



# Guide de rédaction

## Plan de soutien à la réussite

Département de médecine de famille  
et de médecine d'urgence  
Faculté de médecine

Université   
de Montréal

**"Ce document est la propriété du programme de résidence de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal et ne peut être reproduit ou propagé sans autorisation."**

**« Tous droits réservés »  
© 2025, Université de Montréal**

# GUIDE DE RÉDACTION D'UN PLAN DE SOUTIEN À LA RÉUSSITE

## TABLE DES MATIÈRES

<u>Guide de rédaction du plan de soutien à la réussite</u> .....	4
<u>Canevas du plan de soutien à la réussite</u> .....	14
<u>ANNEXE 1</u> : Difficultés de raisonnement clinique - Guide d'aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies ....	20
<u>ANNEXE 2</u> : Roue du diagnostic pédagogique.....	27
<u>ANNEXE 3</u> : Guide des mesures de soutien .....	28
<u>ANNEXE 4</u> : Guide sur le professionnalisme.....	46
<u>ANNEXE 5</u> : Guide des interventions de soutien - prescriptions pédagogiques - Revue littérature BEME .....	51
<u>ANNEXE 6</u> : Accompagnement étudiant.....	90

# GUIDE DE RÉDACTION DU PLAN DE SOUTIEN À LA RÉUSSITE

---

## INTENTIONS DU DOCUMENT

Ce guide d'accompagnement se veut un outil de :

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

## RAISON D'ÊTRE D'UN PLAN DE SOUTIEN À LA RÉUSSITE

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 pour entraver la construction de ses compétences et affecter son travail clinique.

Il s'impose notamment lorsque :

- Les enseignants ont la perception qu'ils doivent proposer un accompagnement pédagogique particulier à un résident pour que la trajectoire de développement de ses compétences soit conforme à ce qui est attendu.
- Le comité 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.

Le plan de soutien à la réussite ne peut contrevenir au Règlement des études médicales postdoctorales.

## MESSAGES CLÉS<sup>1</sup>

- La difficulté qu'éprouve un résident n'est pas nécessairement un état permanent, mais une étape inscrite dans un processus de développement.
- Il faut dépister tôt, car avec une intervention précoce et appropriée, plusieurs de ces difficultés se corrigeront.
- L'intervention auprès de résidents rencontrant des difficultés se fait mieux en équipe.
- Un enseignant pivot, choisi en fonction des difficultés du résident et accepté par ce dernier, se porte garant du processus : il guide l'analyse de la situation ainsi que l'élaboration et le suivi du plan de traitement.

Les balises suivantes sont donc proposées pour le choix de l'enseignant pivot :

- L'accompagnateur pédagogique ou le directeur local de programme ne peut pas agir à titre d'enseignant pivot du plan de soutien à la réussite.
  - L'enseignant pivot est impliqué dans la rédaction et le suivi du plan de soutien à la réussite
  - Les bilans intermédiaires et le bilan final doivent faire partie du processus d'évaluation au même titre que les évaluations formatives et sommatives. Ils sont encadrés par l'enseignant pivot ET le comité local de compétence.
  - L'enseignant pivot : Considérer un enseignant qui pourrait établir une bonne alliance pédagogique avec le résident, qui a préférentiellement aussi son mot à dire pour le choix.
- Le résident doit participer à toutes les étapes de la réflexion sur sa situation.
  - Un compte rendu écrit de chaque rencontre avec le résident doit être produit. Ces comptes rendus doivent être accessibles au résident qui désire les consulter.

---

<sup>1</sup> Clavet D. Résidents en difficulté... les leçons de l'expérience. 2<sup>ème</sup> Forum international de pédagogie médicale 2002

## LES PRÉMICES D'UN BON PLAN

- Ne pas être trop indulgent : Expliciter davantage et nommer clairement les difficultés et les diagnostics pédagogiques, autant lors de la rédaction du plan que des bilans de suivis.
- Le plan doit avoir une progression et les mesures doivent être établis par pallier/étape en débutant par le plus prioritaire. S'assurer que les apprentissages et les compétences de base sont acquis. Consolider les compétences de base en premier lieu.
- Responsabiliser le résident tant au niveau de son implication dans la réussite de sa résidence et du plan de soutien qu'au niveau de mettre en place tous les moyens à sa disposition pour réussir. Le résident doit être mobilisé dans les mesures de soutien et être proactif.
- Limiter le nombre de mesures afin que le plan soit réaliste dans le temps pour le résident et le milieu. Il ne faut pas que le résident soit découragé devant l'ampleur du plan.
- Demander précocement le SAMU si vous jugez que votre diagnostic pédagogique ou que les mesures de soutien peuvent être bonifiés.

## LES BALISES DU PLAN DE SOUTIEN À LA RÉUSSITE

Pour permettre la mise en place de mesures pédagogiques, il est possible de moduler temporairement les balises de durée de rendez-vous au début du plan de soutien à la réussite et les balises de temps médico-administratif (un maximum de 2 demi-journées en début de plan pour permettre un rattrapage)

Ensuite, il doit y avoir une progression dans le cadre de ces balises afin d'atteindre, à la fin du plan, le niveau qui s'approche du temps jalon du cheminement du résident.

Le résident demeure responsable du suivi de sa clientèle et de ses tâches clinico-administratives tel que les laboratoires et résultats de ses patients ainsi que les courriels.

De plus, les activités cliniques devraient représenter au moins 75 % de clinique de la semaine de travail (3,5 jours/semaine)

Les mesures de soutien sont incluses dans l'horaire du stage.

Le ratio résident/superviseur est déterminé selon les besoins d'accompagnement et vos ressources professorales. L'encadrement 1:1 n'est pas obligatoire.

Les objectifs, les mesures de soutien ainsi que les activités du stage sont déterminées par l'équipe d'enseignants/CLC en collaboration avec le résident. Ce n'est pas le résident qui détermine le contenu du plan de soutien à la réussite mais il doit participer à la construction du plan.

Le milieu doit faire parvenir le plan de soutien à la réussite signé par le résident ainsi que les bilans formatifs et final au comité de compétence du programme de résidence en médecine de famille le plus rapidement possible afin que les membres puissent le réviser et assurer le suivi.

## DÉMARCHE PÉDAGOGIQUE<sup>2 3 4</sup>

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

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

Perception des indices initiaux de difficulté :

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

Rencontre précoce de validation avec le résident :

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

Retour avec les superviseurs :

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

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

Observation directe du résident en vue de faire une :

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

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

Rencontre avec le résident pour :

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

### 3. Phase diagnostique (Analyse : caractériser le problème)

Synthèse des données en groupe de superviseurs :

- Classification du problème : cognitif, affectif, relationnel, organisationnel, professionnalisme
- Formulation du diagnostic pédagogique

<sup>2</sup> Caire Fon N. Étudiant en difficulté. Direction de la formation pédagogique CPASS 2007

<sup>3</sup> Steinert Y. Levitt C. Working with the « Problem Resident » : Guidelines for definition and Intervention *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32

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

<sup>5</sup> Langlois JP. Thach S. Managing the Difficult Learning Situation *Fam Med* 2002;32 (5) :307-9



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

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

- La nature des difficultés à corriger
- Les stratégies et les moyens pédagogiques à utiliser
- La durée de l'intervention
- La date à laquelle l'intervention sera réévaluée
- L'identification d'un enseignant pivot (enseignant responsable)
- Les rôles de chaque groupe d'intervenant (l'équipe de superviseurs, les autres professionnels, le résident, l'enseignant pivot)
- Les mécanismes pour assurer la continuité
- L'évaluation du processus de soutien

Rencontre avec le résident

- Échange à partir du plan de soutien initial. L'apport du résident dans la réflexion des étapes de diagnostic et des mesures de soutien est important.
- Adoption du plan de soutien final.
- Clarification des conséquences advenant un échec du plan de soutien.

Suivi de l'intervention pédagogique

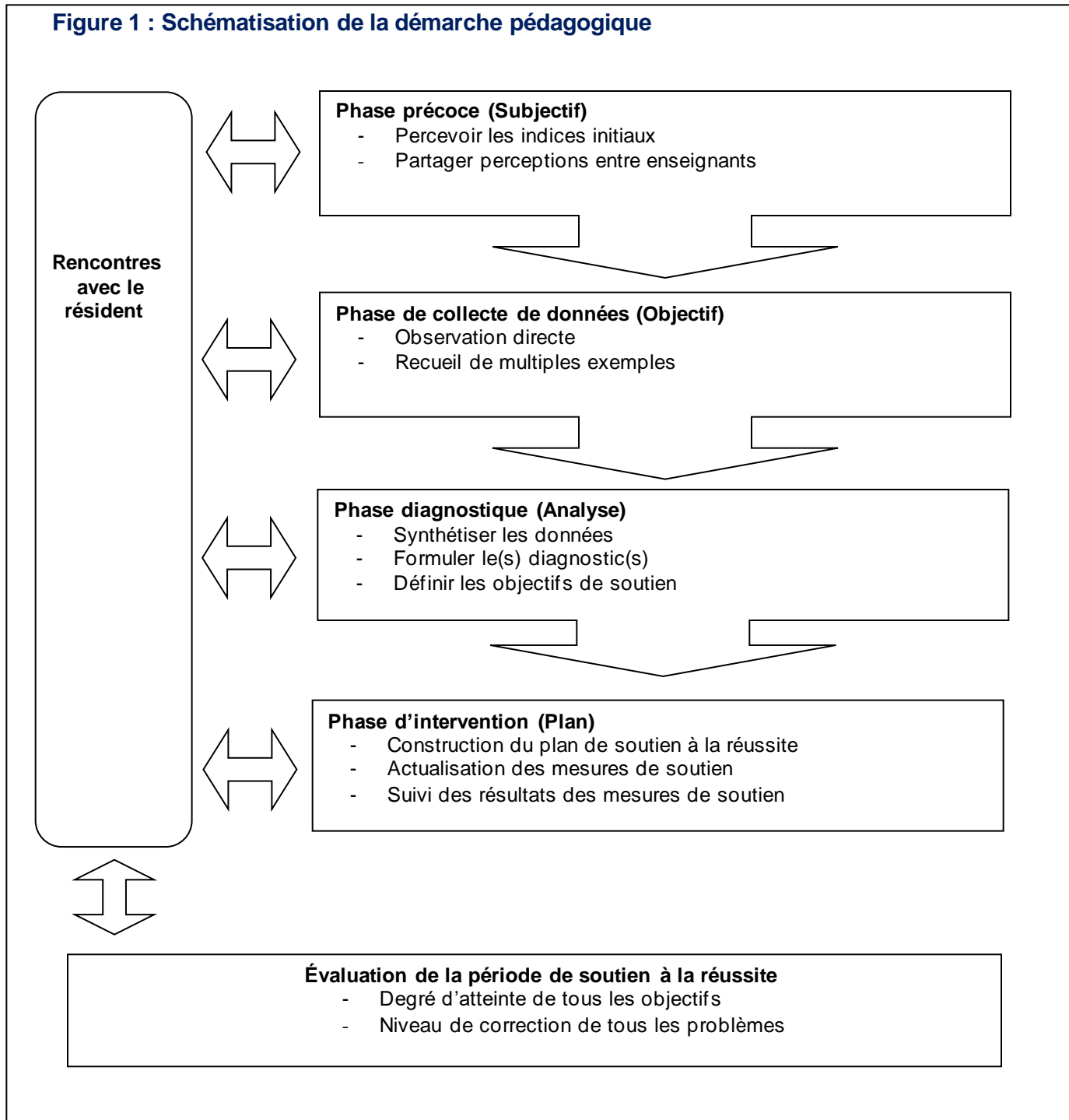
- Actualisation des mesures pédagogiques du plan de soutien.
- Rencontres périodiques entre enseignants et le CLC
- Rencontres périodiques entre enseignant pivot et résident

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

Mise en œuvre du plan de soutien

- Planifier l'horaire des activités de soutien, les rencontres avec l'enseignant pivot, les rencontres de bilan intermédiaire et final. Vous devez envoyer le tout au comité central de compétence. Nommer le responsable de chaque activité.
- Préciser, dans les mesures, à qui elles s'adressent et les catégories de personnes qui seront sollicitées pour chaque mesure. (Superviseurs, résident, autres professionnels, enseignant pivot)
- Discuter et partager le plan avec l'équipe
- Les difficultés de professionnalisme peuvent être intégrées à chaque étape jusqu'à ce qu'elles soient corrigées.
- Pour chaque diagnostic, préciser la gravité (NiCDeR actuel vs celui prévu, impact mineur ou majeur sur le fonctionnement).
- Un maximum de 3 étapes peut être prévu pour le plan. S'il advenait d'en considérer davantage, peut-être faudrait-il évaluer la possibilité de mettre un plan STAC par exemple.
- Un bilan intermédiaire de chaque étape devrait être réalisé à l'intérieur de 1 à 2 périodes maximum.
- Afin de passer à l'étape suivante, le résident doit atteindre la compétence attendue de l'étape en cours.

**Figure 1 : Schématisation de la démarche pédagogique**





## DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE

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

Le programme propose la classification suivante pour l'élaboration du plan de soutien à la réussite.

### Les difficultés sur le plan :



Veuillez noter qu'il existe d'autres types de classification de diagnostics pédagogiques.

La **Roulette du diagnostic pédagogique** (*adaptée de Lacasse 2009*), disponible à l'annexe 5 du présent guide, peut vous permettre d'approcher les diagnostics d'un autre angle et vous aider à les préciser davantage.

### **A. PROBLÈME DE RAISONNEMENT CLINIQUE**

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

→ **Problèmes dans la génération d'hypothèses, la perception des indices et l'orientation de la récolte de données | Difficulté 1**

- Absence d'hypothèses précoces
- Difficulté à repérer les indices clés et à en tenir compte dans sa génération d'hypothèses
- Difficulté à orienter sa récolte de données en fonction de ses hypothèses précoces

→ **Problèmes dans le raffinement et le traitement des hypothèses (récolte, interprétation, synthèse, vérification) | Difficulté 2 et 3**

- Fermeture prématurée : focalisation trop rapide ou centrée exclusivement sur une seule hypothèse. Fermeture à tout élément susceptible d'ouvrir sur d'autres hypothèses.
- Difficultés dans le processus de confirmation ou d'infirmer des hypothèses diagnostiques (Par exemple : sélection exclusive des éléments positifs sans explorer les autres possibilités en fonction des éléments non présents (exclusion des diagnostics).
- Difficultés de priorisation : difficulté à se centrer sur les éléments les plus importants, difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des informations obtenues en cours d'entrevue, mauvaise priorisation des hypothèses diagnostiques

→ **Problèmes dans la catégorisation du problème, dans le diagnostic et l'élaboration d'un plan d'intervention | Difficulté 4 et 5**

- Difficulté à se faire une représentation globale et intégrée de la situation clinique
- Difficulté à élaborer un diagnostic final et intégré
- Difficulté à élaborer un plan d'investigation adéquat (par exemple : déficient ou trop exhaustif)
- Difficulté à élaborer un plan de traitement approprié
- Difficulté à se placer dans une perspective de suivi longitudinal du patient

### **B. PROBLÈME DE COMMUNICATION ORALE OU ÉCRITE**

### **C. PROBLÈME DE CONNAISSANCES**

### **D. PROBLÈME DE PERCEPTION VISUO-SPATIALE**

### **E. PROBLÈME DE SANTÉ AFFECTANT LA SPHÈRE COGNITIVE TEL QUE TDA-H, TROUBLE D'APPRENTISSAGE, TSA**

Veuillez-vous référer à l'annexe 1 pour consulter le *Guide d'aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies de remédiation*.

