervision :

Âge	Cas	Description du cas	Observations
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		
	Complexe ☐ Supervision directe ☐		

RÉTROACTION

Bilan de l'activité avec le résident

- **Autoréflexion du résident** | Comment cela s'est-il passé ? Qu'est qu'il veut continuer de faire ? Que ferait-il différemment ?
- **Observations et impressions du superviseur**

Prescription pédagogique avec le résident

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.

Nom (en lettres moulées) du superviseur

Nom (en lettres moulées) du résident

Signature du superviseur	Signature du résident

Niveau de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR)

NiCDeR GLOBAL ATTEINT

Dans l'ensemble, le résident atteint le NiCDeR suivant pour les cas rencontrés aujourd'hui :

	NiCDeR	« J'ai suffisamment confiance en ce résident pour lui déléguer l'activité professionnelle »
☐	1	Sous supervision directe stricte
☐	2	Sous supervision indirecte étroite
☐	3	Sous supervision indirecte relative
☐	4	Sous supervision indirecte distante
☐	5	Sans supervision

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 (APC)	NiCDeR			
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
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
12. Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille	2	2	3	4

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau.	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.
Corriger correspond à une connaissance ou une compétence qui n'est pas connue ou bien faite, par exemple : - une connaissance insuffisante - une fermeture prématurée - une communication déficiente Donc quelque chose qui n'est pas acquis et qui devrait l'être	Consolider correspond à une compétence qui est réussie mais qui est encore en apprentissage pour que le résident soit à l'aise, par exemple : - connaître la médication pour le diabète mais avoir encore quelques questionnements à ce sujet - avoir fait une première infiltration réussie mais devoir répéter le geste pour devenir à l'aise - avoir la majorité des diagnostics différentiel mais en avoir oublié un	Continuer plus loin correspond à une compétence acquise et maîtrisée, mais pour laquelle nous souhaitons pousser le résident plus loin vers son autonomie, par exemple : - personnaliser les plans de traitement en fonction des caractéristiques biopsychosociales et des comorbidités du patient - formation continue sur un sujet déjà maîtrisé - ouvrir sur des dimensions transversales (leadership, interdisciplinarité, éthique)

Il est important de vous référer au [Guide de notation](#) pour les APC et la trajectoire de développement des compétences

Fiche d'observation – Rétroaction (FOR - UHMF)
Semaine Unité hospitalière – Médecine de famille

Nom du résident :

Temps jalon :

☐ T0-7 ☐ T8-13
☐ T14-20 ☐ T21-26

Date :

Période :

Absence :

APC 6 : Assure la prise en charge des patients hospitalisés	Conforme	Inférieur aux attentes	N/A
EXPERTISE			
1. Effectue une évaluation globale et approfondie des différents problèmes des patients et élabore un diagnostic différentiel pertinent qu'il peut justifier et prioriser			
2. Recommande et applique un plan d' intervention en partenariat avec le patient et sa famille et l'ajuste selon l'évolution et l'investigation			
3. Identifie les urgences, les priorise adéquatement et assure la prise en charge de façon appropriée			
4. Gère la garde adéquatement			
5. Consigne les informations au dossier conformément aux règles et effectue un résumé pertinent et fonctionnel du dossier antérieur			
PROFESSIONNALISME			
6. Reconnaît et respecte ses limites et consulte au besoin en précisant sa demande ou démontre une autonomie conforme à son niveau de formation			
7. Assume ses responsabilités et assure la sécurité des patients			
8. Manifeste respect et honnêteté dans ses rapports professionnels			
COMMUNICATION			
9. Reçoit, effectue et assure le suivi des communications avec les consultants et professionnels			
10. Peut planifier et animer une rencontre familiale et/ou une rencontre multidisciplinaire			
11. Établit une communication respectueuse et adaptée aux patients et proches			
COLLABORATION			
12. Participe harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins ou planifie, coordonne et dispense les soins en équipe Réfère aux professionnels appropriés au besoin			
GESTION			
13. Coordonne l'investigation et anticipe les prochaines étapes afin d'optimiser le séjour hospitalier temps et préparer le congé			
14. Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation pour s'ajuster au nombre de patients actifs, non actifs, admissions etc..			
ÉRUDITION			
15. Assure son développement professionnel de façon réflexive			
16. Favorise l'apprentissage de tiers (particulièrement les externes)			
ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)			NiCDer
17. Assure une prise en charge globale de ses patients depuis l'admission jusqu'au congé			
18. Contribue au (R1) ou Gère le (R2) fonctionnement d'une unité en collaboration avec l'équipe traitante : R1 : début R1 : 5 pts / fin R1 : 8-10 pts R2 : début R2 : 10-12 pts / fin R2 12-15 pts (peut inclure des cas révisés de façon pyramidale)			
19. Collabore avec l'équipe de soins de l'hôpital pour maintenir la continuité et la coordination des soins et assurer une utilisation appropriée des ressources			
20. Assure une transition sécuritaire des soins lors d'un transfert d'unité et cers le professionnel traitant et les soins de la communauté au congé			

Commentaires

Prescription pédagogique avec le résident

Nom (en lettres moulées) du superviseur

Nom (en lettres moulées) du résident

Signature du superviseur

Signature du résident

Temps jalon	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
NiCDeR	2	2	3	4

Niveau de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR)		
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

Activité Professionnelle Confiable 6 : Assure la prise en charge de ses patients hospitalisés				Stage intégré de médecine de famille	
Description de l'APC	Le résident offre des soins au patient hospitalisé, de l'admission jusqu'au congé. Il évalue et investigue de façon ciblée. Il met en place un plan de traitement et l'ajuste selon l'évolution du patient et de son investigation. Il réfère aux professionnels appropriés au besoin. Il prépare le congé pour assurer le suivi des soins. Il gère, en collaboration avec l'équipe traitante, une unité de 5 à 10 lits (R1) ou de 12 à 15 lits (R2) et coordonne les soins en utilisant judicieusement les ressources et en assurant la sécurité des patients.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	Effectue une anamnèse et un examen clinique en recherchant les signes correspondants à ses hypothèses.	- Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiés. - Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les situations simples. - Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié dans la majorité des cas. - Rédige une note structurée qui témoigne d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion. - Formule les grandes lignes d'un plan d'intervention en fonction du diagnostic principal en tenant compte du diagnostic différentiel, pour la majorité de ses patients.	- Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas simples. - 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. - Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. - Applique un plan d'intervention approprié pour la majorité de ses patients. - Révisé le diagnostic et son plan d'intervention selon l'évolution de la situation clinique.	- Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. - 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. - Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. - Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles	- Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée. - Propose des interventions adaptées aux situations particulières.
Gestion	- S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres au milieu de stage. - Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information du milieu de stage.	- Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience). - Gère les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais appropriés.	- Coordonne l'investigation afin de bien utiliser le temps d'hospitalisation pour les cas simples. - Utilise judicieusement les ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience, accès, coût...). - Fait preuve d'autonomie dans les différentes démarches à faire au cours de la journée pour ses patients (contacts avec les autres professionnels, suivi des résultats, négociation d'examens prioritaires).	- Gère le fonctionnement de l'unité en faisant preuve de souplesse et d'une bonne anticipation pour s'ajuster au nombre de patients actifs vs non- actifs, d'admissions, de congés, etc. - Ajuste son niveau de fonctionnement et son rythme de travail aux besoins du service. - Coordonne l'investigation afin de bien utiliser le temps d'hospitalisation pour les cas complexes. - Planifie le congé et établit les liens avec les intervenants externes (médecin traitant, CLSC, etc.).	- Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail. - Gère de façon autonome une unité de 15 lits - S'adapte aux situations imprévues.

	Temps jalon			
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
NiCDeR	2	2	3	4

Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Collaboration	- Lorsqu'une consultation est requise, identifie le consultant médical ou le professionnel approprié - Précise le motif de sa demande de consultation et fournit les informations pertinentes, selon les procédures établies - Applique les interventions du plan de soins qui sont de sa responsabilité	- Collabore avec l'équipe à l'identification des besoins ou des problèmes prioritaires du patient - Intègre le patient et ses proches dans l'élaboration d'un plan de soins	- Participe à la coordination du plan de soins avec les autres membres de l'équipe - Aide le patient et ses proches à identifier les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de soins	- Coordonne la séquence des interventions des membres de l'équipe de soins et des consultants en favorisant la participation de tous - Établit le lien avec le médecin traitant et les ressources communautaires en prévision du congé.	Propose à l'équipe de nouvelles interventions lorsque le plan de soins n'a pas atteint les objectifs visés
Professionnalisme	- Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches - Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose - Respecte le secret professionnel	- Reconnaît et explicite les enjeux éthiques - Transmet les données véridiques et appropriées en supervision. - Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire - Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur - Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	- Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient - Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun - Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	- Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient - Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée - Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 - Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) - Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque

	Temps jalon			
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
NiCDeR	2	2	3	4

Fiche d'observation – Rétroaction (FOR) - Gestes techniques

Nom du résident :

Temps jalon : ☐ T0-7 ☐ T8-13 ☐ T14-20 ☐ T21-26

Superviseur :

Date :

Cadre: ☐ Clinique ☐ Domicile ☐ Simulation ☐ Autre :

Âge	Cas	Observations
	Complexe ☐ Écho ☐	
	Complexe ☐ Écho ☐	
	Complexe ☐ Écho ☐	
	Complexe ☐ Écho ☐	
	Complexe ☐ Écho ☐	
	Complexe ☐ Écho ☐	

	Compétences spécifiques pour les habiletés techniques	Supervision étroite/aide	Supervision limitée	Autonome	Non observé / applicable
Avant	1. Reconnaît les indications et contre-indications en fonction du diagnostic revalidé				
	2. Parle du choix de la technique et obtient le consentement éclairé (risques et bénéfices)				
	3. Reconnaît ses limitations personnelles et demande conseil et aide				
	4. Se prépare à exécuter l'acte technique (matériel, positionnements)				
Pendant	5. Adapte les techniques au patient				
	6. Assure sa propre sécurité et celle du patient				
	7. Surveille le patient, s'assure de son confort et communique avec lui				
	8. Gère l'inattendu				
	9. Exécute la technique adéquatement				
	10. Collabore avec le personnel soignant				
Après	11. Fournit conseils, plans de suivi et congé éclairé				
	12. Nettoie son environnement et dispose de son matériel de façon sécuritaire				
	13. Gère adéquatement les spécimens				
	14. Consigne correctement au dossier				

RÉTROACTION

- **Autoréflexion du résident** | Comment cela s'est-il passé ? Qu'est qu'il veut continuer de faire ? Que ferait-il différemment ?
- **Observations et impressions du superviseur**

Prescription pédagogique avec le résident

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau.	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.

Nom (en lettres moulées) du superviseur

Nom (en lettres moulées) du résident

Signature du superviseur

Signature du résident

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau.	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.
Corriger correspond à une connaissance ou une compétence qui n'est pas connue ou bien faite, par exemple : - une connaissance insuffisante - une fermeture prématurée - une communication déficiente Donc quelque chose qui n'est pas acquis et qui devrait l'être	Consolider correspond à une compétence qui est réussie mais qui est encore en apprentissage pour que le résident soit à l'aise, par exemple : - connaître la médication pour le diabète mais avoir encore quelques questionnements à ce sujet - avoir fait une première infiltration réussie mais devoir répéter le geste pour devenir à l'aise - avoir la majorité des diagnostics différentiel mais en avoir oublié un	Continuer plus loin correspond à une compétence acquise et maîtrisée, mais pour laquelle nous souhaitons pousser le résident plus loin vers son autonomie, par exemple : - personnaliser les plans de traitement en fonction des caractéristiques biopsychosociales et des comorbidités du patient - formation continue sur un sujet déjà maîtrisé - ouvrir sur des dimensions transversales (leadership, interdisciplinarité, éthique)

Tableau des gestes techniques en clinique	Temps jalon
<i>Balises minimales : Exposition à 75 % des gestes techniques des temps jalons T0-7 et T8-13</i>	
Cryothérapie des lésions cutanées, émondage, culture fongique	0-7
Frottis cervico-vaginal	0-7
Injections IM, S/C, sous-dermiques	0-7
Infiltration d'anesthésique local	0-7
Exérèse de cérumen ou CE oreille	0-7
Réparation de lacérations : sutures simples et colle	0-7
Incision et drainage d'un abcès ou panaris	8-13
Biopsie cutanée (rasage, à l'emporte-pièce ou excisionnelle)	8-13
Excision de lésions dermiques dont le kyste sébacé	8-13
Débridement d'une plaie	8-13
Bloc digital (doigt ou orteil)	8-13
Pose d'un dispositif intra-utérin	8-13
Insérer un implant contraceptif	8-13
Bx endomètre par aspiration	8-13
Insertion d'une sonde urinaire	8-13
Injection dans l'articulation (genou, épaule)	8-13
Onyctomie simple ou radicale	21-26
Exérèse d'un corps étranger de l'œil	21-26
Exérèse d'un corps étranger dans autre site anatomique	21-26
Réduction d'une fracture ou luxation	21-26
Pose d'une attelle/ poser et enlever un plâtre	21-26

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE CONFIABLE

Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille

Dans un contexte de soins en médecine familiale, le résident évalue l'indication d'un geste technique, obtient un consentement éclairé, prépare le matériel requis, réalise le geste de manière sécuritaire et efficace, puis assure le suivi approprié. Il reconnaît ses limites techniques, demande de l'aide au besoin et adopte une approche centrée sur le patient tout au long de l'intervention.