## Sur le plan **affectif**

### **A. PROBLÈME DE SANTÉ**

- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs
- TOC

### **B. ANXIÉTÉ SOCIALE**

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

### **C. STRESSEURS PERSONNELS**

### **D. PROBLÈMES DE MOTIVATION**

## Sur le plan **relationnel**

### **A. PROBLÈME DE RELATION AVEC LES COLLÈGUES, LES PATIENTS OU LE PERSONNEL**

### **B. PROBLÈME DE COMMUNICATION PROFESSIONNELLE (APPROCHE C-C)**

- Déficience dans les étapes de la structure de l'entrevue
- Problème à construire la relation médecin-patient

## Sur le plan **organisationnel**

### **A. DIFFICULTÉ À GÉRER UN HORAIRE CLINIQUE OU AUTRE**

### **B. ÉTUDE DÉSORGANISÉE**

### **C. DIFFICULTÉ À PRIORISER LORS DE CONFRONTATION À DES TÂCHES MULTIPLES**

### **D. TENUE DE DOSSIER DÉSORGANISÉE**

### **E. PROBLÈME DE PONCTUALITÉ**

*Notez que cet aspect peut AUSSI se retrouver dans une problématique de professionnalisme*

## Sur le plan **du professionnalisme**

- **Manque d'honnêteté, d'intégrité, d'engagement, de respect y compris de la diversité, d'humilité, d'altruisme et/ou de compassion**
- **Évite la responsabilité des soins aux patients, même lorsque le besoin est porté à son attention ; manque de proactivité dans le suivi d'épisodes de soins ou dans la continuité de soins au long cours**
- **Actions préjudiciables à la sécurité des patients**
- **Cache, dissimule et/ou ne veut pas explorer les domaines à améliorer**
- **N'identifie pas les limites de sa compétence**
- **Ne pratique pas la médecine factuelle**
- **Ne répond pas aux besoins de la communauté, même lorsqu'ils sont signalés ou a un sens sous-développé du devoir professionnel d'être socialement responsable**
- **Évite la responsabilité de la divulgation d'erreurs ou est malhonnête (manipulation, plagiat)**
- **Manque à rester professionnel dans des situations stressantes**
- **Retard répété/absentéisme**
- **Manque à respecter la vie privée et la confidentialité des patients**
- **Manque à assumer la responsabilité de ses propres soins, d'être conscient de ses limites personnelles, ne fait pas preuve de résilience**
- **Ne répond pas de manière appropriée aux questions éthiques et/ou à celles des soins adaptés à la culture**
- **Manque à maintenir les limites professionnelles appropriées**
- **Manque de respect envers les autres membres de l'équipe (clinique, recherche, éducation et/ou administratif)**
- **Manque à répondre aux règlements professionnels, du programmes et/ou à ses tâches administratives**

Veuillez-vous référer à l'annexe 4 pour consulter le *Guide sur le professionnalisme*.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Steinert Y. Levitt C. **Working with the « Problem Resident » : Guidelines for definition and Intervention** *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32
- 2- Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. **The Problem Learner** *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22
- 3- Scott Smith N. Stevens NG. Servis M. **A General Framework for Approaching residents in Difficulty** *Family Medicine* 2007; 39(5) : 331-6
- 4- Ratan RB. Pica AG. Berkowitz RL. **A Model for Instituting a Comprehensive Program of Remediation for At-Risk Residents** *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112(5) : 1155-59
- 5- Langlois JP. Thach S. **Managing the Difficult Learning Situation** *Family Medicine* 2002; 32 (5) : 307-9
- 6- Mitchell M. *et al* **Factors Affecting Residents Performance : Development of a Theoretical Model and a Focused Literature Review** *Academic Medicine* 2005; 80(4) : 376-89
- 7- Hauer KE. Ciccone A. Henzel TR. *et coll.* **Remediation of the Deficiencies of Physicians Across the Continuum From medical School to Practice: A Thematic Review of the Literature** *Academic Medicine* 2009; 84:1822-32
- 8- Lacasse M. **Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale.** Faculté de médecine de l'Université Laval. 2009. 122 pp.
- 9- Nandaz M. Charlin B. Leblanc V. Bordage G. **Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 235-54
- 10- Bowen JL. **Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning** *The New England Journal of Medicine* 2006; 355 : 2217-25
- 11- Eva KW. **Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 225-34

## 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 <b>débutera le</b>	
Un bilan final* sera écrit et <b>communiqué</b> au résident et au directeur local du programme <b>le</b>	

\* 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) :

Diagnostics 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 ou prolongées, si nécessaire :			
1.			
2.			
3.			
<b>Mesures de soutien</b>			
Le/La Dr.e (résident.e) et la CUMF conviennent de mettre en place les mesures pédagogiques suivantes pour chaque problème identifié :			
<b>Avec son enseignant pivot</b>			
1.			
2.			
3.			
<b>Lors de rencontres particulières avec certains membres de l'équipe d'enseignants</b>			
Date / heure	Superviseur / Professionnel	Sujet(s) Abordé(s)	Types d'activités
<b>Lors de ses supervisions quotidiennes</b>			
1.			
2.			
3.			
<b>De façon organisationnelle</b> (exemple allègement du nb de patient, de bureau)			
1.			
2.			
3.			
<b>De façon personnelle</b>			
1.			
2.			
<b>En termes de professionnalisme</b>			
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.				

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.				

Commentaires généraux

## SECTION 4 – BILAN FINAL

<b>BILAN FINAL</b>			
<b>Résident</b>			
<b>Date du bilan final</b>			
<b>Objectifs / Difficultés</b>	<i>Corrigés</i>	<i>Partiellement corrigés</i>	<i>Non-corrigés</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Commentaires généraux</b>			

## DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE

### *Guide d'aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies de remédiation*

## DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE

### AIDE AU DIAGNOSTIC PÉDAGOGIQUE ET AUX STRATÉGIES DE REMÉDIATION

#### PRÉAMBULE

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

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

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

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

#### NOUS PRÉSENTONS POUR CHACUNE DE CES DIFFICULTÉS :

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

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

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

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

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

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

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

# 1

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

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

### INDICES observables en supervision directe

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

### INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas

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

### INDICES observables dans les notes du dossier

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

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

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

### HYPOTHÈSES explicatives

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

### STRATÉGIES de remédiation

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

# 2

## FERMETURE PRÉMATURÉE

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

### INDICES observables en supervision directe

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

### INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas

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

### INDICES observables dans les notes du dossier

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

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

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

### HYPOTHÈSES explicatives

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

### STRATÉGIES de remédiation

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



# 3

## DIFFICULTÉS DE PRIORISATION

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

### INDICES observables en supervision directe

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

### INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas

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

### INDICES observables dans les notes du dossier

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

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

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

### HYPOTHÈSES explicatives

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

### STRATÉGIES de remédiation

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

# 4

## DIFFICULTÉS À ÉLABORER UN PORTRAIT GLOBAL\* DE LA SITUATION CLINIQUE

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

### INDICES observables en supervision directe :

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

### INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas :

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

### INDICES observables dans les notes du dossier

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

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

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

### HYPOTHÈSES explicatives

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

### STRATÉGIES de remédiation

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

# 5

## DIFFICULTÉS À ÉLABORER UN PLAN D'INTERVENTION\*

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

### INDICES observables en supervision directe :

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

### INDICES observables en supervision indirecte ou discussion de cas :

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

### INDICES observables dans les notes du dossier

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

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

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

### HYPOTHÈSES explicatives

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

### STRATÉGIES de remédiation

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



## LEXIQUE

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

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

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

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

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

**Accessibilité :** Tendance à être influencé par un diagnostic posé récemment ou par une expérience diagnostique particulière d'une maladie, et à ensuite à prioriser ce diagnostic dans sa génération d'hypothèses. Par exemple : le médecin a vu une femme de 40 ans avec des douleurs thoraciques associées à un lymphome : il a ensuite tendance à évoquer le diagnostic de lymphome pour toutes ses patientes avec des douleurs semblables.

**Représentation :** Tendance à se centrer sur les manifestations prototypiques d'une maladie : les données ressemblant à cette catégorie sont surévaluées et des variantes atypiques peuvent être manquées ou sous-évaluées.

**Résultat :** Tendance à privilégier un diagnostic associé à de bons résultats thérapeutiques ou à une évolution positive. Inconsciemment, le médecin cherche à éviter le découragement ou la tristesse associée à un diagnostic dont l'issue est moins favorable.

**Confirmation :** Tendance à ne rechercher que les indices qui soutiennent un diagnostic au détriment de ceux qui le réfutent, même si ces derniers sont plus convaincants.

**Ancrage :** Tendance à figer le raisonnement qui se bloque sur des éléments de la présentation clinique trouvés précocement. L'impression clinique initiale ne s'adapte pas aux informations subséquentes.

**Assurance :** Tendance à surévaluer sa compétence. Les décisions se basent sur une opinion plutôt que sur des preuves soigneusement réunies. Incite à agir à partir d'informations incomplètes, d'intuitions ou de pressentiments.

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

## ARTICLES DE RÉFÉRENCE

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



## GUIDE DES MESURES DE SOUTIEN

Sur le plan **cognitif**

## DE FAÇON GÉNÉRALE

➤ **Rencontre avec l'enseignant-pivot :**

→ La fréquence des rencontres avec le mentor est d'environ 1 fois par semaine lors des stages-bloc et 2-3x/mois lors des stages hors bloc. Elles seront d'une durée de 60 à 90 minutes par rencontre dans lesquelles seront abordées\* :

- Les sujets choisis en fonction de l'exposition clinique
- 2 à 3 thèmes des références mentionnées ci-haut
- Discussion d'environ 10-15 minutes par sujet

\*Doit toujours inclure la pharmacothérapie \*\*

NB. Le résident est responsable de tenir un journal de bord des sujets ciblés et discutés.

➤ **Rencontre pour discuter de stratégies pour optimiser la préparation du dossier patient**➤ **Allègement clinique**

→ Préciser les modalités. Cette mesure doit être temporaire.

➤ **Modification de la supervision**

→ Favoriser la supervision directe (Détailer l'objectif et les modalités de la supervision directe, par exemple étape.s du raisonnement clinique, communication, sécurité, fiabilité, organisation ...)

- Préciser les modalités :
  - Intensifiée
  - Allégée
  - Modèles de supervision ; modèle RIME, précepteur-minute, modèle orthopédique, SNAPPS
- Lors de discussion de ses cas avec son superviseur, expliciter son raisonnement clinique et obtenir la rétroaction sur ses processus de raisonnement
- Discuter et anticiper avec le médecin superviseur, des stratégies de gestion des résultats à venir

➤ **Observation d'enseignants en clinique ou d'entrevues personnelles enregistrées**

→ Préciser les modalités : dates, responsables...

➤ **Construction d'un répertoire de ressources documentaires**

- Sites Internet
- Assistants électroniques
- Livres/ revues
- Consultants

## A. POUR LES DIFFICULTÉS DE RAISONNEMENT CLINIQUE

Voici plusieurs ressources et mesures :

### 1. Exercices de raisonnement clinique

Article sur la concordance de scripts : Guerrasio Jeannette, Agaard Eva M., août 2014. *Methods and Outcomes for the Remediation of Clinical Reasoning*, Université du Colorado.

Voici un résumé des 10 étapes de plan de remédiation de l'article :

<b>Étape 1</b>	Enseigner comment développer un cadre pour créer des DDX selon l'anatomie (ex: dlr abdo QSD), selon la pathophysiologie (ex : anémie) et selon le système (ex : dyspnée)
<b>Étape 2</b>	L'apprenant pratique en créant des DDX basés sur 4 catégories (âge, genre, ethnie et la plainte principale) Les cas sont choisis selon les présentations les plus communes selon la spécialité et le niveau de l'étudiant. Création de 3 listes : <ul style="list-style-type: none"><li>→ Liste A : liste de dx selon sa compréhension</li><li>→ Liste B : 4-5 Dx les plus fréquents selon la prévalence</li><li>→ Liste C : top 2-3 Dx à ne pas manquer</li></ul>
<b>Étape 3</b>	L'apprenant écrit des questions pour conserver ou éliminer chacun des Dx des listes B et C
<b>Étape 4</b>	L'apprenant écrit les examens physiques appropriés pour conserver ou éliminer les dx de la liste B et C de même que les signes qu'il recherche dans le tableau 1 <ul style="list-style-type: none"><li>→ Une rétroaction est donnée à chaque étape</li><li>→ Les étapes 1 à 4 sont répétées pour de multiples scénarios jusqu'à ce que le spécialiste de la remédiation juge que la compétence est maîtrisée ou que toutes les grandes présentations de la spécialité ont été adressées</li><li>→ Représente environ 10-20 cycles</li></ul>
<b>Étape 5</b>	L'apprenant se fait fournir plusieurs copies d'un cas clinique avec la même histoire et le même examen physique, sans labos ou imagerie.  Il inscrit un DX différent possible du DDX de ses listes B et C sur chaque copie. Il surligne en vert les informations supportant son Dx et en rouge celles qui l'excluent.
<b>Étape 6</b>	L'apprenant utilise les mêmes cas de l'étape 5 et se crée un tableau de signes et de symptômes en indiquant leur probabilité pour chaque Dx (tableau 2).  Une rétroaction est donnée à chaque étape <ul style="list-style-type: none"><li>→ Les étapes 5 et 6 sont répétées pour de multiples scénarios jusqu'à ce que le spécialiste de la remédiation juge que la compétence est maîtrisée.</li></ul>
<b>Étape 7</b>	L'apprenant doit résumer les cas en employant le plus de qualificatifs sémantiques possibles, autant à l'oral qu'à l'écrit. <ul style="list-style-type: none"><li>→ Caractéristiques du pt : jeune, âgé, ethnie, genre...</li><li>→ Apparition des sx : lente, soudaine, aigue, subaigue, chronique...</li><li>→ Site : bilatéral, unilatéral, central, périphérique...</li><li>→ Cours: constant, épisodique, intermittent, progressif...</li><li>→ Sévérité : faible, modérée, forte...</li><li>→ Contexte : au repos, à l'activité, en position couchée ou assise...</li></ul>



<b>Étape 8</b>	<p>L'apprenant propose une investigation pour chaque Dx en considération des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Monitoring du patient</li> <li>→ Labos</li> <li>→ Imagerie ou examens paracliniques</li> <li>→ Médications à tenter</li> </ul> <p>Il inscrit ses investigations en ordre de priorité, en nommant ce qui est requis en premier en se basant sur des références, incluant des guides de pratique et des algorithmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une rétroaction est donnée à chaque étape</li> </ul>
<b>Étape 9</b>	<p>L'apprenant doit se questionner à savoir s'il a déjà lu ou vu des cas similaires précédemment. Comment ces cas sont-ils semblables et en quoi diffèrent-ils ? Il doit comparer ses patients aux algorithmes des guides de pratique afin de travailler sur son jugement clinique.</p>
<b>Étape 10</b>	<p>L'apprenant propose un traitement pour chaque Dx en considération les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Monitoring du patient</li> <li>→ Médication</li> <li>→ Mesures non pharmacologiques</li> <li>→ Enseignement et éducation</li> <li>→ Référence</li> <li>→ Suivis nécessaires</li> </ul> <p>Il inscrit ses traitements en ordre de priorité, en nommant ce qui est requis en premier en se basant sur des références, incluant des guides de pratique et des algorithmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Une rétroaction est donnée à chaque étape</li> </ul>

## 2. MOOC sur le raisonnement clinique (*francophone*, ...)

## 3. Outil Mindbox : Plainte abdominale - Raisonnement clinique

## 4. Article : Favoriser le développement du raisonnement clinique des étudiants en médecine : une démarche d'amélioration

- Préciser les modalités :
  - Vignettes cliniques analysées selon le modèle de l'ARC
  - Travail de reformulation et de représentation des problèmes
  - Explicitation à voix haute du raisonnement
  - Étude en parallèle (contrasté-comparé) de pathologies apparentées

## 5. ACPM

- Atelier sur le raisonnement diagnostique avancé
- « Explorer l'impact des biais cognitifs sur la sécurité des patients »

## 6. Pratiques d'EMS

- Préciser les modalités : dates, responsables...