NiCDeR	2	2	3	4
Temps jalon	T0-7	T8-13	T14-20	T21-26

Niveau de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR)		
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

Il est important de vous référer au [Guide de notation](#) pour les APC et la trajectoire de développement des compétences

GUIDE DE NOTATION POUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE CONFIABLE (NiCDeR)

APC : Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille

EXPERTISE				
1	2	3	4	5
Respecte les principes d'asepsie de base	- Évalue la pertinence du choix de la technique en fonction du diagnostic - Connaît les indications, contre-indications et complications possibles des gestes techniques courants - Prépare le matériel avec aide - Décrit les étapes du geste avant de le réaliser - Réalise certaines étapes sous supervision directe - Gère les spécimens avec supervision (identification, documentation, acheminement)	- Sélectionne adéquatement les patients admissibles au geste - Prépare le champ et le matériel de façon autonome - Réalise le geste de façon sécuritaire sous supervision (asepsie et disposition des objets piquant/tranchant) - Reconnaît les difficultés techniques et demande de l'aide - Donne les consignes post-procédure appropriées	- Réalise efficacement les gestes techniques courants de manière autonome et sécuritaire - Anticipe les complications possibles et les prévient - Adapte sa technique à la situation et au contexte clinique - Assure le suivi clinique approprié - Assure de façon autonome une gestion adéquate des spécimens de l'identification à l'acheminement	- Gère les complications mineures de façon autonome - Enseigne les gestes techniques aux apprenants juniors - Optimise l'organisation matérielle et procédurale - Assume la responsabilité globale de l'intervention
COMMUNICATION				
1	2	3	4	5
Utilise un langage adapté et rassurant	- Explique sommairement le geste au patient - Obtient un consentement verbal avec supervision	- Explique clairement la procédure, les risques, les bénéfices et les alternatives éventuelles - Vérifie la compréhension du patient et obtient son consentement de façon autonome - Donne les consignes post-intervention et du congé éclairé	- Adapte sa communication à l'anxiété, la douleur ou la vulnérabilité du patient - Maintient une communication continue pendant la procédure, même en cas d'imprévu - Divulgue adéquatement les complications	- Gère les imprévus avec calme et transparence - Sert de modèle pour la communication adaptée aux besoins du patient
COLLABORATION				
1	2	3	4	5
Participe à la technique sous la guidance du superviseur	Accueille la rétroaction pendant la procédure et ajuste ses actions en conséquence	- Utilise l'aide de l'équipe de façon appropriée sans déléguer des tâches relevant de son rôle - Organise l'environnement procédural pour s'assurer de la sécurité de tous	- Coordonne efficacement la contribution des membres de l'équipe en respectant le champ de pratique et les responsabilités de chacun - Sollicite l'aide de l'équipe de manière judicieuse et appropriée au contexte clinique	
GESTION				
1	2	3	4	5
Prépare le matériel requis à l'aide d'une liste ou du superviseur	- Utilise le temps de manière appropriée lors de gestes simples - Porte attention à une utilisation judicieuse du matériel incluant le choix de produits conformes et non expirés, mais peut nécessiter des rappels pour éviter le gaspillage - Nettoie son environnement et dispose de son matériel de façon sécuritaire - Consigne de façon complète et appropriée les informations au dossier selon les normes en vigueur	- Priorise les procédures en fonction de l'urgence clinique - Anticipe le matériel nécessaire et prépare la salle de procédure de façon autonome - Utilise adéquatement le temps prévu pour la procédure - Assure le suivi des résultats associés à sa procédure et prévoit les suivis cliniques, au besoin	- Anticipe les imprévus organisationnels ou techniques - Assure une utilisation judicieuse du matériel et évite le gaspillage	Optimise l'efficacité procédurale tout en maintenant la qualité et la sécurité

Fiche d'observation – Rétroaction (FOR) générique

Nom du résident : _____ ☐ R1 ☐ R2 Date : _____

Activités cliniques : ex
clinique externe, garde, suivi
de patient hospitalisé,
consultation, etc

Objectifs d'apprentissage

/Angle de supervision : _____

ACTIVITÉS CLINIQUES : Observations

RÉTROACTION

Bilan de l'activité avec le résident

- **Autoréflexion du résident** | *Comment cela s'est-il passé ? Qu'est qu'il veut continuer de faire ? Que ferait-il différemment ?*
- **Observations et impressions du superviseur**

Prescription pédagogique avec le résident

Corriger Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau	Consolider Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement ; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Continuer plus loin Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.

Nom (en lettres moulées) du superviseur

Nom (en lettres moulées) 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

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 : Assume ses responsabilités Capacité 2 : Manifeste respect et honnêteté dans ses rapports professionnels Capacité 3 : Fonde ses actions sur une démarche clinique éthique Capacité 4 : Assure le bien-être et la sécurité du patient
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 notation](#) pour les APC et la trajectoire de développement des compétences

Fiche d'observation | Rétroaction (FO-R) Urgence

Période T0-7 ☐ T8-18 ☐ T 19-26 ☐

Prénom et nom du résident :

☐ R1 ☐ R2 Ambulatoire ☐ Civières ☐ Jour ☐ Soir ☐ Nuit ☐ Date :

Situations cliniques Supervision directe (SD) / indirecte (SI)	Cas complexe		Situations cliniques Supervision directe (SD) / indirecte (SI)	Cas complexe	
	Oui	Non		Oui	Non
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

Techniques	Vues	Effectuées	Observations
1.			
2.			

Réflexion du résident sur sa garde

Ce qui a bien été :
Ce qui je ferais différemment :
Points clés que je retiendrai de mon quart de travail :

APC des soins urgents et soins critiques	NiCDeR	Observations
1. Recherche et reconnaît le patient qui nécessite une intervention urgente		
2. Stabilise la condition d'un patient présentant une pathologie urgente		
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. Génère un diagnostic différentiel approprié		
6. Assure la prise en charge globale et le suivi des patients lors de leur épisode de soins aigus		
7. Participe optimalement au travail d'équipe en situation d'urgence		
8. Gère son temps efficacement		

Prescription pédagogique du patron avec le résident

Corriger	Consolider	Continuer plus loin
Le résident n'a pas atteint un élément attendu pour son niveau.	Le résident atteint une compétence conforme à son niveau, mais encore en développement; à renforcer pour devenir stable et autonome.	Le résident est encouragé à approfondir, raffiner ou élargir une compétence déjà acquise.

Forces et autres commentaires

Avez-vous une préoccupation en lien avec le professionnalisme du résident ? OUI ☐ NON ☐

Conforme ☐ Améliorations souhaitées ☐

Nom en lettres moulées et signature de l'enseignant

Signature du résident

Fiche d'observation | Rétroaction (FO-R) Urgence

Échelle NiCDeR | Niveau de Confiance de Délégation des Responsabilités

NiCDeR	Suite à mon observation, je me sens confortable de laisser le résident exécuter la tâche sous...	
1	Sous supervision directe stricte	<i>J'ai dû exécuter la tâche clinique; j'ai dû faire 100 % de la tâche à la place du résident</i>
2	Sous supervision indirecte étroite	<i>J'ai dû le guider; en mesure de réaliser la tâche avec guidance importante</i>
3	Sous supervision indirecte relative	<i>J'ai dû parfois le guider; certaine indépendance, mais requiert guidance intermittente</i>
4	Sous supervision indirecte distante	<i>Je devais être sur place au cas où; indépendant, mais supervision distante encore nécessaire pour assurer une pratique sécuritaire</i>
5	Aucune supervision	<i>Je n'avais pas besoin d'être sur place; indépendance complète</i>

*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

Activités Professionnelles Confiabiles (APC) et Niveaux attendus		NiCDeR		
		T 0-7	T 8-18	T 19-26
1.	Recherche et reconnaît le patient qui nécessite une intervention urgente → Reconnaître les <i>red flags</i> à l'histoire, 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 pouvant mettre en péril l'intégrité du patient (par exemple : rechercher les lésions tendineuses à l'examen de la main, rechercher les atteintes neurovasculaires lors de traumatismes orthopédiques, etc)	2	3	5
2.	Stabilise la condition d'un patient présentant une pathologie urgente → Reconnaître les indications et poser les actions nécessaires pour stabiliser la condition d'un patient instable (par exemple : réanimation volémique, bronchodilatateurs, antibiotiques, VNI, reperfusion en STEMI, thrombolyse en AVC, etc) → Traiter la douleur sévère ou tout autre symptôme significatif rapidement et ce, avant d'en arriver au Dx final. → Identifier en temps opportun les patients nécessitant un geste technique qui a un impact sur la vie ou qui vise à préserver l'intégrité du patient (par exemple : EDU, drain thoracique, réduction/immobilisation, pression intra oculaire, sonde urinaire, 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, victimes de violence conjugale, abus, toxicomanie, etc) dans un contexte de soins aigus → Référer ces clientèles aux ressources appropriées (travailleur social, centre de crise, DPJ, etc) → Évaluer le risque de dangerosité immédiate et appliquer la garde préventive lorsqu'indiqué → Évaluer et prendre en charge les patients agités, intervenir efficacement dans la gestion d'un code blanc (désescalade, contentions chimiques, contentions physiques) → Annoncer une mauvaise nouvelle → Discuter du niveau de soins	2	3	4
4.	Maîtrise les diverses techniques associées à la prestation des soins urgents → Exécuter les gestes techniques attendus qui se retrouvent dans le cahier de programme → Nommer les indications, les contre-indications, les risques et les complications possibles → Mettre en œuvre un plan de soins suivant l'intervention	Tech. simples (ex: suture...)		
		2	3	4
		Tech. avancées (ex: IET, PL...)		
		1	2	3
5.	Génère un diagnostic différentiel approprié → Cibler le problème principal du patient et ajuster son évaluation en fonction de celui-ci → Questionner le patient de manière logique et cohérente en fonction des Ddx générés → Examiner le patient de manière ciblée → Formuler un Ddx approprié à la lumière des données cliniques et paracliniques	2	3	4
6.	Assure la prise en charge globale et le suivi des patients lors de leur épisode 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
7.	Participe optimalement au travail d'équipe en situation d'urgence → Être proactif dans la participation aux soins de patients en état critique → Prioriser les patients (ou actions) les plus urgent(e)s → Reconnaître ses limites et demander de l'aide au moment opportun → Comprendre le rôle des membres de l'équipe et collaborer avec ceux-ci, déléguer des tâches adéquatement → Communiquer de façon assertive (citer les noms, donner des directives claires, fermer la boucle de communication, centrer les communications sur le leader) lorsque la situation le requiert → Considérer les éléments entourant la sécurité des patients et les membres de l'équipe → Collaborer efficacement avec les consultants	2	3	4
8.	Gère son temps efficacement → Réviser le dossier antérieur de façon pertinente en fonction de la raison de consultation → Rédiger des notes complètes mais succinctes comprenant les éléments négatifs et positifs pertinents → Compléter ses tâches malgré les interruptions → Évaluer un nombre raisonnable de patients en fonction de la complexité de ces derniers et des particularités du milieu	2	3	4

FICHE D'OBSERVATION-RETROACTION

Secteur de soins : ☐ Ambulatoire ☐ SAD ☐ CHSLD ☐ Autre : _____

Suivi gériatrique à T-12			
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. 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.		
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 gère avec discernement les 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.		
Recommande ou applique un plan d'intervention	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 et dans certaines situations plus complexes		
Assure le suivi	Maîtrise les mesures ou traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants. Planifie adéquatement le suivi de l'ensemble des problèmes du patient et s'assure qu'il se réalise. Apprécie les résultats des interventions dans les cas complexes. Identifie les ressources professionnelles disponibles pour assurer le suivi de ses patients.		
Communication ☐		Professionalisme ☐	
Début 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 prodigués. Assure la continuité des soins auprès de ces personnes âgées et de ses proches aidants dans tous les contextes 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 et à ses expériences de vie. Adapte son questionnaire lors d'un appel téléphonique avec le patient, son proche ou un intervenant.	Fonde ses actions sur une démarche éthique	Élabore une stratégie d'approche aux situations cliniques présentant des enjeux éthiques
Structure l'entrevue	Adapte la structure de l'entrevue aux exigences de la situation clinique en tenant compte du temps prévu	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 (T6).

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.	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.
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.	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.
Construit une relation professionnelle	Commence à utiliser des stratégies communicationnelles appropriées dans les situations cliniques complexes. Gère les insatisfactions des interlocuteurs de façon respectueuse.	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).
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, incluant les différents formulaires médico-administratifs. 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	Évalue avec le patient et ses proches, ses habitudes de vie et les facteurs pouvant influencer sa santé dont les indices de fragilité.	Assure son 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

	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.	Favorise l'apprentissage de tiers	Adapte le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de son interlocuteur. Recherche une rétroaction sur son enseignement. Utilise la rétroaction reçue pour améliorer ses enseignements.

FICHE D'OBSERVATION-RETROACTION

Secteur de soins : ☐ Ambulatoire ☐ SAD ☐ CHSLD ☐ Autre : _____

Suivi gériatrique à T18-24

Expertise D			
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.		
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 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 révisé périodiquement, en tenant compte des particularités du patient.		
Assure le suivi	Ajuste son suivi selon l'évolution des situations plus complexes.		
Communication D		Professionnalisme D	
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 D		Collaboration D	
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. �tablit 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 D		�rudition D	
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.

Fiche d'observation | Rétroaction (FOR)

STAGE EN PÉRINATALITÉ

☐ R1

☐ JOUR

RÉSIDENT: _____

☐ R2

DATE : _____

☐ NUIT

Situations	Simple	Complexe	Techniques	Vues	Effectuées

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

RÉTROACTION

Activités professionnelles fiables (APC)	NiCDeR	Commentaires
Gère les différentes phases du travail		
Effectue l'accouchement		
Interprète et gère le monitoring fœtal		
Gère les urgences et complications fréquentes		
Fait l'évaluation et prise en charge du nouveau-né à la naissance		

Prescription pédagogique du patron (corriger, consolider ou continuer plus loin...)