## 7. Pratique d'ECOS

- Préciser les modalités : dates, responsables...

## 8. Travail en centre de simulation

## 9. Articles *Pédagogie médicale*

### Autres exemples d'interventions pour les difficultés de raisonnement clinique

#### ABORDER LE RAISONNEMENT CLINIQUE DU POINT DE VUE PEDAGOGIQUE

1. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2011109>
2. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2011110>
3. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses : la fermeture prématurée  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2011110>
4. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du raffinement et du traitement des hypothèses : les difficultés de priorisation  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2012010>
5. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2012014>
6. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2012015>

#### DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES DIFFICULTES DE RAISONNEMENT CLINIQUE

1. **Guide AMEE no 117** (version courte)
  - Première partie : supervision du raisonnement clinique et diagnostic pédagogique  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2018012>
  - Seconde partie : gestion des difficultés et stratégies de remédiation  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2018011>
2. **Guide d'aide au diagnostic pédagogique et aux stratégies de remédiation**

## 10. Méthodes et outil pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace en supervision

### Supervision du raisonnement clinique

**Tableau 1**

Stratégies pédagogiques	Exemples	Commentaires
<b>FAIRE EXPLICITER</b>		
Lors de la présentation du cas par le résident, faire expliciter le raisonnement à chaque étape de la démarche (récolte de données, formulation d'hypothèses, diagnostic, etc.)	En quoi ces données sont-elles intéressantes ? Qu'est ce qui t'amène à faire ce diagnostic ? Qu'est ce qui va dans le sens de ta première hypothèse ? De la seconde ?	C'est une stratégie intéressante pour se faire une idée de la « qualité » du raisonnement clinique du résident. C'est aussi une stratégie en soi de soutien du raisonnement.
Faire présenter/ résumer en 2-3 phrases la situation clinique.	Résume-moi en quelques phrases les éléments-clés de la situation pour que je comprenne ton raisonnement.	Intéressant pour « forcer » le résident, petit à petit, à faire une synthèse des éléments les plus pertinents et développer sa capacité à formuler le problème du patient.
Faire prioriser les diagnostics envisagés et justifier le choix effectué.	Selon toi, quel est le diagnostic le plus probable ? Pourquoi ? Quels diagnostics as-tu exclus en cours d'entrevue ? Pourquoi ?	Cette stratégie donne accès aux hypothèses qui ont été générées puis exclues par le résident. Elle aide le résident à faire des liens et à développer des réseaux de connaissances à propos des maladies.
<b>EXPLICITER</b>		
Expliciter son propre raisonnement clinique dans le cas discuté et comment s'élabore ce raisonnement.	Quand le patient me dit ceci ... et lorsque je constate cela ..., alors cela me fait penser à ... et alors je ....	Les experts ont un raisonnement clinique condensé : ils ne se souviennent plus forcément des étapes de leur raisonnement et ont souvent de la difficulté à le formuler.
Retourner auprès du patient au besoin (pour jouer le rôle de modèle) et expliciter le raisonnement sous-jacent à la démarche effectuée.	J'ai choisi de poser ces questions parce que je pensais à .... Quand j'ai vu que ... cela m'a fait penser à ... et c'est pour cette raison que j'ai orienté l'entrevue de cette façon.	Trop souvent le modèle perd son impact pédagogique lorsque le clinicien enseignant présume à tort que le résident a suivi son raisonnement clinique tout simplement en l'observant.
<b>LECTURES/SCHÉMA</b>		
Encourager des lectures comparées entre différentes maladies et scripts de maladie, à partir de cas rencontrés.	Je te demande d'aller lire sur la goutte et l'arthrite septique en mettant en parallèle les éléments d'anamnèse et d'examen physique qui les distinguent l'une de l'autre.	Ceci encourage la conceptualisation des différentes pathologies plutôt que l'apprentissage par cœur d'une liste de signes et symptômes. C'est encore plus efficace si le superviseur révise avec le résident sa compréhension issue de la synthèse de ses lectures.
Faire construire un schéma des diagnostics différentiels à partir des éléments obtenus en consultation.	Prends un moment pour construire un schéma des diagnostics différentiels auxquels tu penses à partir de ces symptômes OU dessine un schéma qui présente ta compréhension globale de cette situation clinique.	Ceci amène le résident à faire des liens entre les différents éléments recueillis auprès du patient et permet au superviseur d'avoir accès à ces liens afin de les soutenir, les corriger ou en proposer d'autres.

## 11. Mesures pour soutenir et stimuler le raisonnement clinique

### GÉNÉRATION D'HYPOTHÈSES ET ORIENTATION DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES

#### DIFFICULTÉ 1

- Travailler sur la mise en évidence et la pondération des différents éléments et facteurs présents ainsi que leur influence sur le raisonnement clinique (exemple, par visionnement d'entrevues différées avec un superviseur)
- Lorsqu'approprié, notamment lorsque la raison de consultation est connue au départ, discuter avec son superviseur des hypothèses à explorer en cours d'entrevue et des éléments-clés à rechercher Ou Pré-discussion de cas avec le superviseur attiré lors des demi-journées en clinique ou en SRV : Cette pré discussion servira à vérifier la génération d'hypothèses précoces et à la travailler au besoin. Elle servira aussi à aider à structurer l'entrevue"
- Construction de prototypes, algorithmes et tableaux comparatifs avec retour lors des rencontres
- Effectuer des activités vidéo afin de réviser la démarche et le raisonnement clinique, en visant au moins 2 activités par mois, idéalement avec des patients pouvant présenter des défis particuliers pour le résident
- S'approprier les outils cliniques tels le CADDRA, PHQ-9, GAD-7
- Lors de ses supervisions quotidiennes :
  - Générer de façon systématique devant tout problème principal 3 diagnostics différentiels minimum.
  - Proposer et expliciter un plan d'intervention pharmacologique et non pharmacologique en fonction des caractéristiques spécifiques du patient.
- Révision des examens physiques :
  - Lectures et création de fiches cliniques par le résident sous forme de résumés (par structures anatomiques). Exemples : Guide pratique de l'appareil locomoteur + livre ECOS)
  - Pratique des examens physiques avec un enseignant
  - Exemple : Journée de pratique clinique en clinique de locomoteur, ITSS, techniques gynéco"
- Révision de problèmes courants en médecine de famille (axé sur les connaissances) :
  - Cas cliniques et ECOS en se basant sur les clinical cases of family medicine "
- Observation d'un enseignant en clinique et discussion sur le processus du raisonnement clinique en lien avec les cas vus
- Améliorer le raisonnement clinique en travaillant sur l'acquisition du modèle hypothético-déductif et la hiérarchisation des éléments discriminants
  - Favoriser les supervisions individuelles, en direct, pour travailler le raisonnement clinique et cibler les éléments discriminants de l'entrevue
  - Verbaliser et expliciter son raisonnement clinique avec la méthode SNAPPS ou One Minute Preceptor
  - Prendre 5 minutes seul avant chaque retour auprès du superviseur, pour clarifier ses idées et synthétiser sa présentation
  - Hiérarchiser les diagnostics différentiels évoqués, en tenant compte des éléments cliniques discriminants
  - Explorer avec le superviseur la façon dont son raisonnement ou son intervention seront affectés par les résultats obtenus ou l'évolution du patient (décontextualiser)"

## **RAFFINEMENT ET TRAITEMENT DES HYPOTHÈSES (RÉCOLTE-INTERPRÉTATION-SYNTHÈSE-VÉRIFICATION)**

### **DIFFICULTÉS 2 ET 3**

- Pratique de résumé de cas : Reprendre des notes cliniques de cas ou de vignettes et pratiquer à faire une synthèse de cas
- Améliorer le raisonnement clinique en travaillant sur l'acquisition du modèle hypothético-déductif et la hiérarchisation des éléments discriminants
  - Favoriser les supervisions individuelles, en direct, pour travailler le raisonnement clinique et cibler les éléments discriminants de l'entrevue
  - Verbaliser et expliciter son raisonnement clinique avec la méthode SNAPPS ou One Minute Preceptor
  - Prendre 5 minutes seul avant chaque retour auprès du superviseur, pour clarifier ses idées et synthétiser sa présentation
  - Hiérarchiser les diagnostics différentiels évoqués, en tenant compte des éléments cliniques discriminants
- Expliciter et verbaliser son raisonnement en présentant ses histoires de cas à l'envers : proposer le Dx différentiel et son plan d'abord et le justifier à partir d'éléments cliniques discriminants. Méthodes à privilégier lorsque le résident a acquis les étapes 1 et 2 du raisonnement clinique (méthode orthopédique ou SNAPPS)
- Explorer avec le superviseur la façon dont son raisonnement et diagnostic différentiel seront affectés par les résultats obtenus ou l'évolution du patient

## **DIAGNOSTIC ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION**

### **DIFFICULTÉS 4 ET 5**

- Utiliser davantage des outils d'aide pour les diagnostics et les traitements (ex : diagnosaurus, Lanthier, omnipratique.net, guide pratique de l'appareil locomoteur, Weber, Le Médecin du Qc, etc.)
- Programmes de lectures dirigées : Améliorer les connaissances cliniques attendues pour son niveau de résidence. Les sujets à étudier seront en partie ceux relevés lors des supervisions quotidiennes. Ils pourront être aussi définis par le résident et le responsable de son plan de soutien. Le résident sera invité à tenir un portfolio de ses lectures.
- Allègement clinique : un maximum de 3 patients par demi-journée avec une heure/rendez-vous sera attribué au résident. Ceci permettra une révision des cas plus en profondeur avec les médecins-superviseurs et de travailler le raisonnement clinique en supervision. Cette mesure doit être transitoire, minimum niveau d'externat.
- Stimuler la prise de décisions autonomes lors de la supervision des cas

## B. PROBLÈME DE COMMUNICATION ORALE OU ÉCRITE

---

- Pratique de résumé de cas : Reprendre des notes cliniques de cas ou de vignettes et pratiquer à faire une synthèse de cas
- Favoriser la supervision directe (Détailier l'objectif et les modalités de la supervision directe, par exemple étapes du raisonnement clinique, communication, sécurité, fiabilité, organisation ...)
- Effectuer des activités vidéo afin de réviser la démarche et le raisonnement clinique, en visant au moins 2 activités par mois, idéalement avec des patients pouvant présenter des défis particuliers pour le résident
- Suite à la discussion de cas, on travaillera avec le résident la conclusion : que dire, comment le dire et comment structurer le tout
- Observation d'entrevues personnelles enregistrées

## C. PROBLÈME DE CONNAISSANCES

---

### Programme de lectures dirigées et contextualisées, avec retour :

- Préciser les intentions :
  - Solidification de la base de connaissances fondamentales et cliniques
  - Construction de prototypes, algorithmes...
- Préciser les modalités :
  - Sujets à étudier
  - Sources de lectures
  - Contexte : durée, fréquence, lieu de lectures...
  - Retours avec les enseignants : dates, responsables, lieux de rencontres...
- ❖ Tableau comparatif, algorithmes, lectures dirigées Se construire des scripts de pathologies fréquentes en médecine de famille (par exemple à partir des sujets prioritaires du CMFC). Élaboration d'algorithmes et d'outils pour références ultérieures.

### Exercice de facilitation du traitement en profondeur de l'information :

- Préciser les modalités :
  - Sujets à travailler
  - Outils : élaboration de cartes conceptuelles, narrations, algorithmes, présentations...
  - Dates de retour avec enseignants

## D. PROBLÈME DE PERCEPTION VISUO-SPATIALE

---

### Travailler en centre de simulation pour :

#### 1. Adapter l'enseignement et l'encadrement

- **Utiliser des stratégies verbales et séquentielles** : Encourager des descriptions verbales détaillées au lieu de représentations visuelles (ex. : expliquer un geste clinique étape par étape).
- **Fournir des démonstrations pratiques répétées** : Lui permettre d'observer les gestes techniques plusieurs fois avant de les exécuter.
- **Encourager l'apprentissage par simulation** : Utiliser des mannequins, des patients standardisés ou la réalité virtuelle pour lui permettre de pratiquer dans un environnement contrôlé.

## 2. Accommodements concrets

- **Faciliter l'orientation dans l'espace clinique** : Cartographier les lieux, utiliser des repères visuels clairs (ex. couleurs, pictogrammes).
- **Adapter les supports d'apprentissage** : Privilégier des résumés écrits ou audio plutôt que des schémas complexes.
- **Utiliser des outils technologiques** : Applications pour l'organisation spatiale (ex. guides de placement des instruments, vidéos de procédures).

## 3. Superviser Différemment en Stage

- **Ajuster les exigences techniques** : Si un geste demande une précision visuo-spatiale importante (ex. sutures complexes, pose d'un IUD), lui donner plus de temps d'apprentissage ou envisager des tâches alternatives.
- **Mettre en place un mentorat** : Un clinicien expérimenté peut l'accompagner dans le développement de stratégies compensatoires.
- **Encourager l'auto-réflexion et l'ajustement** : Discuter des difficultés et identifier ensemble les meilleures stratégies d'adaptation.

## 4. Collaborer avec les Ressources Institutionnelles

- **Faire appel aux services d'accommodement** : L'université peut proposer des aménagements officiels en fonction des besoins spécifiques du résident.
- **Travailler en interprofessionnel** : Impliquer un ergothérapeute pour optimiser les stratégies d'apprentissage et de travail.

## 5. Assurer un Soutien Psychologique et Motivationnel

- **Valoriser ses forces** : Encourager ses compétences cliniques et relationnelles pour renforcer sa confiance.
- **Éviter les évaluations punitives** : Offrir du feedback constructif et un plan d'amélioration progressif.

# E. PROBLÈME DE SANTÉ AFFECTANT LA SPHÈRE COGNITIVE TEL QUE TDA-H, TROUBLE D'APPRENTISSAGE, TSA

- **Enjeu TSA** : Article Giroux M, Pélissier-Simard L *Shedding light on autistic traits in struggling learners : A blind spot in medical education*
- Suggérer consultation avec professionnels qui ont une expertise dans l'accompagnement de ces problématiques de santé



## Sur le plan **affectif**

### DE FAÇON GÉNÉRALE

---

- **Rencontre** avec son accompagnateur pédagogique, au besoin
- **Rencontres** au besoin avec un professionnel de la relation d'aide pour faire retour sur les situations cliniques où s'est senti impuissant
- **Consultation professionnelle**
  - Préciser les recommandations ou références faites

### A. PROBLÈME DE SANTÉ

---

- Troubles anxieux
  - Troubles dépressifs
  - TOC
- S'assurer que des facteurs affectifs ne nuisent pas à sa progression et, si besoin, utiliser l'aide appropriée pour les atténuer afin de ne pas nuire à sa progression. Suggérer de consulter un professionnel de la santé ou autres professionnels.