Forces et autres commentaires

Conforme ☐

Améliorations souhaitées ☐

Signature de l'enseignant

Signature du résident

**Fiche d'observation – Rétroaction (FOR)
STAGE EN PÉRINATALITÉ**

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 stricte / autonomie minimale - *J'ai dû exécuter la tâche clinique*
- 2** – Supervision étroite / autonomie restreinte – *J'ai dû guider le résident dans sa tâche clinique*
- 3** – Supervision relative / autonomie modérée – *J'ai dû parfois guider le résident dans sa tâche clinique*
- 4** – Supervision distante / autonomie élevée - *Je suis intervenu de façon minimale*
- 5** – Aucune supervision nécessaire / autonomie complète – *Je n'ai pas eu à intervenir / J'aurais pu ne pas être sur place*

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC) et NIVEAUX ATTENDUS

APC	Niveau attendu en FIN DE STAGE
Gère les différentes phases du travail <i>Reconnaître et prendre en charge les différentes phases du travail en collaboration interprofessionnelle et intégrer le partenaire ou accompagnateur dans le déroulement du travail et de l'accouchement.</i> <i>Reconnaître les indications et maîtriser les méthodes de maturation cervicale et d'induction chez les patientes à terme ou lors d'une rupture des membranes lorsque le bien-être fœtal n'est pas compromis.</i> <i>Remédier à la dystocie du travail (1^{er} et 2^e stade) par l'utilisation appropriée de moyens pharmacologiques ou non.</i>	3
Effectue l'accouchement <i>Maîtriser les gestes techniques de l'accouchement.</i> <i>Effectuer un accouchement vaginal spontané d'une grossesse unique, à terme, se présentant par le vertex.</i> <i>Se familiariser avec l'algorithme de l'accouchement instrumental et du siège.</i> <i>Anticiper, reconnaître et initier la prise en charge des complications (ex. dystocie, circulaire).</i> <i>Reconnaître, traiter et référer au besoin les complications immédiates (ex. hémorragie), effectuer un massage utérin.</i> <i>Réparer une épisiotomie et/ou une lacération simple vulvaire, vaginale et/ou périnéale du 1^{er} ou 2^e degré.</i>	3
Interprète et gère le monitoring fœtal	
<i>Assurer la surveillance fœtale par monitoring externe et interne et interpréter le tracé fœtal. Mettre en place une électrode interne.</i>	4
<i>Entamer la gestion d'un tracé anormal.</i>	2

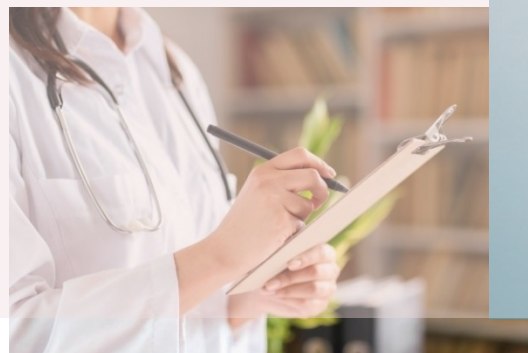
Gère les urgences et complications fréquentes <i>Reconnaître et amorcer la prise en charge des complications courantes en prénatal (MTPT, RPPM, HTAg/PE, RCIU, etc.) et post partum (hémorragies précoce ou tardive, PE du post partum, infections pelviennes, blues et dépression post partum, événements thromboemboliques).</i> <i>Reconnaître les situations dans lesquelles une consultation en spécialité est nécessaire pour prévenir les complications maternelles et fœtales.</i>	2
Fait l'évaluation et prise en charge du nouveau-né à la naissance	
<i>Savoir procéder à l'examen initial, à l'évaluation complète et au suivi du nouveau-né normal. Planifier le congé de l'hôpital comprenant une évaluation du soutien et des conditions sociales qui inclut le suivi communautaire au besoin.</i>	4
<i>Reconnaître, investiguer, traiter ou référer au besoin les problèmes néonataux fréquents (hyperbilirubinémie, hypoglycémie, asphyxie, tachypnée, infections).</i> <i>Connaître les complications possibles de la prématurité et référer au besoin.</i>	2
<i>Connaître les principes et maîtriser les gestes de réanimation du nouveau-né. Connaître les principes de stabilisation avant le transfert du nouveau-né.</i>	1

Fiche d'observation – Rétroaction FOR en périnatalité (version du 24 janvier 2023)
Programme de médecine de famille | Université de Montréal

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE III

FICHE D'APPRÉCIATION DU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE

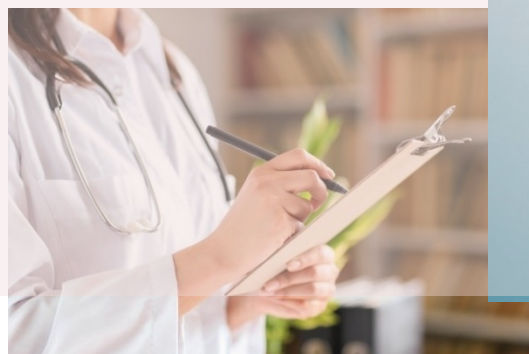


Nom, Prénom		Superviseur			
Évaluation selon le temps jalon		Évaluation des périodes	Date		
☐ T0-7 ☐ T8-13 ☐ T14-20 ☐ T21-26					
ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES CONFIABLES (APC)		NiCDeR atteint	IA	C	N/É
1. Assure le suivi médical périodique des enfants de 0 à 5 ans					
2. Assure le suivi de ses patientes 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					
12. Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille					
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				

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE IV

GUIDE DE NOTATION DE LA FICHE D'APPRÉCIATION DU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE



GUIDE DE NOTATION

FICHE D'APPRÉCIATION DU STAGE CLINIQUE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Conseil pédagogique

Programme de résidence en médecine de famille

Juin 2018

Section I – Marche à suivre pour apprécier les APC

Pour chaque APC :

1. **Identifiez le temps-jalon du résident évalué** (en cas de doute, voir p. 40).
2. Identifiez le *Niveau de Confiance dans la Délégation de Responsabilité* (NiCDeR) atteint par le résident (tableau 1 – page 158) en se demandant :
 - **Avec quel degré de confiance peut-on confier au résident cette activité professionnelle?**
 - Quel niveau d'autonomie est-on prêt à lui octroyer dans la réalisation de cette activité professionnelle?
3. Repérez le *Niveau de Confiance dans la Délégation de Responsabilité* (NiCDeR) attendu en regard du temps jalon (tableau 2 – page 159).
4. **Comparez ce degré de confiance et d'autonomie (NiCDeR) à celui que devrait avoir un résident qui évolue normalement à son niveau de formation (selon son temps-jalon).**
 - L'APC est inférieur aux attentes si le niveau de confiance est inférieur au NiCDeR attendu pour le temps jalon.
 - L'APC est conforme aux attentes si le niveau de confiance correspond ou est supérieur au NiCDeR attendu pour le temps jalon.
5. Écrivez dans la case appropriée de la fiche d'évaluation le NiCDeR atteint par le résident **seulement si** l'APC est inférieure aux attentes.
6. Assurez-vous qu'il y ait une **cohérence** entre l'évaluation des APC et celle des compétences.

L'appréciation du degré de confiance à accorder à un résident est avant tout globale, intuitive et holistique. Elle doit faire consensus au sein de l'équipe enseignante (minimalement au sein des membres du CLÉ). En cas de doute ou de désaccord ou pour trouver les mots pour justifier auprès du résident le NiCDeR accordé :

1. Consultez le tableau de l'APC concernée (p 46 à 51).
2. Repérez, dans ce tableau, le NiCDeR recherché.
3. Lire les indicateurs des diverses compétences qui illustrent les comportements attendus pour le NiCDeR en question.

Une APC peut être noté non évaluable (N/É) si le résident n'a pas encore été exposé à l'activité professionnelle en question.

Il est de la responsabilité du programme local de faire en sorte que tous ses résidents soient exposés aux activités professionnelles de toutes les APC.

Section II – Marche à suivre pour inscrire des commentaires

Les commentaires sont **essentiels** pour préciser la pensée de l'évaluateur et permettre :

- Au résident de bien comprendre son évaluation et de s'ajuster en conséquence.
- Au Comité de compétence du programme de rendre la meilleure décision quant à la mention globale (succès, inférieur aux attentes ou échec) qui sera accordée au stage.

Règles à suivre

1. Toute APC et toute compétence qui n'est pas notée conforme aux attentes **doit** être accompagnée d'un commentaire.
2. Toute discordance entre l'évaluation d'une APC et l'évaluation des compétences **doit** être expliquée par un commentaire.
3. Les commentaires doivent **expliquer pourquoi** un item est jugé inférieur aux attentes et ne pas simplement redire ce qui est déjà affirmé par la cote.

Exemple	Contre-exemple
• Le commentaire « <i>le résident peine à organiser les éléments recueillis afin d'établir et de prioriser un diagnostic différentiel</i> » explique bien pourquoi cet item est évalué inférieur aux attentes.	• Le commentaire « <i>Démarche clinique inférieure aux attentes pour le niveau de formation</i> » ne dit rien de plus que la cote « inférieur aux attentes » déjà donnée à cet item.

Les commentaires doivent être congruents avec les cotes.

Le Comité de compétence du programme se réserve le droit, en cas de commentaires non congruents avec une cote, d'accorder cote et commentaire. Il pourrait, par exemple considérer que la cote qui se rapporte à un commentaire défavorable est inférieure aux attentes même

si elle est inscrite conforme par le comité local d'évaluation.

Exemple	Contre-exemple
Le commentaire « <i>diagnostics différentiels riches et parfaitement hiérarchisés même lors de l'évaluation des cas complexes ou indifférenciés</i> » sur une FASC sur laquelle l'item « <i>Évalue une situation clinique</i> » est coté « supérieur aux attentes »	Le commentaire « <i>le résident n'arrive pas à élaborer un diagnostic différentiel pertinent</i> » sur une FASC sur laquelle l'item « <i>Évalue une situation clinique</i> » est coté « conforme aux attentes » .

4. Les commentaires doivent être **explicites et univoques**.

Exemple	Contre-exemple
Les commentaires « <i>diagnostic différentiel pour les pathologies courantes insuffisamment élaboré pour le niveau de formation</i>», « <i>Connaissances insuffisantes en pharmacothérapie pour les cas courants en première ligne</i> » ou « <i>Anamnèses incomplètes qui omet des informations discriminantes</i> » ne laissent pas place à des interprétations différentes.	Le commentaire « <i>continuer à élaborer les diagnostics différentiels</i> » peut être interprété différemment selon le lecteur. Il peut vouloir dire que l'élaboration des diagnostics différentiels est déficiente ou qu'elle est conforme aux attentes tout en pouvant être encore améliorée.

Les commentaires ne doivent pas identifier un résident par son seul prénom seul.

Exemple	Contre-exemple
« Dr Résident démontre une volonté de s'améliorer »	« Louis démontre une volonté de s'améliorer ».

5. Les commentaires peuvent prendre la forme **d'exemples pour faciliter la compréhension.**

Exemple	Contre-exemple
- Le commentaire « <i>Nécessite encore un encadrement important et une supervision directe en bureau</i> » explique bien pourquoi l'APD « <i>Assure des soins complets et continus à ses patients en ambulatoire</i> » est jugé inférieur aux attentes à T-12. - Les commentaires « <i>Incapable d'énumérer plus de deux causes de délirium</i> » et « <i>Ne reconnaît pas qu'un enfant de deux ans qui respire à 50/min avec tirage est en détresse respiratoire</i> » aident à comprendre pourquoi l'expertise est jugée inférieure aux attentes	Les commentaires « <i>Peu fiable</i> », « <i>Manque de connaissances</i> » ou « <i>Manque de jugement clinique</i> » sont des jugements qui sont facilement contestables par les résidents et n'aident pas à comprendre la nature et l'ampleur des difficultés.

6. Les commentaires ne doivent faire référence à un **incident critique** que si celui-ci :

- **Est représentatif d'un problème sous-jacent :**
Par exemple : « *Arrive fréquemment en retard à ses activités cliniques malgré des avertissements répétés* ».
- Témoigne d'un comportement inacceptable, même s'il n'est survenu qu'une fois :
Par exemple : « *A falsifié la signature d'un enseignant* » ou « *A manqué de respect à un collègue devant un patient* »

Section III – Les Activités Professionnelles Confiables (APC)

TABEAU 1. Niveau de Confiance dans la Délégation de Responsabilité (NiCDeR)

NiCDeR	Confère une autonomie	Traduction pédagogique <i>J'ai suffisamment confiance en ce résident pour lui déléguer l'activité professionnelle ...</i>
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

TABEAU 1. LES APC SPÉCIFIQUES AU STAGE INTÉGRÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE

Activités Professionnelles Confiables	NiCDeR			
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
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
12. Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille	2	2	3	4

Activité Professionnelle Confiable 1		Stage intégré de médecine de famille				
Assure le suivi médical périodique des enfants de 0 à 5 ans						
Description de l'APC :	Lors de l'évaluation de l'enfant de 0 à 5 ans, le résident vérifie les préoccupations des parents. Il évalue les facteurs de risque bio-psycho-sociaux. Il distingue les anomalies des variantes de la normale. Il traite les pathologies courantes et réfère aux ressources appropriées. Il guide les parents en leur fournissant des conseils anticipatoires et préventifs. Il assure un suivi en temps opportun.					
Principales Compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR					
	1	2	3	4	5	
Expertise		• Tient compte du contexte de vie et des craintes et attentes des patients dans l'identification des problèmes. • Effectue un examen clinique complet et reconnaît les anomalies cliniques. • Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiés. • Propose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel sommaire pour les cas simples ou courants. • Propose les grandes lignes d'un plan d'investigation en fonction du diagnostic le plus probable et du diagnostic différentiel pour les cas simples.	• Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les situations simples. • Au-delà de l'ABCD'aire, rédige une note structurée qui témoigne d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion. • Connaît les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants. • Explique au patient les motifs nécessitant une consultation plus hâtive.	• Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. • Intègre la perspective du patient et de ses proches (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • Transmet son évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité. • Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. • Ajuste son suivi selon l'évolution des situations plus complexes et réfère aux ressources appropriées en temps	• Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles.	

				opportun.	
Promotion de la santé	• Vérifie l'immunisation de ses patients. • Détecte et signale à son superviseur les situations où l'intérêt ou le bien-être du patient est menacé (ex. : maltraitance, négligence)	• Cible les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir. • Met à jour l'immunisation de ses patients en tenant compte de leurs facteurs de risque. • Applique les recommandations de l'examen périodique selon les stades de développement de l'enfant.	• Conseille les parents sur la pertinence ou non de tests et d'investigations. • Réfère aux intervenants, institutions et organismes appropriés. • Fait des démarches auprès de certaines instances à l'intérieur ou l'extérieur du réseau pour faciliter l'accès aux services requis en temps opportuns.	• Amorce la prise en charge des situations où l'intérêt et le bien-être du patient est menacé, incluant les démarches auprès de la DPJ, le cas échéant.	• Assure, de façon autonome, la prise en charge des situations où l'intérêt et le bien-être du patient est menacé.

Activité Professionnelle Confiable 1		Stage intégré de médecine de famille				
Assure le suivi médical périodique des enfants de 0 à 5 ans (suite)						
Description de l'APC :	Lors de l'évaluation de l'enfant de 0 à 5 ans, le résident vérifie les préoccupations des parents. Il évalue les facteurs de risque bio-psycho-sociaux. Il distingue les anomalies des variantes de la normale. Il traite les pathologies courantes et réfère aux ressources appropriées. Il guide les parents en leur fournissant des conseils anticipatoires et préventifs. Il assure un suivi en temps opportun.					
Principales	Comportements attendus par NiCDeR					
Compétences sollicitées	1	2	3	4	5	
Communication	- Identifie les points qu'il veut aborder en tenant compte du patient et du contexte de soins - Se présente et précise son niveau de formation - Vérifie le lien entre le patient et la ou les personnes qui l'accompagnent - Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques simples.	- Valide sa compréhension du problème auprès du patient et de ses parents - Annonce le diagnostic et tenant compte de la compréhension des parents dans les cas simples - S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations des parents dans les situations simples.	- Guide et encadre les interventions des accompagnateurs . - Donne l'information approprié à la littératie des parents à un moment approprié - Reconnaît les situations générant du contre-transfert. - Commence à utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.	- Annonce le diagnostic en tenant compte de la compréhension des parents dans les cas complexes - S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations des parents dans les situations complexes. - Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.	Utilise les stratégies pour gérer ses émotions et les situations de contre-transfert.	

Professionnalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	TEMPS JALON				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 2		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi de ses patientes enceintes					
Description de l'APC:	Le résident prodigue, en partenariat avec sa patiente et ses proches, des soins globaux et continus tout au long de la grossesse. Il évalue les facteurs de risque et donne des conseils de prévention et de promotion de la santé. Il propose et explique les particularités du bilan prénatal, incluant le dépistage génétique, adapté au contexte clinique de la patiente. Il ajuste le traitement des pathologies préexistantes et gère les problèmes courants de la grossesse non compliquée. Il évalue le bien-être fœtal, dépiste, reconnaît et réfère au besoin les conditions médicales, obstétricales et psychosociales à risque.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise		• Tient compte des craintes, des attentes et du contexte de vie des patients et de leur famille. • Effectue un examen clinique complet et reconnaît les anomalies cliniques et transmet ses limites à son superviseur. • Propose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel sommaire pour les cas simples ou courants. • Propose les grandes lignes d'un plan d'investigation en fonction du diagnostic le plus probable et du diagnostic différentiel pour les cas simples. • Évalue les résultats des interventions avec l'aide de ses superviseurs.	• Intègre la perspective du patient et de ses proches (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • Évalue adéquatement les patientes instables présentant des problèmes définis. • Établit le plan d'investigation approprié en collaboration avec ses superviseurs et sensibilise ses patientes aux motifs nécessitant une consultation plus hâtive. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants. • Transmet son	• 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. • Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles. • Reconnait ses limites et oriente adéquatement ses patientes lorsque requis. • Évalue les résultats des interventions	

			évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité.	avec l'aide de ses superviseurs.	
Communication	• Ajuste son questionnaire en tenant compte des émotions du patient • Explique ses gestes et s'assure du confort et du respect de la pudeur du patient • Identifie les points qu'il veut aborder ainsi que la ou les raisons de consultation de la patiente • Vérifie le lien entre la patiente et la ou les personnes qui l'accompagne • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales dans les situations cliniques simples.	• Propose et négocie, au besoin, un déroulement de la rencontre en tenant compte des besoins exprimés et des priorités cliniques • Recherche les croyances de la patiente, ses valeurs, ses préoccupations ainsi que ses attentes. • Transmet des informations à la patiente, en tenant compte de son niveau de littératie, afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification au suivi.	• Explique l'incertitude, la limite et les risques inhérents, le cas échéant, à l'investigation, aux tests de dépistage ou aux traitements proposés en lien avec l'évolution de la grossesse • Commence à utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales dans les situations cliniques complexes. • Reconnaît les situations générant du contre-transfert.	• Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.	• Utilise des stratégies pour gérer ses émotions et les situations de contre-transfert.

Activité Professionnelle Confiable 2		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi de ses patientes enceintes (suite)					
Description de l'AP :	Le résident prodigue, en partenariat avec sa patiente et ses proches, des soins globaux et continus tout au long de la grossesse. Il évalue les facteurs de risque et donne des conseils de prévention et de promotion de la santé. Il propose et explique les particularités du bilan prénatal, incluant le dépistage génétique, adapté au contexte clinique de la patiente. Il ajuste le traitement des pathologies préexistantes et gère les problèmes courants de la grossesse non compliquée. Il évalue le bien-être foetal, dépiste, reconnaît et réfère au besoin les conditions médicales, obstétricales et psychosociales à risque.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Promotion de la santé	Identifie et rapporte au superviseur la présence de facteurs de risque (habitudes de vie, emploi, etc.)	- Vérifie et met à jour l'immunisation de ses patientes. - Identifie et propose à la patiente les tests de dépistage pertinents à sa condition - Réalise, au besoin, l'entrevue motivationnelle. - Réfère aux intervenants, institutions et organismes appropriés.	- Priorise entre les diverses options de dépistage et d'interventions appropriées, incluant le dépistage prénatal. - Fait des démarches auprès de certaines instances à l'intérieur ou l'extérieur du réseau pour faciliter l'accès aux services requis en temps opportun.	Conseille judicieusement et de façon pertinente ses patientes en termes de dépistage et investigations en tenant compte de la disponibilité et du coût des ressources (ex. : dépistage prénatal, échographies, etc.)	Assure, de façon autonome, la prise en charge des situations où l'intérêt et le bien-être du patient est menacé.

Professionalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 3		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec problèmes aigus					
Description de l'APC :	Le résident évalue, traite et assure le suivi des patients avec problèmes aigus. Il s'assure de répondre aux inquiétudes du patient. Il explique les raisons nécessitant une réévaluation. Il reconnaît, priorise, traite ou réfère les conditions qui demandent des interventions urgentes ou spécialisées. Il réalise cette démarche dans le temps attendu.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	• Identifie et explore la ou les raisons de consultations exprimées. • Recherche des éléments pour infirmer ou confirmer ses hypothèses. • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et réagit de façon adaptée en priorisant adéquatement. • Propose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel sommaire pour les cas simples ou courants.	• Effectue une anamnèse et un examen clinique en voie d'être ciblé. • Réfère au superviseur en exprimant les limites de sa compétence. • Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié dans la majorité des cas simples. • Propose les grandes lignes d'un plan d'investigation en fonction du diagnostic le plus probable et du diagnostic différentiel pour les cas simples. • Explique au patient les motifs nécessitant une consultation plus	• Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas simples. • Établit de façon autonome le plan d'investigation approprié pour les cas simples. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants. • Planifie un suivi dans les délais requis pour les cas simples et complexes.	• Évalue adéquatement les patients dans la majorité des situations. • Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée. • Rédige une note structurée qui reflète la démarche clinique avec une emphase sur la conduite à tenir et les conseils de départ. • Applique un plan d'intervention approprié pour la majorité de ses patients.	• Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. • 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. • Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. • Prend des décisions cliniques

		hâtive.			en contexte d'incertitude.
Gestion	• S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres au contexte de soins. • Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information	• Utilise des stratégies simples de gestion du temps. • Oriente judicieusement ses patients vers les ressources appropriées (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.) pour les cas simples. • Gère les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais appropriés.	• Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience).	• Utilise judicieusement les ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience, accès, coût...). • Oriente judicieusement ses patients vers les ressources appropriées (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.) pour les cas complexes.	• Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail. • S'adapte aux situations imprévues.

Activité Professionnelle Confiable 3		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec problèmes aigus (suite)					
Description de l'APC :	Le résident évalue, traite et assure le suivi des patients avec problèmes aigus. Il s'assure de répondre aux inquiétudes du patient. Il explique les raisons nécessitant une réévaluation. Il reconnaît, priorise, traite ou réfère les conditions qui demandent des interventions urgentes ou spécialisées. Il réalise cette démarche dans le temps attendu.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Communication	• Ajuste son questionnaire en tenant compte des émotions du patient • Explique ses gestes et s'assure du confort et du respect de la pudeur du patient • Annonce au fur et à mesure les étapes de l'entrevue • Annonce le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas simples • Laisse à l'interlocuteur le temps de s'exprimer	• Propose et négocie au besoin un déroulement de rencontre au patient en tenant compte des besoins exprimés et des priorités cliniques • Valide sa compréhension du problème auprès du patient • Maintient l'entrevue centrée sur les objectifs à atteindre et gère la participation des proches	• Adapte la structure de l'entrevue aux exigences de la situation clinique • Annonce le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas complexes • Explique l'incertitude et les risques inhérents à l'investigation ou aux traitements proposés • S'entend avec le patient sur les prochaines étapes dans les situations complexes • Annonce avec tact une mauvaise nouvelle (y compris le décès inattendu d'un patient)	• Exploite de façon optimale le temps disponible pour l'entrevue • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes • Rédige des notes explicites de façon concise	

Professionnalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 4		Stage intégré de médecine de famille				
Assure le suivi des patients avec problèmes complexes ou indifférenciés						
Description de l'APC :	Face à un patient avec problèmes complexes ou indifférenciés*, le résident priorise l'ordre dans lequel les problèmes doivent être abordés et construit une caractérisation* des problèmes retenus. Il élabore une stratégie de gestion de l'incertitude qui permet de convenir, en partenariat avec le patient et ses proches, d'un plan d'intervention adapté qui utilise judicieusement les ressources. Il réalise cette démarche dans le temps attendu.					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR					
	1	2	3	4	5	

Expertise		• Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et initie une réponse adaptée en priorisant adéquatement. • Réfère au superviseur exprimant les limites de sa compétence. • Tient compte du contexte de vie et des craintes et attentes des patients dans l'identification des problèmes. • Propose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié dans la majorité des cas • Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision. • Planifie un suivi dans les délais requis pour les cas simples et complexes en collaboration avec le superviseur.	• Intègre la perspective du patient et de ses proches (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. • Transmet son évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité. • 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. • Applique un plan d'intervention approprié et en évalue les résultats pour les cas simples et complexes.	• 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. • Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. • Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. • Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles • Ajuste son suivi selon l'évolution des situations plus complexes.	• Propose des interventions adaptées aux situations particulières • Établit de façon autonome le plan d'investigation approprié. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour l'ensemble des problèmes cliniques ou sait où trouver les réponses.
Communication	• Ajuste son questionnaire en tenant compte des émotions du patient • Explique ses	• Identifie la ou les raisons de consultation exprimées ou pas • Identifie les points qu'il veut aborder • Résume les éléments importants du dossier médical • Recherche les croyances	• Transmet des informations au patient et aux tiers concernés afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi • Adapte la structure de l'entrevue aux exigences	• Convient avec le patient des choix de traitements et du niveau de risque acceptable pour lui • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées	

	gestes et s'assure du confort et du respect de la pudeur du patient	du patient, ses préoccupations, ses attentes et les impacts de la maladie • Réitère les consignes essentielles avant de libérer le patient	de la situation clinique • Explique l'incertitude et les risques inhérents à l'investigation ou aux traitements proposés • S'entend avec le patient sur les prochaines étapes du suivi		

- * Problèmes complexes : patient qui présente de nombreuses raisons de consultation ou qui souffre de malaises indifférenciés ou de symptômes physiques médicalement inexpliqués
- * Construit une caractérisation : par opposition à poser un diagnostic précis (par exemple : hernie discale L5-S1 droite ou sinusite maxillaire) caractériser un problème consiste à synthétiser les principaux attributs d'une situation clinique pour en faire une représentation globale juste et fonctionnelle (par exemple : lombalgie mécanique simple ou infection virale des voies respiratoires supérieures).

Activité Professionnelle Confiable 4		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec problèmes complexes ou indifférenciés (suite)					
Description de l'APC :	Face à un patient avec problèmes complexes ou indifférenciés, le résident priorise l'ordre dans lequel les problèmes doivent être abordés et construit une caractérisation* des problèmes retenus. Il élabore une stratégie de gestion de l'incertitude qui permet de convenir, en partenariat avec le patient et ses proches, d'un plan d'intervention adapté qui utilise judicieusement les ressources. Il réalise cette démarche dans le temps attendu.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Gestion	• Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information de son milieu de stage. Est attentif au temps disponible	• Utilise des stratégies de gestion du temps. Gère les résultats paracliniques et fait les suivis pertinents dans les délais appropriés.	• Oriente judicieusement ses patients vers les ressources appropriées (urgence, clinique externe, etc.) • Se questionne sur le coût et la disponibilité des ressources lorsqu'il propose ses interventions diagnostiques et thérapeutiques Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience).	• Exploite de façon optimale le temps disponible pour l'entrevue • Utilise judicieusement les ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience, accès, coût...).	• S'adapte aux situations imprévues.

Profession- nalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
		T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 5		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec problèmes chroniques					
Description de l'APC :	Le résident évalue, traite et assure le suivi des patients avec maladies chroniques en collaboration avec l'équipe de soins. Il reconnaît et traite les complications aiguës. Il travaille en partenariat avec le patient et ses proches pour favoriser leur compréhension et leur implication dans les soins. Il prend en considération les éléments bio-psycho-sociaux ayant un impact sur la maladie et son évolution.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	• Identifie et explore la ou les raisons de consultations exprimées. • S'informe du contexte de vie du patient. • Effectue un examen clinique complet et reconnaît les anomalies cliniques. • Transmet son évaluation de façon structurée en utilisant les termes médicaux.	• Résume et utilise les éléments pertinents du dossier médical du patient. • Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les situations simples. • Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision. • Identifie les traitements usuels (pharmacologiques et non pharmacologiques) pour les problèmes courants. • Révise le diagnostic	• Identifie et explore les raisons de consultations initiales non clairement exprimées • 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. • Rédige une note structurée qui témoigne d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion. • Applique un plan d'intervention (qui comprend le suivi en temps opportun) approprié pour la majorité de ses patients. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants.	• Transmet son évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité. • 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 fréquentes. • Établit de façon autonome le plan d'investigation approprié. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour l'ensemble	• Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. • 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. • Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles • Prend des

		et son plan d'intervention selon l'évolution de la situation clinique.		des problèmes cliniques. • Planifie un suivi dans les délais requis pour les cas simples et complexes.	décisions cliniques en contexte d'incertitude. • Évalue les résultats des interventions.
Collaboration	• Lorsqu'une consultation est requise, précise la raison de consultation et fournit les informations pertinentes. • Reconnaît et respecte la diversité des rôles et responsabilités des autres professionnels.	• Tient compte des informations provenant des évaluations des autres professionnels et médecins • Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches au plan d'intervention • Consigne au dossier les informations pertinentes au suivi du plan d'intervention	• Intègre le patient et ses proches dans l'élaboration d'un plan d'intervention • Sollicite efficacement l'apport des professionnels de l'équipe de soins. • Sélectionne en partenariat avec le patient et ses proches ainsi qu'avec les membres de l'équipe les interventions appropriées.	• Ajuste en équipe le plan d'intervention selon l'évolution de la situation dans les cas complexes. • Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées.	

Activité Professionnelle Confiable 5		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec problèmes chroniques (suite)					
Description de l'APC :	Le résident évalue, traite et assure le suivi des patients avec maladies chroniques en collaboration avec l'équipe de soins. Il reconnaît et traite les complications aiguës. Il travaille en partenariat avec le patient et ses proches pour favoriser leur compréhension et leur implication dans les soins. Il prend en considération les éléments bio-psycho-sociaux ayant un impact sur la maladie et son évolution.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Communication	• Ajuste son questionnaire en tenant compte des émotions du patient • Explique ses gestes et s'assure du confort et du respect de la pudeur du patient • Ajuste son questionnaire à l'environnement ou à l'interlocuteur (ex. : âge, capacités cognitives, surdité, cécité, barrière de langue, littératie, etc.) • Établit des relations caractérisées par la compréhension, la confiance, l'honnêteté et l'empathie • Valide sa compréhension du problème auprès du patient.	• Communique les étapes de l'investigation et du traitement en intégrant la perspective du patient. • Identifie la ou les raisons de consultation non clairement exprimées. • Recherche les croyances du patient, ses préoccupations, ses attentes et les impacts de la maladie. • Transmet les informations au patient et aux proches afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi.	• Choisit judicieusement les informations à transmettre au patient au moment approprié. • Convient, en partenariat avec le patient, du traitement approprié. • S'entend avec le patient sur les prochaines étapes et réitère les consignes essentielles dans les situations simples.	• Anticipe et s'adapte aux réponses affectives du patient. • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations complexes. • S'entend avec le patient sur les prochaines étapes et réitère les consignes essentielles dans les situations complexes.	