### B. ANXIÉTÉ SOCIALE

---

- Estime de soi défaillante
  - Gêne excessive, manque d'assertivité ou d'assurance de soi
- Stimuler la prise de décisions autonomes lors de la supervision des cas

### C. STRESSEURS PERSONNELS

---

- Recourir aux ressources d'aide appropriées (ex : médecin de famille et autre professionnel, ressources universitaires telles que CESAR, BPR, PAMQ, FMRQ, etc.) pour identifier et remédier aux conditions personnelles qui semblent affecter son apprentissage et son organisation globale et acquérir plus d'habiletés et d'outils personnels pour améliorer son organisation.
- S'assurer que des facteurs affectifs ne nuisent pas à sa progression et, si besoin, utiliser l'aide appropriée pour les atténuer afin de ne pas nuire à sa progression

### D. PROBLÈMES DE MOTIVATION

---

- Recourir aux ressources d'aide appropriées.

## Sur le plan **relationnel**

### **A. PROBLÈME DE RELATION AVEC LES COLLÈGUES, LES PATIENTS OU LE PERSONNEL**

---

- Observation d'entrevues personnelles enregistrées
- Suite à la discussion de cas, on travaillera avec le résident la conclusion : que dire, comment le dire et comment structurer le tout
- Porter une attention particulière à l'attitude familière avec les patients et les superviseurs.

### **B. PROBLÈME DE COMMUNICATION PROFESSIONNELLE (APPROCHE C-C)**

---

- Déficience dans les étapes de la structure de l'entrevue
- Problème à construire la relation médecin-patient
  
- Rencontres au besoin avec un professionnel de la relation d'aide pour faire retour sur les situations cliniques où s'est senti impuissant
- Planifier davantage d'activités vidéos
- Planifier des jeux de rôles ou pratiques d'habiletés communicationnelles
- Faire verbaliser davantage les attentes du patient et l'approche centré sur le patient
- Utiliser davantage la reformulation et la validation pour s'assurer de la compréhension et la satisfaction des patients
- Utiliser davantage des questions ouvertes

## Sur le plan **organisationnel**

### DE FAÇON GÉNÉRALE

---

- **Rencontre** avec son accompagnateur pédagogique, au besoin
- **Recourir** aux ressources d'aide appropriées (ex : médecin de famille et autre professionnel, ressources universitaires telles que CESAR, BPR, PAMQ, FMRQ, etc.) pour identifier et remédier aux conditions personnelles qui semblent affecter son apprentissage et son organisation globale et acquérir plus d'habiletés et d'outils personnels pour améliorer son organisation.
- **Utilisation d'outils organisationnels**
  - Temps protégé pour lecture dirigée
  - Agenda, listes...
  - Atelier de soutien à l'apprentissage (Gestion du temps) des Services aux étudiants de l'UdeM

### A. DIFFICULTÉ À GÉRER UN HORAIRE CLINIQUE OU AUTRE

---

- Prévoir une rencontre individuelle avec un enseignant pour revoir l'organisation globale de sa pratique et la gestion des tâches clinico-administratives

### B. ÉTUDE DÉSORGANISÉE

---

- Tenue d'un portfolio dans le but de noter ses besoins, préparer ses lectures ressortir les algorithmes utiles à sa pratique
- Référence vers une orthopédagogue et/ou ergothérapeute

### C. DIFFICULTÉ À PRIORISER LORS DE CONFRONTATION À DES TÂCHES MULTIPLES

---

- Être proactif pour questionner les différents superviseurs pour connaître leurs stratégies de gestion de leur pratique (gestion de laboratoires, retours d'appel) et s'en inspirer pour construire ses propres solutions
- Temps dédié pour repasser bureau 101 et expliquer le fonctionnement clinique quotidien.
- Partage de messagerie, augmentation du temps administratif/technologique et disponibilité d'un superviseur pour répondre aux questions en lien avec tâches, prescriptions, fichiers joints, labos ou fonctionnement du système de soins.
- Rencontre à intervalle régulier avec CAM ou superviseur équivalent pour s'assurer que les notes et tâches soient complétées et gérées à temps (révision résultats/tâches/notes)
- Consultation avec ergothérapeute pour optimiser la gestion des tâches d'études/ travail.
- Mise en place d'une demi-journée de période administrative par semaine pour permettre un rattrapage et pour se garder à jour. MESURES EXCEPTIONNELLES ET TEMPORAIRES
- Stimuler la prise de décisions autonomes lors de la supervision des cas

## D. TENUE DE DOSSIER DÉSORGANISÉE

---

- Avant de transmettre au superviseur ses dossiers (dans les délais prévus) s'assurer de revoir si les éléments-clés de l'histoire de l'examen s'y retrouvent clairement et les diagnostics et aspects importants des conduites s'y retrouvent en prévoyant discuter au besoin de la tenue de dossier avec ses superviseurs
- Libérer une plage de rendez-vous par demi-journée afin de libérer du temps pour la complétion des notes. MESURES EXCEPTIONNELLES ET TEMPORAIRES
- Faire les notes au fur et à mesure durant ses cliniques et s'assurer que notes terminées en dedans de 24 heures.
- Rappel des barèmes pour la rédaction de notes :
- 24h pour une note de SRV
- 48h pour une note de consultation"
- Support lors d'une rencontre formelle avec la responsable du plan pédagogique sur stratégies organisationnelles en lien avec l'utilisation du DME.
- Rencontre pour discuter de stratégies pour optimiser la préparation du dossier patient.

## E. PROBLÈME DE PONCTUALITÉ

---

*Pourrait aussi se retrouver dans une problématique de professionnalisme*

- Il est attendu que la préparation aux rencontres soit faite et que la ponctualité soit de mise.
- On demande au résident d'arriver 15 minutes à l'avance pour débiter à temps ses bureaux quotidiens

## Sur le plan **du professionnalisme**

- Modification d'attitudes ou de comportements
  - Identifier les comportements problématiques :
    - Interaction avec les patients, le personnel ou les collègues
    - Ponctualité
    - Participation à l'enseignement
    - Prise de responsabilité
  - Décrire les comportements attendus
- Formation ALDO à privilégier rapidement + lecture du code de déontologie du CMQ qui lui sera remis avec discussion par la suite.
- S'assurer que sa clé DSQ soit activée, qu'il soit à l'heure et préparé aux différentes activités cliniques et académiques. Aviser en temps opportun d'absence ou de retard.
- On demande au résident de répondre à ses courriels professionnels (MD, professionnels de la santé, personnel clérical, de la CUMF, de l'hôpital ou de l'UdeM) dans un délai de 5 jours ouvrables.
- Au niveau professionnalisme, il est attendu que la préparation aux rencontres soit faite et que la ponctualité soit de mise.
- Rencontre à intervalle régulier avec CAM (conseiller médico-administratif si présence dans le milieu) ou superviseur équivalent pour s'assurer que les notes et tâches soient complétées et gérées à temps (révision résultats/tâches/notes)
- Porter une attention particulière à l'attitude familière avec les patients et les superviseurs.

### **AUTRES EXEMPLES D'INTERVENTIONS POUR LES PROBLÈMES D'ATTITUDE – PERSONNEL/INTERPERSONNEL/PROFESSIONNEL**

(Atelier Enjeux de professionnalisme chez les apprenants : identification et solutions, *Dr Samuel Gatién, Dre Catherine Turcot et Dr François Goulet sept 2021*)

- Rencontrer le stagiaire (plan de soutien à la réussite)
  - Nommer le problème
  - Préciser les comportements attendus
  - Proposer des interventions pour corriger la situation ou éviter la récurrence
  - Expliquer, au besoin, les conséquences de la persistance des manquements lors de l'évaluation
  - Prévoir un bilan et une nouvelle rencontre dans un délai raisonnable
- Coordonner l'encadrement pédagogique
  - S'assurer que tous les cliniciens enseignants comprennent et appliquent le plan
  - Noter les progrès et difficultés du stagiaire
- Assurer le suivi avec le stagiaire dans le délai prévu
  - Faire part au stagiaire de ses progrès et/ou améliorations encore attendues
  - Mettre en œuvre un nouveau plan s'il y a lieu
  - Discuter clairement de ce qui sera remis aux responsables universitaires concernant le manque de professionnalisme

## **STRATÉGIES D'INTERVENTION SPÉCIFIQUES QUAND UN PROBLÈME PROPRE AU STAGIAIRE EST EN CAUSE**

<b>Facteurs en cause</b>	<b>Interventions générales</b>	<b>Stratégies spécifiques</b>	<b>Exemples</b>
<b>Problème personnel du stagiaire</b>	Partager cette hypothèse avec le stagiaire, sans l'obliger à la confirmer ou à se confier davantage Suggérer au stagiaire de prendre les moyens nécessaires pour que ce problème personnel ou affectif ne nuise pas à son comportement professionnel	Lors de la rencontre avec le stagiaire: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nommer les indices qui laissent croire à un problème personnel ou affectif</li> <li>• Rappeler les attentes quant au comportement professionnel et à la nécessité pour le stagiaire de s'y conformer</li> <li>• Suggérer au stagiaire de consulter les ressources appropriées*, s'il a effectivement des problèmes, pour répondre aux attentes</li> <li>• Recommander un congé, au besoin</li> </ul>	Plusieurs superviseurs ont remarqué que... (comportement observé). Se pourrait-il que... (hypothèse de problème personnel) ? Nous comprenons que tu vis quelque chose de difficile, mais tu dois, malgré tout, arriver à l'heure à tes consultations. Connais-tu des ressources qui pourraient t'aider à surmonter cette période difficile ?
<b>Problème d'organisation du stagiaire</b>	Clarifier les attentes quant aux tâches à accomplir et aux priorités Soutenir le stagiaire dans le développement d'une meilleure organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associer le stagiaire à un enseignant très bien organisé qui jouera le rôle de modèle et de conseiller</li> <li>• Réviser les tâches quotidiennes et proposer un ordre de priorités, des étapes à suivre, des méthodes efficaces, etc.</li> </ul>	
<b>Problème relationnel du stagiaire</b>	Clarifier le comportement attendu Suggérer l'hypothèse de manque d'estime de soi ou de difficulté à travailler en équipe, par exemple, et proposer au stagiaire de prendre les moyens pour s'adapter au contexte du stage ou pour améliorer ses compétences relationnelles Adapter la rétroaction quotidienne au problème spécifique du stagiaire	Lors de la rencontre avec le stagiaire: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nommer les indices qui laissent croire à un problème relationnel</li> <li>• Rappeler les attentes quant au comportement professionnel et à la nécessité pour le stagiaire de s'y conformer</li> <li>• Suggérer au stagiaire de consulter les ressources appropriées*, s'il a effectivement des problèmes, pour arriver à répondre à ces attentes</li> <li>• Lors des supervisions, insister sur les éléments positifs chez un stagiaire qui manque d'assurance ; encourager le doute chez celui qui est trop sûr de lui, etc.</li> </ul>	J'ai remarqué que tu ne t'es pas présenté et que tu ne regardais pas ton patient lors de l'entrevue. Tu ne dois jamais dévoiler d'information d'un patient sans son consentement, même à un membre de sa famille. Tes réponses claires ont très bien rassuré cette maman qui était inquiète du comportement de son enfant. Je sais que tu as voulu faire de l'humour, mais comment crois-tu, à voir la réaction de ton patient, qu'il a compris ton intervention ?

## **STRATÉGIES D'INTERVENTION SPÉCIFIQUES QUAND LE MILIEU DE STAGE EST EN CAUSE**

<b>Facteurs en cause</b>	<b>Interventions générales</b>	<b>Stratégies spécifiques</b>	<b>Exemples</b>
<b>Méconnaissance des attentes</b>	Avoir des règles et des attentes claires	Obtenir les documents de référence de l'établissement et les revoir avec le stagiaire S'assurer que les cliniciens enseignants connaissent les règles	Voici quelles sont les attentes de ton programme de formation (exposition clinique, charge de travail, autonomie, etc.)
	Faire connaître au stagiaire les comportements qu'on attend de lui Proposer des exemples de comportements appropriés	Présenter les règles lors de la rencontre d'accueil du stage, rendre les documents de référence accessibles Trouver une personne que le stagiaire pourra consulter en cas de doute quant aux règles ou aux comportements attendus Expliciter, en reprenant des exemples de situations réelles, le comportement attendu du stagiaire	Voici ce que tu dois faire si tu es en retard ou absent. Avant de modifier ton emploi du temps, tu dois en parler avec le responsable du stage. J'aimerais que tu t'adresses à la secrétaire sur un ton courtois.
<b>Problème lié au milieu de stage ou à un membre de l'équipe clinique ou d'enseignement</b>	Repérer les facteurs ou les personnes qui nuisent au fonctionnement du stagiaire Mettre en place des mesures pour corriger la situation Assurer le suivi pour éviter les récides ou les dérapages	Rencontrer le stagiaire pour lui faire part des mesures adoptées Trouver une personne à qui le stagiaire pourra signaler les situations problématiques Rappeler au stagiaire les attentes du milieu quant à son comportement Suggérer au stagiaire de consulter les ressources appropriées*, s'il a besoin d'aide pour surmonter ou gérer la situation	Tu dois parler au responsable du stage de toute situation que tu juges problématique. Nous allons revoir quelques attentes que nous avons envers tous les stagiaires. Tu peux consulter une ressource indépendante du milieu de stage* si tu en ressens le besoin.

### **Tableaux tirés de l'article :**

*COMMENT PLANIFIER UNE INTERVENTION CORRECTRICE QUAND UN STAGIAIRE MANQUE DE PROFESSIONNALISME ? Médecin du Québec, octobre 2015, Dre Suzanne Laurin, Marie-Claude Audétat et Dr Gilbert Sanche*

### **SI ÇA PERSISTE**

1. Mettre en place un cadre plus contraignant
  - Imposer des règles de conduites strictes
2. Faire respecter le cadre et noter tous les écarts de conduite
3. Transmettre aux responsables universitaires
  - L'évaluation de stage reflétant ces manquements
  - Les observations
  - Le bilan des rencontres avec le stagiaire/plan de soutien
  - Interventions tentées



## Difficultés liées à la maîtrise de la langue française

### Ressources disponibles

#### Collège des médecins (CMQ)

→ [Connaissance du français](#)

#### Office québécois de la langue française

→ [Ressources et matériel pédagogique – Vocabulaire de la médecine pour les personnes apprenantes](#)

## APPROCHE MATRICIELLE

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

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

## GUIDE SUR LE PROFESSIONNALISME

Traduit à partir du document

### GUIDE SUR LE PROFESSIONNALISME ET LISTE DE CONTRÔLE

---

Le professionnalisme est une dimension de compétence complexe et difficile à définir. Il s'appuie sur de multiples CanMEDs-MF et est souvent spécifique au contexte. Il est vital pour l'exercice sécuritaire de la médecine ainsi que pour une autorégulation efficace. Le manque de compétence dans un ou plusieurs rôles CanMEDS-MF peut être exprimé, au moins en partie, comme un comportement non professionnel dans certains contextes, et par conséquent, une évaluation approfondie est requise pour tout apprenant présentant un comportement non professionnel. Ce guide et sa liste de contrôle sont destinés à aider à diagnostiquer et à surveiller les comportements non professionnels chez les apprenants en médecine.

Les conséquences possibles d'un comportement non professionnel incluent : un échec de stage, un travail réflexif, une exclusion et une implication des régulateurs médicaux (CMQ).