Profession- nalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	3	4	4	

Activité Professionnelle Confiable 6		Stage intégré de médecine de famille			
Assure la prise en charge de ses patients hospitalisés					
Description de l'APC :	Le résident offre des soins au patient hospitalisé, de l'admission jusqu'au congé. Il évalue et investigue de façon ciblée. Il met en place un plan de traitement et l'ajuste selon l'évolution du patient et de son investigation. Il réfère aux professionnels appropriés au besoin. Il prépare le congé pour assurer le suivi des soins. Il gère, en collaboration avec l'équipe traitante, une unité de 5 à 10 lits (R1) ou de 12 à 15 lits (R2) et coordonne les soins en utilisant judicieusement les ressources et en assurant la sécurité des patients.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	Effectue une anamnèse et un examen clinique en recherchant les signes correspondants à ses hypothèses.	- Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiés. - Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les situations simples. - Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié dans la majorité des cas. - Rédige une note structurée qui témoigne d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion. - Formule les grandes lignes d'un plan d'intervention en fonction du diagnostic principal en tenant compte du diagnostic	- Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas simples. - 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. - Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. - Applique un plan d'intervention approprié pour la majorité de ses patients. - Révisé le diagnostic et son plan d'intervention selon l'évolution de la	- Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas complexes. - 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. - Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. - Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles	- Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée. - Propose des interventions adaptées aux situations particulières.

		différentiel, pour la majorité de ses patients.	situation clinique.		
Gestion	• S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres au milieu de stage. • Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information du milieu de stage.	• Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience). • Gère les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais appropriés.	• Coordonne l'investigation afin de bien utiliser le temps d'hospitalisation pour les cas simples. • Utilise judicieusement les ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience, accès, coût...). • Fait preuve d'autonomie dans les différentes démarches à faire au cours de la journée pour ses patients (contacts avec les autres professionnels, suivi des résultats, négociation d'examens prioritaires).	• Gère le fonctionnement de l'unité en faisant preuve de souplesse et d'une bonne anticipation pour s'ajuster au nombre de patients actifs vs non-actifs, d'admissions, de congés, etc. • Ajuste son niveau de fonctionnement et son rythme de travail aux besoins du service. • Coordonne l'investigation afin de bien utiliser le temps d'hospitalisation pour les cas complexes. • Planifie le congé et établit les liens avec les intervenants externes (médecin traitant, CLSC, etc.).	• Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail. • Gère de façon autonome une unité de 15 lits • S'adapte aux situations imprévues.

Activité Professionnelle Confiable 6		Stage intégré de médecine de famille				
Assure la prise en charge de ses patients hospitalisés (suite)						
Description de l'APC :	Le résident offre des soins au patient hospitalisé, de l'admission jusqu'au congé. Il évalue et investigue de façon ciblée. Il met en place un plan de traitement et l'ajuste selon l'évolution du patient et de son investigation. Il réfère aux professionnels appropriés au besoin. Il prépare le congé pour assurer le suivi des soins. Il gère, en collaboration avec l'équipe traitante, une unité de 5 à 10 lits (R1) ou de 12 à 15 lits (R2) et coordonne les soins en utilisant judicieusement les ressources et en assurant la sécurité des patients.					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR					
	1	2	3	4	5	
Collaboration	• Lorsqu'une consultation est requise, identifie le consultant médical ou le professionnel approprié • Précise le motif de sa demande de consultation et fournit les informations pertinentes, selon les procédures établies • Applique les interventions du plan de soins qui sont de sa responsabilité	• Collabore avec l'équipe à l'identification des besoins ou des problèmes prioritaires du patient • Intègre le patient et ses proches dans l'élaboration d'un plan de soins	• Participe à la coordination du plan de soins avec les autres membres de l'équipe • Aide le patient et ses proches à identifier les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de soins	• Coordonne la séquence des interventions des membres de l'équipe de soins et des consultants en favorisant la participation de tous • Établit le lien avec le médecin traitant et les ressources communautaires en prévision du congé.	• Propose à l'équipe de nouvelles interventions lorsque le plan de soins n'a pas atteint les objectifs visés	

Professionalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision. • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 7		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients âgés avec syndromes gériatriques					
Description de l'APC :	Le résident évalue, traite et assure le suivi de la personne âgée en partenariat avec le patient et ses proches. Il fait la distinction entre les pathologies et les manifestations du vieillissement normal. Il identifie les syndromes gériatriques et les troubles neurocognitifs et révisé la médication. Il élabore et met en œuvre des conduites cliniques adaptées et proportionnées, en collaboration avec les ressources professionnelles et communautaires.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	• Identifie et explore les raisons de consultations exprimées • S'informe du contexte de vie du patient • Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiées • Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision	• Se préoccupe de l'influence du contexte de vie du patient • Utilise les éléments pertinents provenant du dossier médical du patient et de la perspective du patient et de ses proches • Effectue un examen clinique en voie d'être ciblé : recherche les signes correspondant à ses hypothèses • Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes du patient dans les situations simples • Évalue les résultats des interventions dans les cas simples	• Transmet son évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité • 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 • Identifie les traitements usuels des problèmes courants • Formule les grandes lignes d'un plan d'intervention en fonction du diagnostic principal en tenant compte du diagnostic différentiel pour la majorité de ses patients • Élabore et utilise certaines stratégies pour gérer l'incertitude	• Intègre la perspective du patient et de ses proches (perception, craintes, attentes, impact sur sa vie) • 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 • Établit de façon autonome le plan d'investigation approprié • Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles • Maitrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants et certains problèmes complexes	• Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour l'ensemble des problèmes cliniques

Collaboration	• Reconnaît et respecte la diversité des rôles et responsabilités des autres professionnels • Respecte les règles d'éthique reliées au travail d'équipe • Demeure solidaire des décisions prises par l'ensemble de l'équipe	• Sensibilise le patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concerne • Consignes au dossier les informations pertinentes au suivi du plan de soins • Communique aux membres de l'équipe les informations pertinentes sur l'évolution de la situation médicale du patient	• Sollicite efficacement l'apport des professionnels de l'équipe de soins • Aide le patient et ses proches à identifier les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de soin • Participe à la coordination du plan de soin avec les autres membres de l'équipe • Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches au plan de soins	• Ajuste en partenariat avec le patient et ses proches le plan de soins selon l'évolution de la situation. • Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées.	• Mobilise les proches et les membres d'une équipe pour résoudre un problème.

Activité Professionnelle Confiable 7		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients âgés avec syndromes gériatriques (suite)					
Description de l'APC :	Le résident évalue, traite et assure le suivi de la personne âgée en partenariat avec le patient et ses proches. Il fait la distinction entre les pathologies et les manifestations du vieillissement normal. Il identifie les syndromes gériatriques et les troubles neurocognitifs et révisé la médication. Il élabore et met en œuvre des conduites cliniques adaptées et proportionnées, en collaboration avec les ressources professionnelles et communautaires.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Communication	• Vérifie le lien entre le patient et les personnes présentes. • Anticipe les difficultés potentielles de l'entrevue • Ajuste son questionnaire à l'environnement ou à l'interlocuteur (ex. : âge, capacités cognitives, surdité, cécité, barrière de langue, littératie, etc.) • S'adresse au patient et complète la cueillette d'information au besoin avec les tiers avec la permission du patient si possible • Établit des relations caractérisées par la compréhension, la confiance, l'honnêteté et l'empathie	• Annonce le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques en tenant compte de la compréhension du patient • Transmet les informations au patient et aux proches afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi. • Préparer le patient et ses proches l'éventualité d'une mauvaise nouvelle (ex. : perte d'autonomie, relocalisation, etc.)	• Explique l'incertitude et les risques inhérents à l'investigation, aux traitements proposés et au pronostic • Convient avec le patient et ses proches du traitement approprié compte-tenu du niveau de risque acceptable et du niveau de soin. • Annonce avec tact et sensibilité au patient et ses proches une mauvaise nouvelle.	• Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations complexes. • Anticipe et s'adapte aux réponses affectives du patient et des proches	• Intègre la participation des proches dans les situations complexes. • Exprime au patient et à ses proches la non recevabilité d'une demande inappropriée.

Professionalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 8		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients à domicile et en hébergement					
Description de l'APC :	En collaboration avec l'équipe interprofessionnelle et en partenariat avec le patient et ses proches, le résident évalue, traite et assure le suivi des patients en perte d'autonomie ou avec maladies chroniques et terminales. Il procède à la révision de la médication. Il prévoit un plan d'intervention en cas de détérioration. Il répond aux situations aiguës et urgentes et assure le suivi des patients instables. Il définit l'investigation et le plan de traitement selon le niveau de soins établi (soins proportionnés).				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	• Identifie et explore la ou les raisons de consultations exprimées. • Reconnaît les anomalies à l'examen cliniques la plupart du temps. • S'informe du contexte de vie du patient. • Transmet son évaluation de façon structurée en utilisant les termes médicaux. • Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiés. • Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en	• Se préoccupe de l'influence du contexte de vie du patient. • Utilise les éléments pertinents du dossier médical du patient. • Tient compte des craintes et attentes des patients dans l'identification des problèmes. • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et initie une réponse adaptée en priorisant adéquatement. • Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les	• Recherche la perspective du patient et de ses proches. • Évalue adéquatement les patients instables présentant des problèmes définis. • 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. • Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié dans la majorité des cas • Applique un plan d'intervention	• Intègre la perspective du patient et de ses proches (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • Priorise efficacement les patients lorsque plusieurs demandes surviennent de façon simultanée. • 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. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants et certains problèmes plus complexes. • Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. • Applique un plan d'intervention adapté aux situations particulières aux personnes âgées en	• Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour l'ensemble des problèmes cliniques.

	consultation et discuté en supervision.	situations simples.	approprié pour la majorité de ses patients.	partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles	
Collaboration	• Reconnaît et respecte la diversité des rôles et responsabilités des autres professionnels • Respecte les règles d'éthique reliées au travail d'équipe • Demeure solidaire des décisions prises par l'ensemble de l'équipe	• Implique le patient et ses proches au sein de l'équipe lors de l'élaboration d'un plan de soins • Consignes au dossier les informations pertinentes au suivi du plan de soins Communique aux membres de l'équipe les informations pertinentes sur l'évolution de la situation médicale du patient	• Participe efficacement à des réunions d'équipes interprofessionnelles • Sollicite efficacement l'apport des professionnels de l'équipe de soins • Définit avec les membres de l'équipe les problèmes, les objectifs et le plan de l'intervention. • Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches aux plans de soins	• Ajuste en équipe le plan de soins selon l'évolution de la situation. • Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées	• Mobilise les membres d'une équipe pour résoudre un problème.

Activité Professionnelle Confiable 8		Stage intégré de médecine de famille				
Assure le suivi des patients à domicile et en hébergement (suite)						
Description de l'APC :	En collaboration avec l'équipe interprofessionnelle et en partenariat avec le patient et ses proches, le résident évalue, traite et assure le suivi des patients en perte d'autonomie ou avec maladies chroniques et terminales. Il procède à la révision de la médication. Il prévoit un plan d'intervention en cas de détérioration. Il répond aux situations aiguës et urgentes et assure le suivi des patients instables. Il définit l'investigation et le plan de traitement selon le niveau de soins établi (soins proportionnés).					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR					
	1	2	3	4	5	
Communication	• Vérifie le lien entre le patient et les personnes présentes. • Anticipe les difficultés potentielles de l'entrevue • Ajuste son questionnaire à l'environnement ou à l'interlocuteur (ex. : âge, capacités cognitives, surdité, cécité, barrière de langue, littératie, etc.) • S'adresse au patient et complète la cueillette d'information au besoin avec les tiers avec la permission du patient si possible • Établit des relations caractérisées par la compréhension, la confiance, l'honnêteté et l'empathie	• Annonce le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques en tenant compte de la compréhension du patient • Transmet les informations au patient et aux proches afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi. • Communique aux proches, avec tact et sensibilité, le décès attendu d'un patient.	• Explique l'incertitude et les risques inhérents à l'investigation, aux traitements proposés et au pronostic • Convient avec le patient et ses proches du traitement approprié compte-tenu du niveau de risque acceptable et du niveau de soin.	• Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations complexes. • Anticipe et s'adapte aux réponses affectives du patient et des proches	• Intègre la participation des proches dans les situations complexes.	

Profession- nalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 9		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec difficultés de vie					
Description de l'APC :	Le résident évalue le patient qui traverse des difficultés de vie* avec respect et empathie. Il distingue le normal du pathologique pour établir et mettre en œuvre un plan d'intervention qui comprend accompagnement et soutien tout en évitant la surmédicalisation. Il travaille en partenariat avec le patient et ses proches et en collaboration avec l'équipe de soins. Il propose le recours aux ressources communautaires au besoin.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	• Identifie et explore la ou les raisons de consultations exprimées. • S'informe du contexte de vie du patient.	☐ Recherche la perspective du patient et de ses proches. ☐ Se préoccupe de l'influence du contexte de vie du patient. ☐ Met en œuvre les interventions les plus simples, sous supervision, en s'assurant du confort, du respect et de la sécurité du patient. ☐ Explique au patient les motifs nécessitant une consultation plus hâtive.	• Identifie et explore les raisons de consultations initiales non clairement exprimées. • Évalue les éléments de l'examen mental pour distinguer les difficultés de vie des états pathologiques de santé mentale • Transmet son évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité. • Reconnaît les limites de son rôle de médecin dans la situation du patient et en discute avec le patient. • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et initie une réponse adaptée en	• Intègre la perspective du patient et de ses proches (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • 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. • Applique un plan d'intervention approprié pour la majorité de ses patients. • Planifie un suivi dans les délais requis pour les cas simples et complexes.	• Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles

			priorisant adéquatement.		
Communication	• Ajuste son questionnaire en tenant compte des émotions du patient • Explique ses gestes et s'assure du confort et du respect de la pudeur du patient • Identifie la ou les raisons de consultation exprimées et vérifie l'accord du patient en tenant compte des indices verbaux et non verbaux. • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques simples.	• Recherche les croyances du patient, ses préoccupations, ses attentes et les impacts de la maladie • Reconnaît l'anxiété ou l'inconfort du patient et y répond de manière adéquate • Transmet des informations au patient et à ses proches afin d'encourager sa participation à la mise en place de solution • Identifie la ou les raisons de consultation non clairement exprimées • Ajuste son questionnaire à l'âge du patient, ses capacités cognitives, son degré de littératie,	• Anticipe et s'adapte aux réponses affectives du patient • Reconnaît les situations générant du contre-transfert. • Commence à utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes • Exprime à son superviseur les émotions suscitées par une interaction	• S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations complexes • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes	• Utilise des stratégies pour gérer ses émotions et les situations de contre transfert

	Démontre une sensibilité aux réponses affectives du patient.	son contexte culturel et à ses expériences de vie			

***Exemples de difficultés de vie** : Séparation, deuil, violence conjugale, abus et harcèlement, négligence, relations conflictuelles, problèmes économiques, perte d'emploi, etc.

Activité Professionnelle Confiable 9		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec difficultés de vie (suite)					
Description de l'APC :	Le résident évalue le patient qui traverse des difficultés de vie* avec respect et empathie. Il distingue le normal du pathologique pour établir et mettre en œuvre un plan d'intervention qui comprend accompagnement et soutien tout en évitant la surmédicalisation. Il travaille en partenariat avec le patient et ses proches et en collaboration avec l'équipe de soins. Il propose le recours aux ressources communautaires au besoin.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Collaboration	Reconnait et respecte la diversité des rôles et responsabilités des autres professionnels	- Sensibilise le patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concerne - Consignes au dossier les informations pertinentes au suivi du plan de soins	- Sollicite efficacement l'apport des professionnels de l'équipe de soins - Aide le patient et ses proches à identifier les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de soin - Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches au plan d'intervention.	- Ajuste en partenariat avec le patient et ses proches le plan de d'intervention selon l'évolution de la situation. - Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées.	Mobilise les ressources du patient, de ses proches, de l'équipe et de la communauté dans la mise en place de solutions.
Professionalisme	- Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle - Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches - Obtient un consentement éclairé aux actes de soins	- Reconnaît et explicite les enjeux éthiques - Transmet les données véridiques et appropriées en supervision - Reconnaît ses erreurs, en avise son	Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et	- Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient - Discute	Utilise les stratégies appropriées pour répondre aux besoins et priorités du patient ou de ses proches en cas de divergence d'opinion sur le

	qu'il pose ☐ Respecte le secret professionnel	superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire ☐ Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur ☐ Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	les choix du patient ☐ Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun ☐ Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée ☐ Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du patient	plan de soins • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

***Exemples de difficultés de vie :** Séparation, deuil, violence conjugale, abus et harcèlement, négligence, relations conflictuelles, problèmes économiques, perte d'emploi, etc.

Activité Professionnelle Confiable 10		Stage intégré de médecine de famille			
Assure le suivi des patients avec problèmes de santé mentale					
Description de l'APC :	Le résident différencie le normal du pathologique en tenant compte du contexte physique et psychosocial du patient. Il réalise l'évaluation, le soutien, l'accompagnement et le traitement des patients avec respect et empathie. Il effectue des interventions de soutien appropriées et mobilise les ressources communautaires disponibles au besoin. Il évalue la dangerosité, reconnaît les urgences et agit en conséquence. Il travaille en collaboration avec l'équipe de soins et en partenariat avec le patient et ses proches.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	• S'informe du contexte de vie du patient.	• Recherche des éléments pour infirmer ou confirmer ses hypothèses. • Évalue les éléments psycho-sociaux de la situation clinique. • Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision. • Identifie les traitements usuels (pharmacologiques et non pharmacologiques) pour les problèmes courants. • Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas simples.	• Distingue les difficultés de vie des états pathologiques de santé mentale • Élabore un diagnostic différentiel et arrive à une compréhension clinique dans la majorité des cas. • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et initie une réponse adaptée en priorisant adéquatement. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants. • Évalue les éléments de l'examen mental de façon à obtenir un	• Fait une évaluation complète de la dangerosité et effectue les actions appropriées. • Élabore un diagnostic différentiel et arrive à une compréhension clinique dans les cas complexes. • Maîtrise les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour l'ensemble des problèmes cliniques.	• Applique un plan d'intervention approprié pour tous ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles

			portrait clinique juste du patient.		
Communication	• Ajuste son questionnaire en tenant compte des émotions du patient • Identifie la ou les raisons de consultation exprimées et vérifie l'accord du patient en tenant compte des indices verbaux et non verbaux. • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques simples. • Démonstre une sensibilité aux réponses	• Recherche les croyances du patient, ses préoccupations, ses attentes et les impacts de la maladie • Reconnaît l'anxiété ou l'inconfort du patient et y répond de manière adéquate • Propose les étapes de l'investigation et les traitements en intégrant la perspective du patient • Transmet des informations au patient et aux tiers concernés afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi • Identifie la ou les raisons de consultation non clairement exprimées	• Anticipe et s'adapte aux réponses affectives du patient • Reconnaît les situations générant du contre-transfert. • Commence à utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes • Exprime à son superviseur les émotions suscitées par une interaction	• S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations complexes • Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes	• Utilise des stratégies pour gérer ses émotions et les situations de contre transfert

	affectives du patient.				

Activité Professionnelle Confiable 10		Stage intégré de médecine de famille				
Assure le suivi des patients avec problèmes de santé mentale (suite)						
Description de l'APC :	Le résident différencie le normal du pathologique en tenant compte du contexte physique et psychosocial du patient. Il réalise l'évaluation, le soutien, l'accompagnement et le traitement des patients avec respect et empathie. Il effectue des interventions de soutien appropriées et mobilise les ressources communautaires disponibles au besoin. Il évalue la dangerosité, reconnaît les urgences et agit en conséquence. Il travaille en collaboration avec l'équipe de soins et en partenariat avec le patient et ses proches.					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR					
	1	2	3	4	5	
Collaboration	- Reconnait et respecte la diversité des rôles et responsabilités des autres professionnels - Respecte les règles d'éthique reliées au travail d'équipe - Demeure solidaire des décisions prises par l'ensemble de l'équipe	- Sensibilise le patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concerne - Consignes au dossier les informations pertinentes au suivi du plan de soins - Communique aux membres de l'équipe les informations pertinentes sur l'évolution de la situation médicale du patient	- Sollicite efficacement l'apport des professionnels de l'équipe de soins - Aide le patient et ses proches à identifier les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de soin - Participe à la coordination du plan de soin avec les autres membres de l'équipe - Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches au plan de soins	- Ajuste en partenariat avec le patient et ses proches le plan de soins selon l'évolution de la situation. - Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées.	Mobilise les proches et les membres d'une équipe pour résoudre un problème.	

Professionalisme	• Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle • Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches • Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte le secret professionnel	• Reconnaît et explicite les enjeux éthiques • Transmet les données véridiques et appropriées en supervision • Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire • Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur • Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	• Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient • Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient • Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée • Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26	
NiCDeR attendu	2	2	3	4	

Activité Professionnelle Confiable 11		Stage intégré de médecine de famille			
Gère les épisodes de soins lors de la garde communautaire et hospitalière					
Description de l'APC :	Lors de la garde, le résident assure une disponibilité pour les patients, leurs proches et l'équipe de soins. Il évalue les situations cliniques, établit les priorités et se déplace si la situation le requiert. Il communique efficacement et met en place les interventions appropriées pour assurer la sécurité des soins. Il réalise un transfert de la garde pour assurer la continuité des soins.				
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	☐ Identifie et explore la ou les raisons de consultations exprimées. ☐ Effectue un examen physique complet et reconnaît les anomalies à l'examen cliniques la plupart du temps. ☐ Transmet son évaluation de façon structurée en utilisant les termes médicaux. ☐ Signale à son superviseur les éléments qui doivent être vérifiés. ☐ Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision.	• Recherche des éléments pour infirmer ou confirmer ses hypothèses. • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et initie une réponse adaptée en priorisant adéquatement. • Réfère au superviseur exprimant les limites de sa compétence. • Évalue les résultats des interventions avec l'aide de ses superviseurs. • Transmet son évaluation de façon structurée.	• Évalue adéquatement les patients instables présentant des problèmes définis. • Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié dans la majorité des cas. • Applique un plan d'intervention approprié pour la majorité de ses patients. • Assure un suivi dans les délais requis pour les cas simples et complexes. • Transmet son évaluation au superviseur en caractérisant la situation clinique dans sa globalité de manière concise.	• 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. • Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée. • Pose le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels tant pour les situations cliniques courantes que complexes. • Applique un plan d'intervention approprié pour tous	

				ses patients en partenariat avec eux en tenant compte des ressources disponibles	
Gestion	• Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information du milieu de garde. • S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres à au milieu de garde. • Se rend disponible pour évaluer les patients selon les besoins.	• Identifie les éléments nécessaires à la sécurité des patients dans la prestation des soins. • S'adapte aux situations imprévues. • Gère les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais appropriés.	• Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail. • Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques	• Ajuste son niveau de fonctionnement et son rythme de travail aux besoins du service. • Gère judicieusement l'accès aux consultants et aux autres professionnels.	• S'adapte aux situations imprévues.

Activité Professionnelle Confiable 11		Stage intégré de médecine de famille			
Gère les épisodes de soins lors de la garde communautaire et hospitalière (suite)					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Professionnalisme	- Agit en conformité avec les codes de conduite professionnelle - Adopte une attitude respectueuse envers ses patients et leurs proches - Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose - Respecte le secret professionnel	- Reconnaît et explicite les enjeux éthiques - Transmet les données véridiques et appropriées en supervision - Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire - Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur - Assure le suivi des résultats d'investigation et la réponse aux appels des patients	- Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient - Voit ses patients, gère les résultats d'investigation et retourne ses appels en temps opportun - Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence	- Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient - Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée - Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du 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 - Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) - Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13		T 14-20	T 21-26
NiCDeR attendu	2	2		3	4

Activité Professionnelle Confiable 12		Stage intégré de médecine de famille			
Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Expertise	Respecte les principes d'asepsie de base	- Évalue la pertinence du choix de la technique en fonction du diagnostic - Connaît les indications, contre-indications et complications possibles des gestes techniques courants - Prépare le matériel avec aide - Décrit les étapes du geste avant de le réaliser - Réalise certaines étapes sous supervision directe Gère les spécimens avec supervision (identification, documentation, acheminement)	- Sélectionne adéquatement les patients admissibles au geste - Prépare le champ et le matériel de façon autonome - Réalise le geste de façon sécuritaire sous supervision (asepsie et disposition des objets piquant/tranchant) - Reconnaît les difficultés techniques et demande de l'aide Donne les consignes post-procédure appropriées	- Réalise efficacement les gestes techniques courants de manière autonome et sécuritaire - Anticipe les complications possibles et les prévient - Adapte sa technique à la situation et au contexte clinique - Assure le suivi clinique approprié - Assure de façon autonome une gestion adéquate des spécimens de l'identification à l'acheminement	- Gère les complications mineures de façon autonome - Enseigne les gestes techniques aux apprenants juniors - Optimise l'organisation matérielle et procédurale - Assume la responsabilité globale de l'intervention
Communication	Utilise un langage adapté et rassurant	- Explique sommairement le geste au patient - Obtient un consentement verbal avec supervision	- Explique clairement la procédure, les risques, les bénéfices et les alternatives éventuelles - Vérifie la compréhension du patient et obtient son consentement de façon autonome - Donne les consignes post-intervention et du congé éclairé	- Adapte sa communication à l'anxiété, la douleur ou la vulnérabilité du patient - Maintient une communication continue pendant la procédure, même en cas d'imprévu - Divulgue adéquatement les complications	- Gère les imprévus avec calme et transparence - Sert de modèle pour la communication adaptée aux besoins du patient
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13		T 14-20	T 21-26
NiCDeR attendu	2	2		3	4

Activité Professionnelle Confiable 12 (suite)		Stage intégré de médecine de famille			
Exécute les gestes techniques propres à la médecine de famille					
Principales compétences sollicitées	Comportements attendus par NiCDeR				
	1	2	3	4	5
Collaboration	Participe à la technique sous la guidance du superviseur	Accueille la rétroaction pendant la procédure et ajuste ses actions en conséquence	- Utilise l'aide de l'équipe de façon appropriée sans déléguer des tâches relevant de son rôle - Organise l'environnement procédural pour s'assurer de la sécurité de tous	- Coordonne efficacement la contribution des membres de l'équipe en respectant le champ de pratique et les responsabilités de chacun - Sollicite l'aide de l'équipe de manière judicieuse et appropriée au contexte clinique	
Gestion	- Prépare le matériel requis à l'aide d'une liste ou du superviseur	- Utilise le temps de manière appropriée lors de gestes simples - Porte attention à une utilisation judicieuse du matériel incluant le choix de produits conformes et non expirés, mais peut nécessiter des rappels pour éviter le gaspillage - Nettoie son environnement et dispose de son matériel de façon sécuritaire - Consigne de façon complète et appropriée les informations au dossier selon les normes en vigueur	- Priorise les procédures en fonction de l'urgence clinique - Anticipe le matériel nécessaire et prépare la salle de procédure de façon autonome - Utilise adéquatement le temps prévu pour la procédure - Assure le suivi des résultats associés à sa procédure et prévoit les suivis cliniques, au besoin	- Anticipe les imprévus organisationnels ou techniques - Assure une utilisation judicieuse du matériel et évite le gaspillage	Optimise l'efficacité procédurale tout en maintenant la qualité et la sécurité
	Temps jalon				
	T 0-7	T 8-13		T 14-20	T 21-26
NiCDeR attendu	2	2		3	4

Section IV – Compétences

Indicateurs qui définissent les normes attendues

PROFESSIONNALISME				
ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
1 Se conduit selon les valeurs, normes, et règles de la profession	Respecte le secret professionnel Respecte le code de conduite (ponctualité, tenue vestimentaire...) de l'établissement et du code de déontologie Maintient une distance appropriée au plan relationnel et physique avec les patients rencontrés Adopte une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...) Respecte le rôle et l'opinion des étudiants, médecins, professionnels ainsi que du personnel. Voit ses patients, gère les résultats d'investigation, retourne ses appels et assure le suivi des demandes de consultations en temps opportun. Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence. Rédige le dossier médical selon les normes en vigueur. Partage la tâche clinique de façon juste et équitable avec tous les collègues.	• Identifie les situations où la bonne distance dans la relation professionnelle n'est pas respectée • Identifie la présence d'un problème de santé qui a un impact sur sa pratique et recherche l'aide appropriée. • Rédige les formulaires destinés à un requérant externe selon les normes en vigueur et en temps opportun. • Identifie les situations relationnelles à risque de complaisance (ex : contre transfert). • Applique les moyens appropriés pour résoudre les divergences entre ses convictions personnelles et les choix du patient.	• Rétablit la bonne distance dans la relation professionnelle lorsqu'elle n'est pas respectée. • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque • Prend les moyens appropriés pour maintenir une pratique de qualité.	• Concilie ses priorités personnelles et professionnelles. • 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. • Respecte les normes déontologiques lorsqu'il doit mettre fin à la relation patient-médecin. • Adopte des solutions adaptées à ses réactions émotionnelles dans les situations cliniques difficiles.