Le CMFC utilise [12 thèmes](#) pour définir le professionnalisme en médecine familiale :

[Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille \(cfpc.ca\)](#)

[Reconnaître le professionnalisme en médecine familiale \(cfpc.ca\)](#)

**Selon notre trajectoire de développement de la compétence professionnalisme, Être un professionnel, s'exprime comme suit:**

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; il est imputable de ses actions, il assume la responsabilité de sa conduite, de ses activités professionnelles et de la protection de sa propre santé.

[Cahier du programme de l'année académique en cours](#)

(voir la section Guide sur le professionnalisme dans les Annexes)

**Chacun des comportements suivants doit être documenté dans une note de terrain et signalé :**

1. Ne fait pas preuve 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 leur attention
3. Préjudiciable à la sécurité des patients
4. Cache, dissimule et/ou ne veut pas explorer les domaines à améliorer
5. N'identifie pas les limites de sa compétence
6. Ne pratique pas la médecine factuelle
7. Ne répond pas aux besoins de la communauté, même lorsqu'ils sont signalés
8. Sens sous-développé du devoir professionnel d'être socialement responsable
9. Évite la responsabilité de la divulgation d'erreurs ou est malhonnête
10. Ne reste pas professionnel dans des situations stressantes
11. Retard répété/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, éducation et/ou administratif)
17. Ne répond pas aux règlements professionnels/programmes/tâches administratives

## LISTE DE CONTRÔLE DE SURVEILLANCE

*Veuillez noter que les exemples fournis ne se veulent pas exhaustifs.*

DATE: \_\_\_\_\_

NOM DU RÉSIDENT : \_\_\_\_\_

PERSONNE REMPLISSANT LE FORMULAIRE : \_\_\_\_\_

1. Le résident présente-t-il des difficultés avec l'UN des éléments suivants : honnêteté, intégrité, engagement, respect, y compris pour la diversité, l'humilité, l'altruisme et la compassion ?  
(Ex : ne reconnaît pas ses erreurs, ne respecte pas les perspectives ou croyances alternatives, discute de patients dans les lieux publics, commérages)

**Si OUI**, donnez un exemple :

2. Le résident évite-t-il la responsabilité des soins aux patients, même lorsque le besoin s'en fait sentir ?  
(Ex : ne fait pas le suivi des résultats de laboratoire/imagerie, est lent à répondre aux courriels ou aux messages)

**Si OUI**, fournissez exemple :

3. Le comportement du résident nuit-il potentiellement 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 tenter d'obtenir une supervision appropriée)

**Si OUI**, donnez un exemple :

4. Le résident cache-t-il, dissimule-t-il ou refuse-t-il d'explorer les domaines à améliorer ?  
(Ex : argumente sur les lacunes de la compétence clinique, masque les limites cliniques en ignorant les problèmes cliniques, évite les problèmes complexes)

**Si OUI**, donnez un exemple :

5. Le résident a-t-il du mal à identifier les limites de sa compétence ?  
(Ex : ne demande pas d'assistance lorsque cela est nécessaire, après avoir reçu des commentaires le résident répète les mêmes erreurs, privilégie l'indépendance par rapport à la sécurité)

**Si OUI**, donnez un exemple :

6. Le résident pratique-t-il une médecine factuelle appropriée pour le patient ?  
(Ex : n'utilise pas d'informations à jour, se fie trop à des informations transmises par l'industrie ou non révisées par les pairs ou sources non appuyées par la littérature, n'intègre pas les connaissances ou les compétences récemment acquises, adhère aveuglément aux recommandations lorsqu'ils ne s'appliquent pas au patient)

**Si OUI**, donnez un exemple :

7. Le résident est-il insensible aux besoins de la communauté, même lorsqu'on le signale? (Ex : Ne signale pas lorsqu'il a un devoir de le faire)

**Si OUI**, donnez un exemple :

8. Le résident démontre-t-il un sens sous-développé du devoir professionnel d'être socialement responsable?  
(Ex : ne tient pas compte de l'impact plus large des actions telles que le coût, la durabilité et l'accès)

**Si OUI**, donner exemple :

9. Le résident évite-t-il la responsabilité de la divulgation d'erreurs ou est-il malhonnête ? (Ex : ne signale pas des erreurs, est malhonnête)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
10. Le résident a-t-il du mal à rester professionnel dans des situations stressantes ?  
(Ex : Se met en colère, manifeste du dédain envers des patients ou une situation clinique ou est sur la défensive dans des situations stressantes, qu'elles soient cliniques ou autres)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
11. Le résident est-il souvent en retard/absent ?  
(Ex : dans les tâches cliniques, administratives ou événements éducatifs)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
12. Le résident ne respecte-t-il pas la vie privée et la confidentialité du patient ?  
(Ex : discute des patients dans les lieux publics, accède à des informations médicales sans raison valable, ne parvient pas à obtenir la permission de partager des informations cliniques)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
13. Le résident a-t-il du mal à assumer la responsabilité de ses soins personnels, à être conscient de ses limites et faire preuve de résilience ?  
(Ex : fait des heures supplémentaires de manière inappropriée, ne demande pas d'aide au besoin, transfère le travail à des collègues sans justification, laisse le travail inachevé)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
14. Le résident ne parvient-il pas à répondre de manière appropriée aux questions éthiques et/ou à celles touchant les soins culturellement sécuritaires ?  
(Ex : ne fait pas preuve d'humilité culturelle, n'essaie pas d'éviter l'ethnocentrisme ou les préjugés, comportements ou opinions)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
15. Le résident ne respecte-t-il pas les limites professionnelles appropriées ? (Ex : recherche des soins auprès de collègues ou amis ou leur en offre)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
16. Le résident manque-t-il de respect aux autres membres de l'équipe ?  
(Ex : vis-à-vis le personnel clinique, de recherche, d'enseignement et/ou administratif)  
**Si OUI**, donnez un exemple :
17. Le résident ne complète pas ou ne respecte pas les délais des tâches clinico- administratives ou pédagogiques ?  
(Ex : ne termine pas les tâches pour les réunions du conseiller pédagogique, ne répond pas aux courriels en temps opportun, inscription incomplète au collège)  
**Si OUI**, donnez un exemple :

Commentaires supplémentaires :

## RESSOURCES

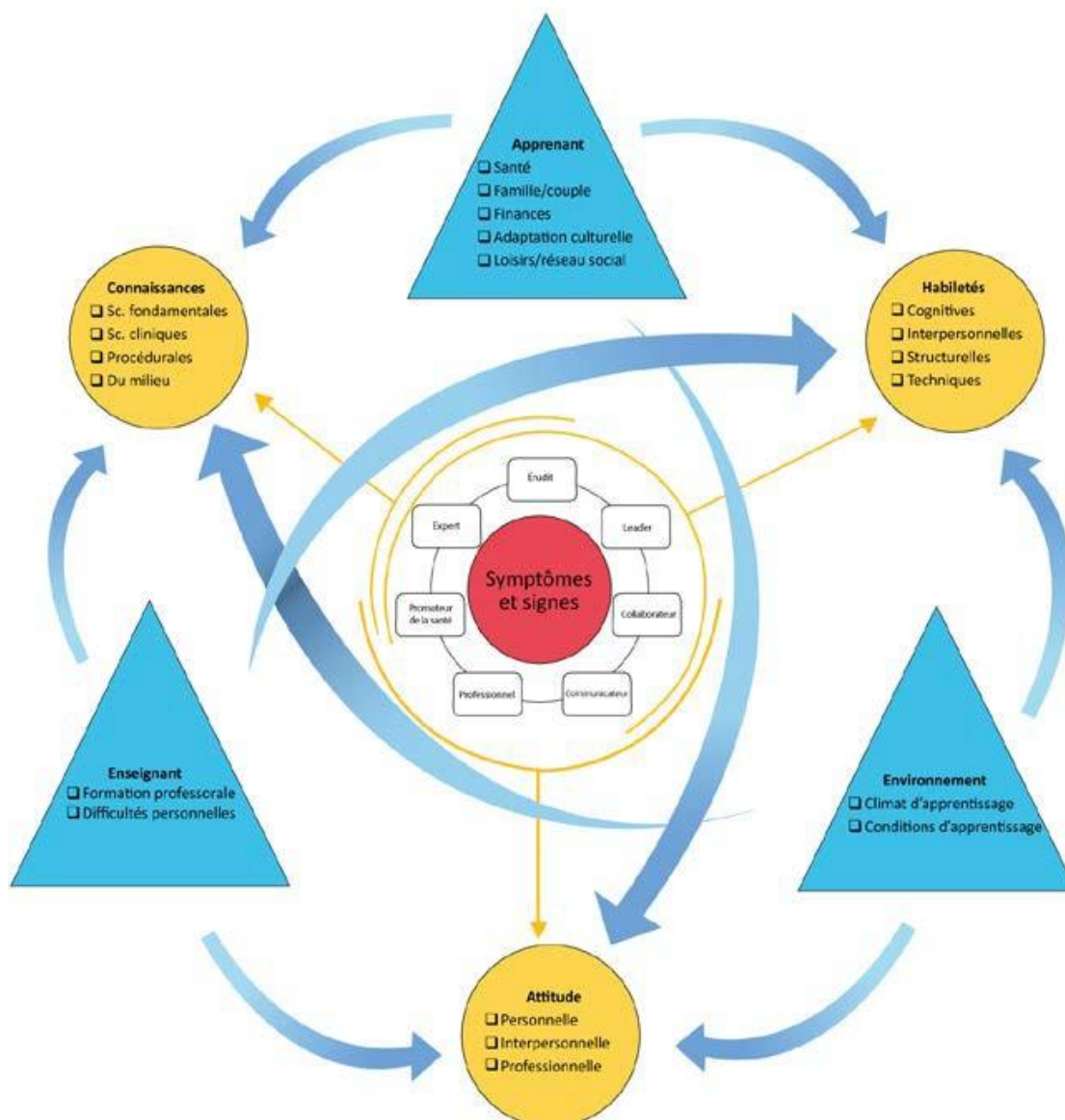
Le professionnalisme est très multiforme et les ressources doivent donc être personnalisées et ciblées sur spécifique qualités contribuant au professionnalisme. Les liens suivants représentent le professionnalisme général ressources et ne sont pas exhaustives :

- [Reconnaître le professionnalisme en médecine familiale \(cfpc.ca\)](https://www.cfpc.ca/fr/ressources/ressources-professionnelles)
- Conseil américain de médecine interne
  - [Charte des médecins](#)
  - [Professionnalisme](#)
- Faire face aux comportements non professionnels en médecine : BMJ 2018 ; 360 doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.k1025>
- [Guide des bonnes pratiques de l'ACPM](#) (professionnalisme)
- Politiques du PGME de Queen's



## GUIDE DES INTERVENTIONS DE SOUTIEN-PRESCRIPTIONS PEDAGOGIQUES

Roulette du diagnostic pédagogique (adaptée de Lacasse, 2009)



Ce cadre renvoie à une approche socioconstructiviste de l'apprentissage où l'**apprenant** interagit avec un **enseignant** dans un **système ou un environnement** d'apprentissage. Les problèmes de l'apprenant peuvent être liés à des difficultés académiques (les connaissances fondamentales, cliniques, procédurales ou la **connaissance** du milieu du travail; les **compétences** cognitives, interpersonnelles, structurelles ou procédurales; et les **attitudes** personnelles, interpersonnelles ou professionnelles) ou à sa vie personnelle (problèmes de santé, de famille ou de couple, financiers, d'adaptation culturelle et de réseau social). Ces défis personnels, les défis vécus par l'enseignant (dans sa vie personnelle ou dus au manque de formation professorale) ou encore ceux liés à l'environnement ou au système (le climat et les conditions d'apprentissage) ont souvent un effet (flèches bleues) sur le développement des compétences et la réussite académique qui en découle. Toutefois, ces problèmes sous-jacents ne devraient pas excuser les problèmes de compétence, mais plutôt aider à expliquer le diagnostic pédagogique et le plan de remédiation.

# TABLES DES MATIÈRES

Pages

<b>SECTION : DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES .....</b>	<b>56</b>
1. DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES PROBLÈMES DE CONNAISSANCES .....	56
2. DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES PROBLÈMES D'HABILITÉS .....	61
3. DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES PROBLÈMES D'ATTITUDE .....	68
<b>SECTION : DIMENSIONS ENTOURANT L'APPRENTISSAGE .....</b>	<b>70</b>
1. PROBLÈMES PERSONNELS DE L'APPRENANT .....	70
2. PROBLÈMES CHEZ L'ENSEIGNANT .....	74
<b>LEXIQUE .....</b>	<b>76</b>
ANTÉCÉDENTS (ACCOMMODEMENTS) .....	76
RÉPÉTITIONS ET SUBSTITUTIONS .....	77
SOUTIEN SOCIAL .....	79
DÉVELOPPEMENTS DES CONNAISSANCES .....	80
OBJECTIFS ET PLANIFICATION .....	82
CONSÉQUENCES PLANIFIÉES .....	83
RÉTROACTIONS ET SUIVIS .....	84
ASSOCIATION .....	85
RÉCOMPENSES ET MENACE .....	87
CONSÉQUENCES NATURELLES .....	88
COMPARAISON DES COMPORTEMENTS .....	88
RÉGULATION .....	89

Ce guide a été construit à l'aide de l'application MedEd DxTx de l'Université Laval qui fournit des recommandations fondées sur les résultats d'une revue de la littérature BEME et du guide de rédaction d'un plan de soutien à la réussite du programme de résidence en médecine de famille, Université de Montréal.

### **Revue de la littérature BEME no. 56**

Interventions for undergraduate and postgraduate medical learners with academic difficulties: A BEME systematic review: BEME guide no.56 2019

Auteurs (ordre alphabétique)

- Miriam Lacasse, MD MSc CCFP, Université Laval (Quebec City, Canada).
- Marie-Claude Audétat, MPs, Ma (Ed), PhD, University of Geneva (Geneva, Switzerland). Élisabeth Boileau, MD MSc CCFP(EM), Université de Sherbrooke (Sherbrooke, Canada). Nathalie Caire Fon, MD CCFP, Université de Montréal (Montreal, Canada).
- Marie-Hélène Dufour, MD CCFP, Université Laval (Quebec City, Canada).
- Marie-Claude Laferrière, MSI, Université Laval (Quebec City, Canada).
- Alexandre Lafleur, MD, MSc(Ed.), FRCPC, Université Laval (Quebec City, Canada).
- Ève La Rue, M. Ps. Éd. Université Laval (Quebec City, Canada).
- Shirley Lee, CCFP(EM) MHSc(Ed) FCFP, University of Toronto (Toronto, Canada) and Canadian Medical Protective Association (Ottawa, Canada).
- Mathieu Nendaz, MD MHPE, University of Geneva (Geneva, Switzerland).
- Emmanuelle Paquette Raynard, MSI, Université Laval (Quebec City, Canada)
- Caroline Simard, PhD, Université Laval (Quebec City, Canada).
- Yvonne Steinert, PhD, McGill University (Montreal, Canada).
- Johanne Théorêt, MD MA FCFP, Université Laval (Quebec City, Canada)

## **Application MedEd DxTx**

<https://www.meded-dtxt.fmed.ulaval.ca/>

Cette application fournit des recommandations fondées sur les résultats d'une revue de la littérature BEME (Lacasse et al., 2019) repérant les interventions de remédiation pour les apprenants en médecine de premier cycle et des cycles supérieurs qui éprouvent des difficultés académiques. Les interventions sont classifiées selon la taxonomie des techniques de changement du comportement (Michie, 2015) et associées aux diagnostics pédagogiques pertinents au moyen de la Roulette du diagnostic pédagogique (adaptée de Lacasse, 2009). Merci à la Chaire de Leadership en Enseignement en pédagogie des sciences de la santé AMC-MD pour son soutien dans le développement de l'application, et à ABACA Traduction, pour la traduction de l'application en français.