PROFESSIONNALISME

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
2 Fonde ses actions sur une démarche clinique éthique	- Reconnaît les enjeux éthiques - Adopte une attitude respectueuse des différences (croyances, valeurs, culture...). - Obtient un consentement éclairé aux actes de soins qu'il pose. - Intègre, dans le respect du secret professionnel, les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient. - Reconnaît ses erreurs, en avise son superviseur puis le patient de façon appropriée, avec supervision si nécessaire. - Identifie les situations qui exposent les patients à des risques et avise son superviseur. - Identifie les situations où il ne pourrait assurer seul le suivi des patients (référence professionnelle).	- Explicite les enjeux éthiques présents dans les situations cliniques lors de la rédaction du plan de soins - Reconnaît la disponibilité limitée des ressources requises pour les soins de son patient. - Utilise son discernement pour nuancer les informations à transmettre au patient selon son contexte et les enjeux éthiques. - Identifie les mesures prévues par la réglementation (déclaration d'incident-accident) lors d'un incident ou d'un accident. - Réfère judicieusement lorsqu'il ne peut assurer seul le suivi des patients.	- Élabore une stratégie d'approche aux situations cliniques présentant des enjeux éthiques. - Résout les situations de conflits d'intérêts dans le meilleur intérêt du patient. - Adapte son intervention aux ressources disponibles. - Procède aux démarches appropriées pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins du patient. - Avise les autorités concernées lors de la survenue d'événements indésirables (incidents ou accidents).	- Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) - Discute des enjeux éthiques avec le patient, ses proches et l'équipe de soins en vue d'une décision partagée.

EXPERTISE MÉDICALE

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
3 Évalue une situation clinique et pose un diagnostic	• Identifie la ou les raisons de consultations exprimées et vérifie l'accord du patient en tenant compte des indices non verbaux. • Fait la revue des systèmes en tenant compte des systèmes concernés par les problèmes identifiés. • Effectue un examen clinique complet et reconnaît les anomalies cliniques. • S'informe du contexte de vie du patient. • Recherche des éléments pour confirmer ou infirmer ses hypothèses. • Propose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel sommaire pour les cas simples ou courants. • Propose les grandes lignes d'un plan d'investigation en fonction du diagnostic le plus probable et du diagnostic différentiel. • Élabore et utilise certaines stratégies pour gérer son incertitude. • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente sur le plan de la santé physique ou mentale et initie une réponse adaptée. • Priorise les situations urgentes par rapport aux situations non urgentes.	• Utilise les éléments pertinents du dossier médical du patient. • Effectue un recueil des données structuré, en voie d'être ciblé. • Effectue un examen clinique en voie d'être ciblé : recherche les signes correspondants à ses hypothèses. • Pose un diagnostic pertinent et élabore un diagnostic différentiel approprié. • Estime dans les cas les plus simples ou les plus courants, le degré de probabilité ou de certitude du diagnostic proposé. • Évalue adéquatement les patients instables présentant des problèmes définis. • Recherche et identifie activement les situations à risques élevés pour la santé. • Priorise les problèmes en fonction de leur morbidité et des attentes des patients, dans les situations simples.	• Réalise une anamnèse et un examen clinique ciblé dans le temps requis pour les cas simples. • Intègre la perspective du patient (perceptions, craintes, attentes, impact sur sa vie). • Transmet son évaluation au superviseur de façon synthétique dans la majorité des cas. • Pose, dans la majorité des cas, le diagnostic le plus probable et hiérarchise les diagnostics différentiels en tenant compte de la prévalence et la gravité potentielle. • Tient compte des besoins et des particularités du patient dans l'élaboration de ses diagnostics. • 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.	• 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). • Transmet son évaluation de façon synthétique dans tous les cas. • 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, multisystémiques, ou comorbidité multiple, etc.), que pour celles qui sont plus rares. • Élabore avec le patient une stratégie et un plan de gestion de l'incertitude. • 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. • Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences • Survienent de façon simultanée.

EXPERTISE MÉDICALE

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
4 Élabore et applique un plan d'intervention	- Propose un plan d'intervention principalement curatif pour des cas simples et pour un nombre limité de situations cliniques. - Met en œuvre les interventions les plus simples, sous supervision, en s'assurant du confort, du respect et de la sécurité du patient. - Rédige une ordonnance d'intervention et la fait approuver par son superviseur.	- Formule les grandes lignes d'un plan d'intervention en fonction du diagnostic principal en tenant compte du diagnostic différentiel, pour la majorité de ses patients. - Propose les grandes lignes d'un plan d'intervention en tenant compte des attentes du patient qui comporte aussi les interventions préventives, les interventions non pharmacologiques, l'observation, de même que le recours aux services de professionnels pour les problèmes courants.	- Établit le plan d'investigation approprié en collaboration avec ses superviseurs. - Tient compte avec discernement des données probantes, du point de vue des patients et de son expérience comme médecin. - Applique un plan d'intervention approprié pour les situations cliniques simples et amorce cette démarche pour les cas complexes. - Maîtrise les mesures ou traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour les problèmes courants.	- Établit de façon autonome le plan d'investigation approprié. - Propose des interventions adaptées aux situations particulières. - Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. - Applique un plan d'intervention approprié qui tient compte des données probantes, des attentes des patients et des ressources communautaires disponibles et du niveau de soins.

5 Assure un suivi en temps opportun

• Propose de revoir le patient si approprié.	• Planifie un suivi dans les délais requis pour les cas simples. • Explique au patient les motifs nécessitant une consultation plus hâtive. • Révise le diagnostic et son plan d'intervention selon l'évolution de la situation clinique.	• Planifie le suivi de l'ensemble des problèmes du patient, en tenant compte des caractéristiques du patient dans la détermination du délai entre les visites. • Identifie les ressources professionnelles disponibles pour assurer le suivi de ses patients.	• Utilise de façon appropriée et opportune les ressources professionnelles et communautaires disponibles pour assurer le suivi de ses patients. • Ajuste son suivi selon l'évolution des situations plus complexes. • Coordonne l'investigation lorsque plusieurs consultants sont impliqués et selon le contexte de soin.

EXPERTISE MÉDICALE

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
6 Consigne les informations au dossier conformément aux règles	• Rédige une note structurée qui témoigne de ce qui a été fait en consultation et discuté en supervision. • Rédige ses notes dans le respect des règles de bonne tenue de dossiers. • Respecte les règles de confidentialité des dossiers. • Rédige la note d'intervention au dossier.	• Rédige une note structurée qui témoigne d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion. • Met à jour les outils de suivi (feuille sommaire, liste de médicaments, liste de problèmes...).	• Rédige des notes claires, succinctes et pertinentes.	

COMMUNICATION

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
7 Conduit l'entrevue médicale en partenariat avec le patient et ses proches	- Identifie les points qu'il veut aborder en tenant compte du patient et du contexte de soins. - S'entend avec le patient sur les prochaines étapes dans les situations simples.	- Anticipe les difficultés potentielles de l'entrevue. - Maintient l'entrevue centrée sur les objectifs à atteindre - Transmet des informations au patient et aux tiers concernés afin d'encourager la participation à la prise de décision et à la planification du suivi.	- Adapte la structure de l'entrevue aux exigences de la situation clinique. - Annonce le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas complexes. - Commence à utiliser des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.	- Convient avec le patient des choix de traitements et du niveau de risque acceptable pour lui. - Utilise des stratégies communicationnelles verbales et non verbales appropriées dans les situations cliniques complexes.
8 S'assure de comprendre et d'être compris des partenaires de soins	- Annonce le diagnostic (ou les hypothèses diagnostiques) en tenant compte de la compréhension du patient dans les cas simples. - S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations simples. - S'adapte à l'environnement ou à l'interlocuteur (surdité, c�c�t�, barrière de la langue, littératie, etc.).	- Recherche les croyances du patient, ses préoccupations, ses attentes et les impacts de la maladie. - Ajuste son questionnaire à l'âge du patient, à ses capacités cognitives, à son degré de littératie, à son contexte culturel et à ses expériences de vie. - Valide sa compréhension du problème auprès du patient.	- Explique l'incertitude et les risques inhérents à l'investigation ou aux traitements proposés. - Explique l'incertitude quant au diagnostic, à l'évolution et au pronostic de la maladie. - S'assure qu'il a bien répondu aux préoccupations du patient dans les situations complexes.	

COLLABORATION

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
9 Participe harmonieusement au fonctionnement d'une équipe de soins	- Reconnaît et respecte la diversité des rôles et des responsabilités des autres professionnels de l'équipe de soins de santé (échange, lecture des notes au dossier...). - Exprime ses questionnements tout en étant solidaire des décisions prises par l'ensemble de l'équipe. - Décrit son rôle et ses responsabilités aux patients à leurs proches et aux professionnels.	- Contribue à créer un climat de respect, propice aux échanges ouverts et honnêtes entre les membres de l'équipe. - Reconnaît un comportement perturbateur d'un membre et en discute avec son superviseur. - Sensibilise un patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concernent.	- Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées. - Participe à la coordination des interventions de l'équipe de soins en favorisant la participation de tous. - Facilite le respect des choix d'un patient et de ses proches.	- Collabore en tenant compte des contraintes du milieu et des responsabilités de chacun. - Centre le travail d'une équipe sur les objectifs et les tâches à accomplir. - Reconnaît les situations où le leadership d'autres membres de l'équipe doit être favorisé.
10 Planifie, coordonne et dispense les soins en équipe	- Précise le motif de sa demande de consultation et fournit les informations pertinentes, selon les procédures établies. - Consigne au dossier les informations médicales pertinentes au suivi des plans de soins. - Applique les interventions du plan de soins qui le concernent.	- Intègre le patient et ses proches dans l'élaboration d'un plan de soins. - Sélectionne les informations à transmettre aux professionnels d'un autre établissement afin d'assurer la continuité de soins du patient. - Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches au plan de soins.	- À titre de consultant, formule une réponse claire à la question du référent. - Ajuste en équipe le plan de soins selon l'évolution de la situation. - Sélectionne, avec les membres d'une équipe, le patient et ses proches, les interventions appropriées.	- Anticipe les écueils possibles 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. - Coordonne la séquence des interventions auprès des membres d'une équipe en contexte de soins aigus.

GESTION

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
11 - Utilise judicieusement les ressources	• Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information de leur milieu. • S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres à chaque milieu de stage.	• Se questionne sur le coût et la disponibilité des ressources lorsqu'il propose ses interventions diagnostiques et thérapeutiques . • Oriente judicieusement ses patients vers les ressources présentes dans le milieu (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.) pour les cas simples.	• Justifie son utilisation des ressources diagnostiques et thérapeutiques (pertinence, efficacité, efficience). • Oriente judicieusement ses patients vers les ressources présentes dans le milieu (urgence, clinique sans rendez-vous, etc.) pour les cas complexes. • Comprend et respecte son rôle de médecin et les responsabilités du patient : il répond à la demande selon les besoins et sait dire « non » lorsque requis.	• Gère judicieusement l'accès aux ressources communautaires et aux consultants et aux autres professionnels. • Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude. • Supporte ses choix à l'aide des meilleures données scientifiques actuellement disponibles et en tenant compte du contexte du patient et de ses attentes.

12 - Gère son temps pour répondre aux besoins de ses patients

• Planifie son étude et a le souci de réaliser ses tâches cliniques et ses activités personnelles afin de rencontrer les exigences de sa formation dans le temps qui lui est imparti. • Gère les résultats paracliniques (laboratoires, radiologiques, etc.) et fait les suivis pertinents dans des délais acceptables.	• Anticipe le déroulement de ses activités cliniques pour préparer son environnement de travail (matériel, ressources, etc.). • Tient compte du temps disponible pour réaliser ses tâches cliniques.	• Gère son temps pour les cas simples. • S'organise pour répondre aux divers besoins et demandes des patients au moment approprié. • Organise son environnement de travail en fonction des activités cliniques.	• Fait preuve de souplesse et d'une bonne anticipation dans l'organisation du travail clinique, dans les différents contextes de soins et selon la charge de travail. • Gère son temps pour la majorité des cas complexes. • S'adapte aux situations imprévues.

PROMOTION DE LA SANTÉ

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
11 Effectue des interventions de promotion et de prévention auprès de ses patients	- Identifie les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir. - Informe le patient de la présence de facteurs de risque dans ses habitudes de vie. - Détecte les situations où l'intérêt du patient est menacé.	- Cible les patients pouvant bénéficier d'un dépistage et planifie la conduite à tenir. - Met à jour l'immunisation de ses patients en tenant compte de leurs facteurs de risque. - Réfère aux intervenants, institutions ou organismes appropriés.	- Conseille le patient sur la pertinence ou non de tests et d'investigations. - Implique le patient dans la construction d'un plan d'intervention. - Priorise entre les diverses options de dépistage et d'intervention appropriées.	- Conseille judicieusement et de façon pertinente ses patients en tenant compte de la disponibilité et du coût des ressources. - Ajuste et réévalue le plan d'intervention avec le patient (discute des barrières et agit comme facilitateur). - Intervient dans l'intérêt du patient en conciliant les besoins individuels et collectifs.

ÉRUDITION

ITEMS

14 - Assure son développement professionnel de façon réflexive

T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
- Définit ses besoins de formation à partir des situations cliniques rencontrées y compris des incidents critiques. - Participe à des activités d'apprentissage pour atteindre les objectifs de son stage. - Ajuste ses apprentissages à partir des rétroactions et des évaluations.	- Détermine ses besoins de formation pour atteindre le niveau attendu de maîtrise des compétences dans son programme. - Utilise en situation clinique les outils de recherche documentaire.		- 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.