L'objectif de ce guide est d'appuyer les enseignants à sélectionner des prescriptions pédagogiques pertinentes et efficaces. Il permet d'identifier les interventions qui ont été étudiées dans la littérature dans un contexte de remédiation pour les résidents éprouvant des difficultés.

La classification utilisée se base sur la roulette du diagnostic pédagogique adapté Steinert Y 2008 et Lacasse M. 2009

## DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES

### 1. Problèmes de connaissances

- En sciences fondamentales
- En sciences cliniques
- Procédurales
- Du milieu

### 2. Problèmes d'habiletés

- Cognitif; raisonnement clinique et stratégies pour étude et examens
- Interpersonnel
- Structurel
- Technique

### 3. Problèmes d'attitude

- Personnel
- Interpersonnel
- Professionnel

## DIMENSIONS ENTOURANT L'APPRENTISSAGE

### 1. Problèmes personnels de l'apprenant

- Santé physique/psychologique
- Couple/famille
- Finances
- Adaptation culturelle
- Loisirs et réseau social

### 2. Problèmes chez l'enseignant

- Manque de formation professorale
- Difficultés personnelles

### 3. Problèmes de l'environnement d'apprentissage

- Climat d'apprentissage
- Conditions d'apprentissage

## SECTION : DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES

### 1. DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES PROBLÈMES DE CONNAISSANCES

Représentent le savoir, tant;

- En sciences fondamentales (anatomie, physiopathologie, pharmacologie, etc.)
- En sciences cliniques (sémiologie, lignes directrices, etc.)
- Procédurales (indications, contre-indications, étapes à suivre, etc.)
- Du milieu (plateaux techniques, consultants, ressources locales, etc.)

#### Exemples d'interventions pour les difficultés d'ordre connaissances-en sciences cliniques

Catégorie intervention (BCT)	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Séances d'étude et/ou de tests	Prolongation de cours
Répétition et substitution		Exercices de préparation pour les examens Séance/cours de révision	Pratique délibérée Séance de pratique d'examen physique Répétition du contenu de cours antérieur Simulation Exercices avec patients simulés Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de cliniciens enseignants Formation supplémentaire Formation supplémentaire-nouveau site Formation supplémentaire – 1 an	Stages longitudinaux
Soutien social		Programme de soutien académique  Désignation d'un étudiant performant avec qui faire équipe Étude en groupe	Tutorat et soutien par les pairs Apprentissage en petits groupes	Communautés d'apprentissage Mentorat Tutoriels Tutorat et soutien académique

Catégorie intervention (BCT)	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Développement des connaissances	Forums cliniques Lectures comparées Étude individuelle	Séances didactiques Guides d'étude/notes de cours produites par les tuteurs chaque session Ateliers	Lectures dirigées/structurées/Travaux de lecture Discussions Programme d'orientation (accueil) officiel	Cours et programme préparatoire Congrès obligatoires
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation Apprentissage autodirigé	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/retrait volontaire	
Rétroactions et suivis	Observation directe	Pré-tests/post tests Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction Rétroaction par l'intermédiaire d'une plateforme en ligne Questionnaire/tests	
Associations	Apprentissage contextualisé Rédaction de questions		Corrélations cliniques Protocoles cliniques écrits	
Récompense et menaces			Lettre d'avertissement	
Conséquences naturelles			Évaluation des prises en charge quotidiennes par un coordonnateur de l'assurance de la qualité	



## Exemples d'interventions pour les difficultés d'ordre connaissances-en sciences fondamentales

Catégorie intervention (BCT)	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)				
Répétition et substitution		Exercices de préparation pour les examens Séance/cours de révision	Répétition du contenu de cours antérieurs Formation supplémentaire Formations supplémentaire 1 an Préparation aux examens d'admission Séance de pratique d'examen physique Exercices de patients simulés Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de clinicien enseignant Formation supplémentaire-nouveau site	Stages longitudinaux
Support social		Désignation d'un étudiant performant avec qui faire équipe Étude en groupe	Tutorat et soutien par les pairs Apprentissage en petits groupes	Communauté d'apprentissage Mentorat Tutoriels Tutorat et soutien académique
Développement des connaissances	Etude individuelle	Formation individuelle de remédiation avec simulation Guides d'étude/notes de cours produites par les tuteurs chaque session Ateliers	Lectures dirigées/structurées/travaux de lecture Discussions Programme d'orientation/ (accueil) officiel Séances d'étude et/ou tests	Cours et programme préparatoire Congrès obligatoire
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation Apprentissage autodirigé	Plan d'apprentissage/de remédiation	Outils et programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/retrait volontaire	

Catégorie intervention (BCT)	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Rétroactions et suivis		Pré-tests/post tests	Rétroaction par l'intermédiaire de la plateforme en ligne Rétroaction Questionnaire/test	
Associations	Apprentissage contextualisé Rédaction de questions		Protocoles cliniques écrits	
Récompense et menace			Lettre d'avertissement	

### Exemples d'interventions pour les difficultés d'ordre connaissances-procédurales

Catégorie intervention (BCT)	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)				Prolongation de cours
Répétition et substitution		Exercices de préparation pour les examens Séance/cours de révision	Pratique délibérée Séance de pratique d'examen physique Préparation aux examens d'admission Répétition du contenu de cours antérieurs Simulation  Exercices de patients simulés Formation supplémentaire Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de clinicien enseignant Formation supplémentaire 1 an Formation supplémentaire-nouveau site	Stages longitudinaux
Support social		Désignation d'un étudiant performant avec qui faire équipe Étude en groupe	Tutorat et soutien par les pairs Apprentissage en petits groupes	Communauté d'apprentissage Mentorat Tutoriels Tutorat et soutien académique
Développement des connaissances	Etude individuelle	Guides d'étude/notes de cours produites par les tuteurs chaque session Ateliers	Lectures dirigées/structurées/travaux de lecture Discussions Programme d'orientation/ (accueil) officiel	Cours et programme préparatoire Congrès obligatoire

Catégorie intervention (BCT)	Très faible	Faible	Modérée	Forte
		Séances didactiques	Séances d'étude et/ou tests	
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Apprentissage autodirigé Formation individuelle de remédiation avec simulation	Plan d'apprentissage/de remédiation Rencontre avec un conseiller pédagogique d'apprentissage	Outils et programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/retrait volontaire	
Rétroactions et suivis	Observation directe	Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction par l'intermédiaire de la plateforme en ligne Rétroaction Questionnaire/test	
Associations	Apprentissage contextualisé Rédaction de questions		Corrélations cliniques Protocoles cliniques écrits	
Récompense et menace			Lettre d'avertissement	
Conséquences naturelles			Évaluation des prises en charge quotidiennes par un coordonnateur de l'assurance de la qualité	
Comparaison des comportements			Démonstration	

## 2. DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES PROBLÈMES D'HABILITÉS

Représentent le savoir-faire aux niveaux ;

- Cognitif (questionnement, synthèse, analyse)
  - Raisonnement clinique
  - Stratégies pour étude et examens
- Interpersonnel (avec patients, familles et collègues)
- Structurel (planification et sens de l'organisation)
- Technique

### Exemples d'interventions pour les problèmes d'habiletés-cognitive-raisonnement clinique

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passe en stages hors réseau ou a option	
Répétition et substitution		Exercices de préparation pour les examens Séance/cours de révision	Pratique délibérée Simulation Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de cliniciens enseignants Formation supplémentaire Formation supplémentaire-nouveau site Formation supplémentaire-1 an	
Soutien social		Étude en groupe		Mentorat Tutorat et soutien académique
Développements des connaissances	Lectures comparées Étude individuelle	Séances didactiques Évaluation des comportements	Lectures dirigées/structurées/travaux de lecture Programme d'orientation (accueil) officiel Séances d'études et/ou tests	Congres obligatoires
Objectifs et planification		Formation individuelle de remédiation avec simulation	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/ retrait volontaire	

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Rétroactions et suivis	Observation directe	Pré-tests/post-tests Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction Discussion informelle avec le directeur du programme Questionnaire/test Réflexion	
Association	Rédaction de questions Raisonnement à voix haute		Interventions /réadaptation cognitive Protocoles cliniques écrits	Plan de remédiation standardisé du raisonnement clinique
Récompenses et menace			Lettre d'avertissement	
Conséquences naturelles			Évaluation des prises en charge quotidienne par un coordonnateur de l'assurance de la qualité	
Comparaison des comportements				
Régulation				

**Exemples d'interventions pour les problèmes d'habiletés- habiletés d'étude et de préparation aux examens**

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)				
Répétition et substitution				
Soutien social		Étude en groupe		Mentorat Tutorat et soutien académique
Développements des connaissances	Étude individuelle Formation sur les stratégies d'examens	Séances didactiques Évaluation des comportements	Lectures dirigées/structurées/ travaux de lecture Programme d'orientation (accueil) officiel	
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/ retrait volontaire	

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Rétroactions et suivis			Rétroaction Discussion informelle avec le directeur du programme Réflexion	
Association	Rédaction de questions			
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				

#### Exemples d'interventions pour les problèmes d'habiletés-interpersonnelles

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passe en stages hors réseau ou a option	Prolongation de cours
Répétition et substitution		Formation sur les habiletés de communication Exercices de préparation pour les examens	Pratique délibérée Laboratoires Séance de pratique d'examen physique Simulation Exercices avec patients simulés Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de cliniciens enseignants Formation supplémentaire Formation supplémentaire-nouveau site Formation supplémentaire -1 an	Stages longitudinaux Recherche
Soutien social		Programme de soutien académique Désignation d'un étudiant performant avec qui faire équipe Étude en groupe	Tutorat et soutien par les pairs Apprentissage en petits groupes	Communautés d'apprentissage Mentorat Tutoriels Tutorat et soutien académique

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Développements des connaissances	Étude individuelle	Séances didactiques Evaluation des comportements Guide d'étude /notes de cours produites par les tuteurs chaque session Ateliers	Lectures dirigées/structurées/travaux de lecture Discussions Programme d'orientation (accueil) officiel	Cours /programme préparatoire
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation Apprentissage autodirigé	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Travaux ou tâches pour corriger un comportement répréhensible Exclusion du programme/retrait volontaire	
Rétroactions et suivis	Observation directe	Pré-tests/-post tests Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction Discussion informelle avec le directeur de programme Réflexion	
Association	Apprentissage contextualisé		Rédaction scientifique Protocoles cliniques écrits	
Récompenses et menace			Lettre d'avertissement	
Conséquences naturelles			Réalisation d'un projet indépendant	
Comparaison des comportements			Démonstration Visionnement de vidéo Activités motivationnelles) stages d'observation, tutorat sur les habiletés d'étude et de préparation aux examens)	
Régulation				

### Exemples d'interventions pour les problèmes d'habiletés-structurelles



Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passe en stages hors réseau ou a option	
Répétition et substitution			Pratique délibérée Laboratoires Simulation Exercices avec patients simulés Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de cliniciens enseignants Formation supplémentaire Formation supplémentaire-nouveau site Formation supplémentaire -1 an	Stages longitudinaux Recherche
Soutien social		Programme de soutien académique Désignation d'un étudiant performant avec qui faire équipe Étude en groupe	Tutorat et soutien par les pairs Apprentissage en petits groupes	Communautés d'apprentissage Mentorat Tutoriels Tutorat et soutien académique
Développements des connaissances	Étude individuelle	Séances didactiques Evaluation des comportements Guide d'étude /notes de cours produites par les tuteurs chaque session Ateliers	Lectures dirigées/structurées/ travaux de lecture Discussions Programme d'orientation (accueil) officiel	Cours /programme préparatoire
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation Apprentissage autodirigé	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/retrait volontaire	
Rétroactions et suivis	Observation directe	Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction Réflexion	

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Association	Apprentissage contextualisé		Rédaction scientifique Protocoles cliniques écrits	
Récompenses et menace			Lettre d'avertissement	
Conséquences naturelles			Réalisation d'un projet indépendant	
Comparaison des comportements			Démonstration Visionnement de vidéo	
Régulation				

## Exemples d'interventions pour les problèmes d'habiletés – techniques

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passe en stages hors réseau ou a option <del>Couvertures sur les gardes</del>	
Répétition et substitution		Exercices de préparation pour les examens	Pratique délibérée Simulation Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de cliniciens enseignants Formation supplémentaire Formation supplémentaire-nouveau site Formation supplémentaire -1 an	
Soutien social		Étude en groupe		Mentorat Tutorat et soutien académique
Développements des connaissances	Étude individuelle	Séances didactiques Evaluation des comportements	Programme d'orientation (accueil) officiel	
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme/retrait volontaire	
Rétroactions et suivis	Observation directe	Pré-tests/-post tests Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction Discussion informelle avec le directeur de programme Réflexion	
Association			Protocoles cliniques écrits	
Récompenses et menace			Lettre d'avertissement	

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Conséquences naturelles			Évaluation des prises en charge quotidienne par un coordonnateur de l'assurance de la qualité	
Comparaison des comportements			Démonstration Visionnement de vidéo Activités motivationnelles) stages d'observation, tutorat sur les habiletés d'étude et de préparation aux examens)	
Régulation				

### 3. DIFFICULTÉS ACADÉMIQUES PROBLÈMES D'ATTITUDE

Représente le savoir-être, tant au niveau :

- Personnel (motivation, autocritique, investissement)
- Interpersonnel (ex : qualités relationnelles)
- Professionnel (ex : qualités professionnelles d'ordre éthique et déontologique)

**Exemples d'interventions pour les problèmes d'attitude –personnel/interpersonnel/professionnel selon revue littérature**

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passé en stages hors réseau ou a option	
Répétition et substitution			Pratique délibérée Simulation Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de cliniciens enseignants Formation supplémentaire Formation supplémentaire- 1 an Formation supplémentaire-nouveau site	
Soutien social				Mentorat Tutorat et soutien académique

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Développements des connaissances	Étude individuelle	Séances didactiques	Lectures dirigées/structurées/travaux de lecture Programme d'orientation (accueil) officiel	
Objectifs et planification	Apprentissage actif	Formation individuelle de remédiation avec simulation	Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage	Exclusion du programme /retrait volontaire	
Rétroactions et suivi	Observation directe	Pré-tests/post-tests Visionnement d'enregistrement vidéo	Rétroaction Discussion informelle avec le directeur du programme Réflexion	
Association				
Récompenses et menace		Système de points pour documenter les comportements non professionnels	Lettre d'avertissement	
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				

## SECTION : DIMENSIONS ENTOURANT L'APPRENTISSAGE

### 1. PROBLÈMES PERSONNELS DE L'APPRENANT

- Santé physique/psychologique
- Couple/famille
- Finances
- Adaptation culturelle
- Loisirs et réseau social

#### Exemples d'interventions pour les problèmes personnels de l'apprenant–santé physique/psychologique

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodement)	Réduction de la charge des patients	Accommodements-zone silencieuse pour dicter, aide à la prise de notes, examens dans salle séparée)	Imposition de limites au temps passé en stages hors réseau ou à option Adaptation de l'environnement de travail pour encourager de saines habitudes de vie (heures réduites)	
Répétition et substitution			Formation supplémentaire-nouveau site	
Soutien social				Mentorat Tutorat et soutien académique
Développement des connaissances				Congrès obligatoires
Objectifs et planification			Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage /de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage		
Rétroactions et suivis			Rétroaction Discussions informelles avec le directeur de programme Réflexion	
Associations			Intervention/réadaptation cognitive	
Récompenses et menace				