**15 - Favorise
l'apprentissage de
tiers (notamment
les externes)**

	• Explicite ses actions aux étudiants qu'il supervise. • Adapte le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de son interlocuteur.	• Reconnaît dans une situation clinique les opportunités d'apprentissage. • Guide l'étudiant qu'il supervise dans sa recherche d'informations	• Adapte le contenu de son enseignement aux besoins de son interlocuteur. • Aide l'étudiant qu'il supervise à choisir les moyens d'apprentissage les plus pertinents • Donne une rétroaction ciblée et basée sur des gestes et des comportements observés de l'étudiant • Pose des questions pour susciter la réflexion des étudiants et faire émerger leurs besoins d'apprentissage • Fait expliciter à l'étudiant sa démarche clinique et explicite la sienne

ÉRUDITION

ITEMS	T 0-7	T 8-13	T 14-20	T 21-26
16 - Contribue aux activités d'érudition	Les modules de lecture critique et d'ACQ sont complétés en date du 31 décembre	- Formule une analyse critique d'articles scientifiques. - Début un projet d'érudition et fait le travail attendu tout en remettant les livrables attendues en T9 et T13.	En collaboration avec ses collègues, a fait le travail attendu pour son type de projet d'érudition (outil de transfert de connaissance, projet ACQ, projet de recherche) et a complété le livrable attendu en T20 (31 décembre)	- Communique les résultats de son projet d'érudition - Présente lors de la journée annuelle de l'érudition et de la recherche - Présentation de l'outil de transfert de connaissances ou de la démarche ACQ ou du projet de recherche à la population ciblée - A remis le bilan global du projet d'érudition

Section V – Comment choisir le bon temps jalon pour évaluer un stage

Principes à respecter

1. Tenir compte du temps pédagogique

L'évaluation doit s'adapter à la trajectoire de développement du niveau de maîtrise des compétences propre à chaque résident.

2. Tenir compte du temps chronologique

L'évaluation doit tenir compte du fait que même s'il accumule des échecs, le résident continue à cheminer dans sa formation et accumule exposition clinique, expérience et enseignement.

3. Tenir compte de la nécessité de démontrer une progression dans la formation

Le résident doit démontrer que son niveau de maîtrise des compétences progresse avec le temps.

Procédure

Pour identifier le temps jalon qui servira de référence pour l'évaluation :

1. Utiliser le dernier temps jalon réussi en médecine de famille
2. Ajouter à ce temps jalon le nombre de périodes réussies dans d'autres stages depuis
3. Ne pas utiliser le même temps jalon plus de deux fois, sauf exceptionnellement avec l'accord de la direction de programme et la présidence du comité de compétence

Règles à suivre

1. Ne pas comptabiliser dans le calcul chronologique les périodes d'absence pour :

- Maladie
- Congé maternité
- Congé sans solde
- Période de stage non contributoire

2. Comptabiliser :

- Une période inférieure aux attentes (I.A.) avec prolongation comme un échec
- Une période inférieure aux attentes (I.A.) sans prolongation comme un succès
- Un stage de 3 périodes inférieures aux attentes (I.A.). avec prolongation de 1 période comme : 1 échec et 2 succès

3. Comptabiliser les périodes réalisées dans le stage à évaluer

- Si le stage à évaluer se déroule lors des périodes 10, 11 et 12, on ajoute 3 périodes au décompte.

4. En cas de chevauchement entre deux temps jalon, utiliser le temps jalon inférieur

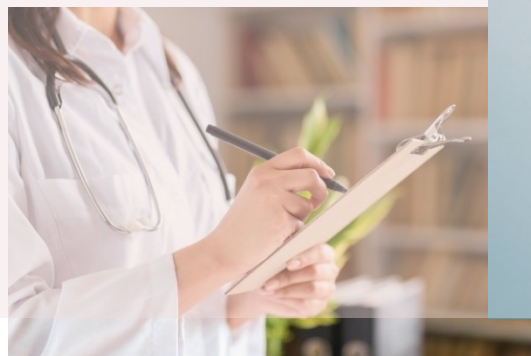
- Utiliser comme référence T7 si on obtient T-10.

En cas de doute, consultez le président du Comité de compétence du programme

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE V

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC



LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Source : Le Collège des médecins du Québec

LA CARTE DE STAGES

Disponible sur : <http://www.cmq.org/fr/EtudiantsResidents/CartesStages.aspx>

Selon le décret gouvernemental, « un résident est une personne qui détient un poste autorisé [...] et qui, avec l'autorisation d'une faculté de médecine, détient une carte de stages délivrée par le Collège des médecins (CMQ) et effectue un stage dans un établissement en vue de l'obtention d'un permis d'exercice et d'un certificat de spécialiste décerné par le CMQ en vue de parfaire sa formation professionnelle. »

Toute personne admise dans un programme de formation postdoctorale au Québec doit être immatriculée et **détenir une carte de stages** qui fait état du programme dans lequel la personne est inscrite ainsi que de son niveau de formation (voir aussi la section *Moniteurs*).

Renouvellement annuel

La carte de stages doit être renouvelée à chaque année universitaire, qui s'échelonne du 1^{er} juillet au 30 juin. Au cours du mois d'avril de l'année concernée, vous recevrez un courriel du CMQ vous indiquant la marche à suivre pour effectuer votre demande de carte de stages dans la section sécurisée du site Web du CMQ. Veuillez également [consulter la tarification en vigueur](#).

Note importante

Les cartes de stages pour la nouvelle année académique, qui débute le 1^{er} juillet, sont émises au courant du mois de juin. Une fois la carte émise, un courriel vous sera envoyé afin de vous en informer. Vous pourrez ensuite la consulter dans votre espace sécurisé, accessible sur le site Web du CMQ.

Nous mettons tout en œuvre pour émettre les cartes de stages des personnes résidentes dans les meilleurs délais. Afin de faciliter ce processus, nous vous prions de limiter les courriels et appels téléphoniques aux demandes urgentes uniquement.

Activités autorisées et non autorisées aux détenteurs d'une carte de stages (résidents et moniteurs)

Activités professionnelles autorisées :

Vous avez l'autorisation à exercer, parmi les activités professionnelles qui sont réservées aux médecins, celles qui correspondent à votre niveau de formation et qui sont requises pour l'atteinte des objectifs de vos stages tels que déterminés par le programme de formation. Ces activités doivent s'effectuer :

- dans les milieux de formation agréés et approuvés par le CMQ;
- sous la supervision des personnes compétentes et dans le respect des règles applicables aux médecins, notamment celles concernant la déontologie, la délivrance d'une ordonnance et la tenue des dossiers, des cabinets ou des bureaux de médecins.

Activités professionnelles non autorisées :

- Exercer la médecine à l'extérieur des milieux de formation agréés ou autorisés par le CMQ
- Rédiger des ordonnances médicales à l'extérieur des milieux où vous êtes autorisé à exercer par le CMQ.

Pour en savoir davantage

- [Documents requis](#)
- [Exercice de la médecine pendant la formation comme résident au Québec : éviter la confusion de rôles](#)
- [Les activités médico-administratives qui peuvent être exercées par les personnes détentrices d'une carte de stages](#)

Pour information

Contactez le CMQ: cartestages@cmq.org

PERMIS D'EXERCICE ET INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

Source : Le Collège des médecins du Québec

Disponible sur [Demande de permis | Collège des médecins du Québec \(cmq.org\)](#)

Le candidat qui remplit les conditions préalables ci-dessous peut effectuer une demande de permis et être inscrit au tableau des membres afin de pouvoir exercer la médecine au Québec.

LISTE DES CONDITIONS PRÉALABLES À LA DEMANDE D'UN PERMIS D'EXERCICE

- Immatriculation à titre d'étudiant
- Formation postdoctorale en médecine de famille (2 ans)
- Réussite à l'examen de médecine de famille ou à l'examen de spécialité, et participation à l'activité de formation ALDO-Québec
- Licence obtenue du Conseil médical du Canada(LCMC)

Toutefois, cette exigence ne s'applique pas au résident inscrit au Québec, avant le 1^{er} juillet 2009, dans un programme universitaire de formation postdoctorale autre que la médecine de famille.

DEMANDE DE PERMIS D'EXERCICE

Le candidat qui souhaite obtenir son permis d'exercice et commencer sa pratique doit lire attentivement les directives suivantes :

- La demande de permis doit être effectuée au moins un mois avant la date prévue du début de sa pratique.
 - Les frais pour la demande de permis s'élèvent à 700 \$, non remboursables.
 - Pour obtenir le permis entre le 1^{er} juin et le 31 août, le candidat doit effectuer sa demande de permis avant le 1^{er} mai.
 - Lorsque le permis sera délivré, le candidat recevra par courriel les informations nécessaires pour remplir la première inscription au tableau de l'ordre. Il recevra par la suite son permis d'exercice de la médecine par la poste.
 - Pour accéder au site sécurisé, le candidat doit avoir un code d'utilisateur et un mot de passe. Les candidats qui ont ou ont eu une carte de stages au Québec durant les 4 dernières années doivent utiliser leur code d'utilisateur (numéro de résident) et leur mot de passe. Les autres candidats doivent communiquer avec le Collège des médecins pour obtenir un code d'utilisateur et un mot de passe temporaire.
 - Adresse courriel : demandepermis@cmq.org
2. Remplir le formulaire Demande de permis d'exercice de la médecine en ligne, par le biais du site transactionnel du Collège.
 3. Remplir la Première inscription au tableau de l'ordre en ligne, par le biais du site transactionnel du Collège, lorsque la Direction des études médicales lui aura fourni son numéro de permis. Le candidat doit obligatoirement être inscrit au tableau de l'ordre afin d'être autorisé à exercer la médecine au Québec.

Lorsque le candidat sera inscrit au tableau, le Collège transmettra l'information à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

Après avoir obtenu son permis d'exercice, le médecin doit payer une cotisation afin d'être inscrit au tableau des membres du Collège et obtenir ainsi le droit d'exercer la médecine au Québec. L'information concernant la cotisation lui sera transmise lors de l'envoi de son permis d'exercice par la poste ou lors de son assermentation.



**COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

Pour plus de détails, consulter le site du Collège des médecins du Québec
« Accéder à profession > Demande de permis »

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE VI

TABLEAU JOURS TRAVAILLÉES/NON TRAVAILLÉES PAYÉS/NON PAYÉS

Département de médecine de famille
et de médecine d'urgence
Faculté de médecine

Université  de Montréal

Tableau des Jours travaillés, non travaillés payés et non payés

Type	Travaillé comme résident (Présent en stage) Journée à compter dans la validité du stage	Non travaillé comme résident (Absent du stage)	Rémunéré syndiqué	Non rémunéré syndiqué
Examen LMCC/CMFC	●		●	
Lendemain de garde	●		●	
Post accouchement prolongé	●		●	
Jour de vacances		●	●	
Congrès		●	●	
Activité hors UMF (si approuvée)	●		●	
Transport pour examen	●		●	
Transport pour congrès		●	●	
Transport pour vacances		●		●
Transport aller- retour pour le stage en région		●	●	
Journée pour étude		●	●	
ALDO	●		●	
Reprise de congé férié		●	●	
Journée personnelle		●	●	
Repos optionnel après 7 jours consécutifs travaillés (entente collective). 3 jours par année.	●		●	
ATLS/PALS		●	● (Lettre) Libéré sans congé pris dans la banque du résident	
PRN et ALSO ACLS	●		●	
Journée académique	●		●	
Journée accueil R1 programme	●		●	
FMRQ - Journée carrière - Journée du médecin résident - Colloque annuel sur les PREM pour les R1 - Journée accueil R1 FMRQ	●		●	
FMRQ Assemblée syndicale		●	●	
Congé hors congé conventionné		●		●

Participation à un des comités pédagogiques du programme	●.		●.	
Visite d'agrément	●.		●.	
Entrevue R3	●.		●.	

CAHIER DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE

ANNEXE VII

TABLEAUX DES BALISES

Département de médecine de famille
et de médecine d'urgence
Faculté de médecine

Université 
de Montréal

TABLEAUX DES BALISES

Temps médico-administratif	Stage CUMF Minimum : 8 heures par période Maximum : 16 heures par période		Stage hors CUMF Minimum : 4 heures par période Maximum : 8 heures par période
Cadence des patients	Nouveau cas R1 : 45 à 60 minutes R2 : 30-45 minutes		Suivi R1 : 30 à 45 minutes R2 : 30 minutes
Durée des bureaux	Minimum 3 «heures patient» par période de bureau Cette plage horaire exclut les buffers et la pré-supervision		
Sans rendez-vous : Nombre de patients par demi-journée	R1 : Début : 4-5 pts Fin : 5-6 pts		R2 : Début : 6-8 pts Fin : 8 et + pts
Rédaction des notes	Note de sans rendez-vous : à rédiger dans les 24 h Note de bureau : à rédiger dans les 48 h * ou selon les balises de la politique locale		
Gestion de la laboratoires	Urgents : à gérer dans la journée, 24 h Anormaux: Selon le jugement clinique jusqu'au maximum un mois Normaux : à gérer dans un délai maximal d'un mois		
Projet d'érudition	10 demi-journées sur les deux ans		
Modules de lecture critique et ACQ	6 demi-journées en R1 (doivent être terminés au plus tard le 31 décembre du R1)		
Répartition de la clientèle	Enfants et ados 15%	Patients vulnérables (avec code de vulnérabilité) 30 % et maximum 50 %	Patients sans code de vulnérabilité de 50 % à 70%
Nombre des patients UHM	R1 : Début: 5 pts Fin: 8-10 pts		R2 : Début :10-12 pts Fin :12-15 pts
Nombre des patients SAD	2 à 3 visites par ½ journée		

Adopté : Comité du curriculum du 5 décembre 2025

Secteur	Exposition visée	Exposition minimale
CHSLD	12 jours	9 jours
SAD	12 jours	9 jours
Soins Palliatifs	16 jours	12 jours
Périnatalité	16 jours lors du stage 6 suivis de grossesse longitudinaux ou équivalent obstétrical	12 jours lors du stage 4 suivis de grossesse longitudinaux ou équivalent obstétrical
	4 demi-journées en pouponnière	
Urgence	16 quarts X 3 mois (48)	12 quarts X 3 mois (36)
	Minimum 3 jours d'urgence psychiatrique-inclus ds les 36 quarts minimaux	

UHMF	42 jours	35 jours
Communication	Groupe : 6 activités de 1,5-3h par résident.e/année Individuel : 3 séances de 1-2h par année	Groupe : 4 activités de 1,5-3h par résident.e/année Individuel 1 séance de 1-2h par année
	75% et plus dans un cadre ALOBA 2 révisions de vidéos enregistrés par résident par année	
Activités académiques	75% de présence pour les cinq journées académiques, les 2 journées d'érudition (R1 et R2) et la journée du patient instable 75% de présence aux cours locaux (incluant PABP) et cours d'urgence 75% de présence aux ateliers d'éthique Obligatoire = ACLS, Sécurité et Pédagogie	

Adopté : Comité du curriculum du 24 avril 2026

Faculté de médecine

Université 
de Montréal
et du monde.

CAHIER

DU PROGRAMME DE RÉSIDENCE
EN MÉDECINE DE FAMILLE
2026-2027