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Conséquences naturelles				
Comparaisons des comportements				
Régulation		Méditation	Évaluation et traitement médical Aide/soutien psychologique/psychiatrique	Évaluation et thérapie psychomotrice /de l'apprentissage (ex :neuropsychologie) Congé (ex : maladie) Gestion du stress/formation au bien-être (séances interactives, développement d'habiletés de gestion du stress) Réadaptation pour les personnes souffrant de dépendances

## Exemples d'interventions pour les problèmes personnels de l'apprenant- couple et famille

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passé en stages hors réseau ou a option	
Répétition et substitution			Formation supplémentaire-nouveau site	
Soutien social				Mentorat Tutorat et soutien académique
Développements des connaissances				Congrès obligatoires
Objectifs et planification			Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage		
Rétroactions et suivis			Rétroaction Discussion informelle avec le directeur de programme Réflexion	
Association				
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				Congé (ex; maladie)

## Exemples d'interventions pour les problèmes personnels de l'apprenant- adaptation culturelle

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passé en stages hors réseau ou à option	
Répétition et substitution			Formation supplémentaire-nouveau site	
Soutien social				Mentorat Tutorat et soutien académique



Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Développements des connaissances				Congrès obligatoires
Objectifs et planification	Apprentissage actif		Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage		
Rétroactions et suivis			Rétroaction Discussion informelle avec le directeur de programme Réflexion	
Association				
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				Congé (ex; maladie)

### Exemples d'interventions pour les problèmes personnels de l'apprenant- réseau social

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)			Imposition de limites au temps passé en stages hors réseau ou à option	
Répétition et substitution			Formation supplémentaire-nouveau site	
Soutien social				Mentorat Tutorat et soutien académique
Développements des connaissances				Congrès obligatoires
Objectifs et planification			Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage Plan d'apprentissage/de remédiation	Outil/programme de remédiation
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage		

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Rétroactions et suivis			Rétroaction Discussion informelle avec le directeur de programme Réflexion	
Association				
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				Congé (ex; maladie)

## 2. PROBLÈMES CHEZ L'ENSEIGNANT

- Manque de formation professorale
- Difficultés personnelles

### Exemples d'interventions pour les problèmes chez l'enseignant

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)				
Répétition et substitution			Formation supplémentaire-nouveau site	
Soutien social				
Développements des connaissances				
Objectifs et planification				
Conséquences planifiées		Contrat d'apprentissage		
Rétroactions et suivis				
Association				
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				

### 3. PROBLÈMES DE L'ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE

- Climat d'apprentissage (aspects émotionnels/sociaux/organisationnels)
- Conditions d'apprentissage (stratégies/ressources/opportunités)

#### Exemples d'interventions pour les problèmes environnement –climat d'apprentissage

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)		Adaptation de l'environnement de travail pour encourager de saines habitudes		
Répétition et substitution				
Soutien social				
Développements des connaissances				
Objectifs et planification				
Conséquences planifiées				
Rétroactions et suivis				
Association				
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				

#### Exemples d'interventions pour les problèmes environnement –conditions d'apprentissage

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Antécédents (accommodements)	Réduction de la charge de patients		Horaire modifié/allègement d'horaire	
Répétition et substitution				
Soutien social				
Développements des connaissances				
Objectifs et planification				
Conséquences planifiées			Probation	
Rétroactions et suivis				

Catégorie intervention	Très faible	Faible	Modérée	Forte
Association				
Récompenses et menace				
Conséquences naturelles				
Comparaison des comportements				
Régulation				

## LEXIQUE

### ANTÉCÉDENTS (ACCOMMODEMENTS)

<b>Niveau fort</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Prolongation de cours</b> ; prolongation de la durée d'un cours pour laisser plus de temps pour l'apprentissage.</li> </ul>
<b>Niveau modéré</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Imposition de limites au temps passé en stages hors réseau ou a option</b> : restreindre le nombre ou la durée des stages autorisés qui sont effectués en dehors du cadre habituel de la formation</li> <li>– <b>Séances d'étude et/ou de tests</b> ;</li> <li>– <b>Horaire modifié/allègement d'horaire</b> ; adapter le stage ou l'horaire de clinique aux besoins spécifiques des apprenants afin d'accorder plus de temps pour un apprentissage efficace</li> <li>– <b>Couverture sur les gardes</b> ; personnel de garde de nuit et de fin de semaine en renfort pour couvrir les quarts de travail de résidents qui font du dépannage/remplacements (moonlighting)</li> </ul>
<b>Niveau faible</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Adaptation de l'environnement de travail pour encourager de saines habitudes</b> ; exemples de changements proposés par Brennan (2015) : placer une machine elliptique dans une salle d'appel pour rendre l'activité physique plus accessible, particulièrement aux résidents sur appel : fournir des fruits et légumes dans la salle de conférence ou la salle d'appel de l'hôpital pour rendre plus accessibles des options alimentaires santé ; organiser une rencontre de cuisine santé ou chacune des personnes résidents, à qui on a préalablement fourni des idées culinaires utiles, rapides et santé provenant d'un chef et d'un diététicien, ainsi que des courriels, des applications mobiles et des textos pour l'encourager, cuisine deux plats pour elle-même.</li> <li>– <b>Accommodements - zone silencieuse pour dicter</b> ; Permettre à l'apprenant de s'installer dans un endroit tranquille pour dicter les dossiers de ses patients.</li> </ul>
<b>Niveau très faible</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Réduction de la charge des patients</b> ; Exposer l'apprenant à un plus petit nombre de patients qu'à l'habitude afin de lui donner plus de temps pour apprendre.</li> </ul>

## RÉPÉTITIONS ET SUBSTITUTIONS

### Niveau fort

- **Stages longitudinaux** ; stage facultatif, c'est-à-dire « être placé, pendant un certain temps, de façon régulière et récurrente dans le même contexte avec le même superviseur (et donc avec un accès à la même base de patients) »
- **Recherche** :---

### Niveau modéré

- **Pratique délibérée** : développement d'une expertise approfondie « par des apprenants motivés, engagés dans une pratique répétée centrée sur un problème bien défini. Grace aux commentaires et aux conseils d'un mentor expert et au raffinement actif de l'apprenant, l'amélioration progressive jusqu'à l'atteinte d'une maîtrise est suivie de redéfinition des objectifs pour créer de nouveaux défis pour l'apprenant. (Oxford textbook of medical education, publié par Kieran Walsh, Oxford University press USA-OSO, 2013, page 188)
- **Préparation aux examens d'admission** ; Cours comprenant des questions de pratique et une révision du contenu de l'examen
- **Séance de pratique d'examen physique** ; Sessions d'apprentissage en petits groupes (souvent d'apprentissage par les pairs) au cours desquelles les étudiants pratiquent les techniques d'examen physique.
- **Répétition du contenu de cours antérieur** : Cours reprenant le contenu du semestre 1 (pour les étudiants qui ont échoué un des cours du semestre 1) afin de les préparer à leur réinsertion dans le programme régulier au début du semestre 2 (traduction libre ; Burch, 2013)
- **Simulation** : Placer les étudiants dans une « situation dans laquelle un ensemble particulier de conditions est créé artificiellement afin d'étudier ou d'expérimenter quelque chose de possible dans la vie réelle. Ce terme fait aussi référence à la représentation artificielle d'un processus réel pour atteindre des objectifs éducatifs au moyen de l'apprentissage expérimental » (Flangan, Nestel and Joseph, 2004)
- **Exercices avec patients simulés** ; exercice d'apprentissage dans lequel des acteurs non-médecins sont formés à simuler de manière précise et cohérente une rencontre de patient à des fins d'enseignement ou d'évaluation (Stillman, 1986). Une rencontre standardisée est construite en formant le « patient » à fournir des réponses reproductibles aux questions du candidat ou à simuler des résultats d'examen physique cohérents (Ainsworth, Rogers, Markus, Dorsey, Blackwell et Petrusa, 1991)
- **Pratique supervisée, si possible par équipe réduite de clinicien enseignants** ; fournir des conseils et de la rétroaction sur des questions de développement personnel, professionnel et éducatif dans le contexte de l'expérience du stagiaire qui doit fournir des soins sécuritaires et appropriés aux patients ( « supervision clinique », telle que définie par Kilminster et al. (2002)).
- **Formation supplémentaire** ; ajout de cours ou de stage au programme d'un stagiaire
- **Formation supplémentaire-nouveau site** ; déplacement de l'apprenant vers un nouveau site pour des stages supplémentaires

- **Formation supplémentaire- 1 an** ; ajout d'une année au programme d'un stagiaire
- **Laboratoires** : Apprentissage pratique pour l'anatomie et la physiologie.

#### Niveau Faible

- **Exercices de préparation pour les examens** ; Passer en revue les questions applicables (échantillon tiré de tests des années précédentes), souvent publiées par les organismes de certification ; demander aux apprenants « de lire les questions à voix haute et d'analyser en détail la raison pour laquelle ils ont retenu ou exclu chaque choix : » (Aeder et al. 2010) ; demander aux professeurs d'évaluer leurs réponses et d'aider les résidents à identifier leurs besoins en matière d'apprentissage ; discuter de questions d'examens difficiles ou délicates en group ; attribuer aux résidents des sujets d'examen courants pour qu'ils se préparent et les présentent brièvement au groupe ; proposer aux résidents des lectures qui peuvent combles leurs lacunes ( Shokar, 2003)
- **Séance/cours de révision** ; activité d'apprentissage conçue pour réviser le contenu important lors de la préparation à un examen.
- **Formation sur les habiletés de communication** ; Des séances sur la communication efficace, pouvant inclure une formation sur la diversité, l'écoute empathique, la mort et la fin de vie ; sur la rédaction d'essais et de rapports, sur la façon d'interagir avec ses pairs et sur le jargon médical (tel que décrit dans Hardy (1999) et Chur-Hansen (1999)).

## SOUTIEN SOCIAL

### Niveau fort

- **Communautés d'apprentissage** ; Groupe « d'étudiants et de professeurs partageant des intérêts et des passions communs » Dans Slavin et al. (2014), cinq communautés d'apprentissage ont été créées pour soutenir les modifications au programme : services et plaidoyer, recherche, santé mondiale, bien-être et éducation médicale. Elles devaient concevoir et mettre en œuvre de nouveaux cours aux choix, élaborer des séries de conférences midi, identifier les mentors parmi les professeurs et élargir les possibilités de services et de recherche
- **Mentorat** ; Encourager les relations avec une personne capable de répondre aux questions, de donner des conseils, d'orienter le rôle professionnel de l'apprenant et d'écouter pour stimuler la réflexion (Stenfors-Hayes, Hult et Dahlgren, 2011).
- **Tutoriels** : Rencontres périodiques entre un tuteur et un ou plusieurs étudiants pour discuter d'un sujet à l'étude (traduction libre ; Dictionnaire Collins)
- **Tutorat et soutien académique** ; Conseils fournis par les professeurs, généralement pour orienter l'apprentissage ou les mesures correctives après un diagnostic éducatif approprié.

### Niveau modéré

- **Tutorat et soutien par les pairs** ; Des personnes issues de groupes sociaux similaire qui apprennent en enseignant et qui d'aident mutuellement dans leurs apprentissages sans être des enseignants professionnels (traduction libre ; Topping, 1996)
- **Apprentissage en petits groupes** : Groupe d'apprenants présentant trois caractéristiques communes ; Une participation active, une tâche et une réflexion précise. Les approches spécifiques comprennent des tutoriels, des groupes de discussion libre, des séances de remue-méninges, de l'effet boule de neige, des groupes de discussion, des discussions en binôme (ou un à un), des enseignements cliniques, des simulations, des séminaires, des séances plénières, de l'apprentissage par problème, de l'apprentissage par équipe, des jeux de rôle, des jeux et approches en technologie de l'information (Jones, 2007)

### Niveau faible

- **Programme de soutien académique** ; programme d'appui visant l'identification précoce, les plans de remédiation et les aménagements scolaires appropriés pour les étudiants à risque des collègues, du baccalauréat et des écoles professionnelles (voir Segal, 1999).
- **Désignation d'un étudiant performant avec qui faire équipe** ; Affecter un étudiant de haut niveau à l'orientation et à l'apprentissage par les pairs.
- **Étude en groupe** ; Encourager les apprenants à étudier avec leurs pairs (apprentissage en petits groupes/apprentissage par les pairs)

### Niveau très faible

## DÉVELOPPEMENTS DES CONNAISSANCES

### Niveau fort

- **Cours et programme préparatoire** ; cours ou programme fournissant un soutien éducatif additionnel ayant pour but d'améliorer les connaissances, la langue, les compétences d'étude et de préparation aux examens, ainsi que les capacités des étudiants à écrire des rapports, à prendre part à des discussions et à faire des présentations orales (Sikakana, 2010) ; tel que des programmes offerts en tant qu'activités de prématriculation ou intégrés aux années précliniques des étudiants à risque (adapté de Sikakana, 2010) et Burch (2007)).
- **Congrès obligatoire** ; participation à une série de conférences le midi, à des conférences départementales, à des rencontres matinales et à d'autres activités de développement professionnel continu.

### Niveau modéré

- **Lectures dirigées /structurées/travaux de lecture** ; l'enseignant donne des textes à lire aux apprenants, accompagnés d'instructions pour la préparation à la lecture (enseigner préalablement du vocabulaire important, évoquer des connaissances acquises précédemment, enseigner aux étudiants comment utiliser une compétence spécifique de lecture, etc. définir une finalité à la lecture)., assurer un suivi de la compréhension au cours de la lecture et fournir des activités portant sur le contenu du texte et sur des compétences spécifiques que les étudiants ont appris à utiliser (traduction libre, adapté de : <http://www.Nea.org/tools/DRA-directed-reading-activity.html>).
- **Programme d'orientation (accueil) officiel** ; aucune description
- **Discussions** ; des possibilités pour les apprenants de développer leurs compétences communicationnelles et d'acquérir des connaissances et des perspectives par les échanges en personnes d'information, d'idées et d'opinions (Davis, B. G. (2009). Tools for teaching (2<sup>nd</sup> ed ») San Francisco, CA : Jossey-Bass

-Séances d'étude et/ou tests; aucune description.

### Niveau faible

- **Séances didactiques** ; Cours sur des sujets précis, généralement donnés sous forme de conférences.
- **Guides d'études/notes de cours produites par les tuteurs chaque session** ; documents produits par les tuteurs afin de soutenir chaque séance d'apprentissage.
- **Ateliers** ; Un programme éducatif, généralement bref et intensif, qui est destiné à un petit groupe de personnes et qui est axé sur les techniques et les compétences propres à un domaine particulier (dictionnaire Merriam-Webster).
- **Évaluation des comportements** ; synthèse didactique de comportements spécifiques pendant les examens oraux (Rowland, 2012)
- **Formation sur les stratégies d'étude** ; conseils sur les bonnes pratiques universitaires y compris sur l'évitement du plagiat, la gestion du temps, les comportements de lecture, la prise de notes, l'usage de références et la révision (adapté de <https://www.ox.ac.uk/studetns/academic/guidance/skills?wssl=1>).



Par exemple, l'usage de prétests et posttests tout en se référant à des guides d'études, l'analyse des erreurs et la discussion de stratégies pour répondre à des questions d'examen à choix multiples (Powell, 2001).

- **Formation individuelle de remédiation avec simulation** ; Scénarios personnalisés avec des patients standardisés et des simulations à haute fidélité afin de recréer des situations qui semblent déclencher chacun des comportements non professionnels décrits dans Guerrasio et Aagaard (sous presse)

#### Niveau très faible

- **Forums cliniques** ; aucune description
- **Lectures comparées** : encourager les apprenants à lire 2-3 articles à propos d'un sujet, ainsi qu'à comparer et contraster les similitudes et les différences entre eux
- **Étude individuelle** : période d'étude individuelle, aussi connue sous le nom d'autoformation.
- **Formation sur les stratégies d'examens** ; conseils sur les façons de répondre à différents types de questions, sur la gestion du temps durant les évaluations et sur les stratégies pour faire face à l'anxiété.

## OBJECTIFS ET PLANIFICATION

### Niveau fort

- **Outil/programme de remédiation** ; Interventions multifacettes ayant pour but de résoudre des problématiques pédagogiques, idéalement en combinant un plan d'apprentissage, de la rétroaction et de l'autoréflexion.

### Niveau modéré

- **Rencontre avec un conseiller pédagogique et plan d'apprentissage** ; Discussions et développement d'un contrat d'apprentissage avec l'enseignant, identifiant des objectifs d'apprentissage et des attentes mutuelles, les ressources nécessaires et les méthodes d'évaluation, ainsi qu'un cadre temporel spécifique pour l'évaluation. Ceci encourage la communication entre les résidents et les enseignants, accroît les opportunités de rétroaction, promeut l'apprentissage autodirigé et personnalise l'expérience éducative pour les apprenants (Nasmith, Boillat, Rubenstein, Daigle, Goldstein et Franco, 1997).
- **Plan d'apprentissage/de remédiation** ; Planification d'apprentissage ou de remédiation dirigée par l'apprenant, incluant les étapes suivantes tirées de Knowles (1986) : 1. Besoins : L'apprenant réfléchit sur ses défis d'apprentissage actuels. 2. Objectifs : L'apprenant définit des zones d'apprentissage ciblées. 3. Stratégies : L'apprenant propose des stratégies d'apprentissage afin d'atteindre ses objectifs. 4. Ressources : Le conseiller universitaire présente des ressources externes afin d'orienter l'apprentissage. 5. Échéancier et démonstration de l'atteinte de résultats : Cibler des dates pour faire la démonstration du fait que les objectifs d'apprentissage sont atteints.

### Niveau faible

- **Formation individuelle de remédiation avec simulation** ; Scénarios personnalisés avec des patients standardisés et des simulations à haute-fidélité afin de recréer des situations qui semblent déclencher chacun des comportements non professionnels décrits dans Guerrasio et Aagaard (sous presse)
- **Apprentissage autodirigé** ; Susciter la motivation de l'apprenant à se fixer des buts, à s'engager dans des activités d'apprentissage spécifiques [et à surveiller] ses comportements et ses progrès (traduction libre du Oxford Textbook of Medical Education; Kieran Walsh, 2013).

### Niveau très faible

- **Apprentissage actif** ; Méthode d'enseignement dans laquelle les étudiants sont actifs et impliqués expérimentalement dans le processus d'apprentissage et où on trouve différents niveaux d'apprentissage, selon l'implication de l'étudiant (traduction libre; Bonwell & Eison, 1991).

## CONSÉQUENCES PLANIFIÉES

---

<b>Niveau fort</b>
<b>Niveau modéré</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Exclusion du programme/retrait volontaire</b> ; aucune</li><li>– <b>Probation</b> ; La probation est un statut institutionnel officiel qui est documenté à la fois par le programme et par le bureau de la formation médicale supérieure. [...] Il doit exister une documentation claire, un plan correctif et un échéancier [...] En cas de violation flagrante, le résident pourrait être mis en probation immédiatement. De plus, si la probation n'est pas concluante, il peut être mis fin à la résidence. (traduction libre; Weizberg, Smith, Murano, Silverberg et Santen, 2015).</li><li>– <b>Travaux ou tâches pour corriger un comportement répréhensible</b> ; aucune description</li></ul>
<b>Niveau faible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Contrat d'apprentissage</b> ; Accord écrit spécifiant: 1) quelles connaissances, compétences et attitudes doivent être acquises; 2) les ressources et les stratégies à utiliser pour les acquérir; 3) l'échéancier de ce processus d'apprentissage; 4) la preuve à l'appui de l'atteinte des objectifs; 5) comment cette preuve doit être évaluée et validée (Parsell et Bligh, 1996).</li></ul>
<b>Niveau très faible</b>

## RÉTROACTIONS ET SUIVIS

<b>Niveau fort</b>
<b>Niveau modéré</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Rétroaction</b> ; Fournir des informations décrivant les performances [des apprenants] lors d'une activité donnée, dans le but de guider leurs performances futures dans la même activité ou dans une activité connexe (Ende, 1983).</li><li>– <b>Rétroaction par l'intermédiaire d'une plateforme en ligne</b> ; Plateforme Web pour la rétroaction suivant une activité d'apprentissage. Tel que décrit dans Drake (2015), cette rétroaction sur le Web a été mise en œuvre dans un programme de lectures dirigées où les résidents «ont identifié un objectif d'apprentissage [...], la source des informations lues par le résident [...] et une réponse écrite pour démontrer la compréhension de cet objectif éducatif. Une fois l'échange terminé, l'application Web envoie un courriel au superviseur du résident qui passe en revue et cote la réponse du résident comme étant satisfaisante ou insatisfaisante. Si elle n'est pas satisfaisante, le superviseur écrit une brève réponse qui est envoyée au résident.» (traduction libre)</li><li>– <b>Questionnaire/test</b> ; Poser des questions sur le sujet du cours hebdomadaire (Gregg, 2008).</li><li>– <b>Discussion informelle avec le directeur de programme</b> ; aucune</li><li>– <b>Réflexion</b> ; Encourager la pratique réflexive, c'est-à-dire la capacité de réfléchir sur ses actions, pour s'engager dans un processus d'apprentissage continu (Schön, 1983).</li></ul>
<b>Niveau faible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Pré-tests/post tests</b> ; aucune</li><li>– <b>Visionnement d'enregistrement vidéo</b> ; Fournir des commentaires à l'aide de vidéos permettant à l'apprenant « de se regarder » de l'extérieur, ce qui lui donne une perspective réaliste de ses compétences en contexte. Plusieurs dimensions de la performance peuvent être examinées ou évaluées, telles que le contenu (ce qui est dit), le ton (comment c'est dit) et le langage non verbal (p. ex. contact visuel, posture du corps; Hammoud et al. 2012).</li></ul>
<b>Niveau très faible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Observation directe</b> ; [Stratégie pédagogique ou] méthode d'évaluation où le superviseur observe les apprenants (étudiants en médecine, stagiaires diplômés ou postdoctoraux) lorsqu'ils participent à des activités et des soins cliniques significatifs, authentiques et réalistes (Kogan, Hatala, Hauer, &amp; Holmboe, 2017).</li></ul>

### Niveau fort

- **Plan de remédiation standardisé du raisonnement clinique** ; Tel que décrit dans Guerrasio et Aagaard (2014), le plan comprend 10 étapes :
  - Étape 1 : Enseigner à l'apprenant à développer un cadre pour la création d'un diagnostic différentiel en utilisant la localisation anatomique (p. ex. : douleur dans le quadrant supérieur droit), la pathophysiologie (p. ex. : anémie) et l'approche basée sur le système organique (p. ex. : essoufflement).
  - Étape 2 : L'apprenant crée des différentiels en fonction de quatre qualificatifs sémantiques : âge, sexe, race/ethnie et plainte principale.
  - Étape 3 : L'apprenant rédige des questions à poser sur l'historique du patient afin d'inclure ou de rejeter chacun des diagnostics.
  - Étape 4 : L'apprenant note les manœuvres de l'examen physique qu'il effectuera et les signes qu'il cherche pour inclure ou rejeter chacun des diagnostics.
  - Les étapes 1 à 4 sont répétées avec plusieurs scénarios jusqu'à ce que le spécialiste en remédiation détermine que cette compétence est maîtrisée ou que toutes les présentations principales d'une spécialité ont été prises en compte, généralement de 10 à 20 cycles.
  - Étape 5 : L'apprenant reçoit plusieurs copies imprimées du même historique complet et de l'examen physique, sans résultats de laboratoire ni imagerie. L'apprenant crée un diagnostic différentiel, puis il écrit chacun des diagnostics au-dessus de chaque copie de l'historique et de l'examen physique. L'apprenant surligne en vert l'information qui corrobore ce diagnostic, l'information qui ne supporte pas le diagnostic en rouge, et raie l'information distrayante. Ceci est répété avec plusieurs cas.
  - Étape 6 : En utilisant le même cas qu'à l'étape 5, l'apprenant crée un tableau des symptômes et des signes, en cotant leur niveau de pertinence pour chaque diagnostic.
  - Étape 7 : L'apprenant résume ces cas en utilisant des qualificatifs sémantiques écrits et oraux : caractéristiques du patient (jeune, d'âge moyen, âgé, race, sexe), apparition (lente, soudaine, aiguë, subaiguë, chronique), site (bilatéral, unilatéral, central, périphérique), évolution (constante, intermittente, épisodique, progressive), gravité (légère, modérée, sévère), contexte (repos, activité, être couché ou assis).
  - Étape 8 : L'apprenant crée un bilan diagnostique pour chacun des diagnostics qu'il écrit en ordre de priorité, encerclant ce qui doit être fait immédiatement.
  - Étape 9 : L'apprenant réfléchit sur les données collectées et se demande : « Ai-je déjà lu sur un cas similaire? En quoi ce cas est-il similaire et en quoi est-il différent? » L'apprenant considère en quoi son patient peut être identique ou différent des patients utilisés dans les algorithmes. Ce processus enseigne à l'apprenant comment formuler des questions spécifiques et productives pour le corps professoral et les pairs, et comment discuter des différences entre son jugement et les références afin qu'il puisse adapter sa pratique future.
  - Étape 10 : L'apprenant crée un plan de traitement et il hiérarchise les priorités, en entourant le traitement requis de façon plus urgente.

\* Les commentaires et réflexions sont intégrés à chaque étape.

### Niveau modéré

- **Corrélations cliniques** : Les corrélations cliniques sont un outil qui aide les étudiants à faire des associations entre des concepts de science élémentaires et des applications médicales ou des maladies. Il existe plusieurs formes de corrélations cliniques et de nombreuses façons d'en faire usage

dans une classe. Cinq types de corrélations cliniques pouvant être intégrées à des cours de science de base ont été identifiées et décrites.

- 1- Les exemples corrélés consistent en une information clinique superficielle ou encore des cas qui accompagnent des concepts scientifiques de base qui rendent l'information plus intéressante et pertinente.
  - 2- L'apprentissage interactif et les démonstrations fournissent des expériences pratiques ou des illustrations d'un sujet clinique.
  - 3- Les ateliers spécialisés sont centrés sur les applications, ils sont plus spécialisés que des séances de laboratoire typiques et varient en complexité, de niveau élémentaire à avancé.
  - 4- Des activités en petits groupes nécessitent que des groupes d'étudiants, guidés par leur enseignant, résolvent des problèmes simples reliant des informations scientifiques de base à des sujets cliniques.
  - 5- La résolution de problèmes centrée sur le cours est une activité de corrélation plus avancée que les autres qui met l'accent sur la reconnaissance et le traitement des problèmes cliniques afin de promouvoir les compétences de raisonnement clinique (tel que décrit dans Klement, Paulsen et Wineski, 2016).
- **Protocoles cliniques écrits** ; Création de protocoles de gestion simples pour les diagnostics courants, en utilisant une technique de référence (tel que décrit dans Blumberg, 1995).
  - **Intervention/réadaptation cognitive** ; Interventions favorisant le raisonnement clinique comme la création de moyens de présentation des symptômes (telles que les cartes conceptuelles) afin de faire appel à des connaissances acquises préalablement et de procéder à un nouvel apprentissage sur les symptômes (Klaman et al., 2011); ceci permet de stimuler la discussion et d'explicitier le raisonnement (Winston, 2014).
  - **Rédaction scientifique** : Comme décrit dans Hardy (1999), cours visant à développer les « habiletés des étudiants en lecture critique de la littérature. Les étudiants effectuent une recherche sur un sujet clinique, rédigent des articles de synthèse sur le sujet et présentent leurs trouvailles à la classe ».

#### Niveau faible

##### Niveau très faible

- **Apprentissage contextualisé** ; Encourager les apprenants à « apprendre le matériel dans le contexte dans lequel il sera utilisé, ce qui favorise l'apprentissage et la capacité à utiliser l'information » (traduction libre, tirée du Oxford Textbook of Medical Education; Walsh, 2013). Des exemples tirés de Chur-Hansen (1999) incluent des discussions sur les cours, des explications de vocabulaire ainsi que l'insertion du matériel d'apprentissage dans son contexte culturel au besoin.
- **Rédaction de questions** ; Demander aux apprenants de soumettre une question originale du type conseil sur le matériel attribué avant chaque cours ; une partie du temps de classe est ensuite consacrée à répondre à une sélection de questions soumises (choisies pour leur précision et leur clarté, mais également pour assurer une couverture maximale du contenu Aeder et al., 2010).
- **Raisonnement à voix haute** ; Encourager les apprenants à « exprimer leurs pensées pendant qu'ils accomplissent une tâche », par exemple en révisant une situation clinique avec leur superviseur (Pinnock et al. 2015).

## RÉCOMPENSES ET MENACE

<b>Niveau fort</b>
<b>Niveau modéré</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Lettre d'avertissement</b> ; Mesures disciplinaires comportant un avertissement écrit formel quant aux difficultés scolaires et leurs conséquences si aucune amélioration n'est observée.</li></ul>
<b>Niveau faible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Système de points pour documenter les comportements non professionnels</b> ; Méthode ponctuelle pour tenter de sensibiliser et de quantifier les comportements professionnels, tant positifs que négatifs, chez les résidents en médecine interne et les résidents des années de transition qui cherchent à identifier un système permettant à la fois de corriger les points négatifs et de récompenser les comportements professionnels positifs.</li></ul> <p>Voici des exemples (non exhaustifs) d'infractions qui méritent des points négatifs susceptibles d'entraîner une référence immédiate au Comité de promotion (ou équivalent) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tâches et comportements</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Absence ou retard persistant dans les activités d'éducation obligatoires (p. ex. Séances scientifiques, rapport du matin, conférence d'enseignement le midi) sans excuse valable.</li><li>2. Retards récurrents dans la soumission des évaluations et/ou des documents requis par le département.</li><li>3. Absence de réponse dans des délais raisonnables aux demandes du ministère.</li><li>4. Manque d'attention ponctuelle aux tâches cliniques.</li><li>5. Interactions non professionnelles avec d'autres résidents, des étudiants, des professeurs, des membres du personnel ou des patients, tels que de l'insensibilité culturelle envers le(s) patient(s) et/ou ses collègues, ou encore des problèmes d'honnêteté ou d'intégrité compromise.</li><li>6. Défaut de « nettoyer » les boîtes aux lettres des cliniques de continuité et/ou les messages du dossier de santé électronique en temps voulu (dans les 24 à 36 heures).</li><li>7. Retard dans la soumission mensuelle des calendriers d'équipe et de soins critiques.</li><li>8. Utilisation inappropriée ou abus des journées personnelles, des congés et/ou des inscriptions payés à des réunions provinciales ou nationales (p. ex. : se rendre à une conférence payée par le département, mais ne participer à aucune session).</li><li>9. Défaut de combler les lacunes du dossier médical en temps voulu (dans les 24 à 36 heures).</li><li>10. Apparence personnelle inappropriée.</li></ol>
<b>Niveau très faible</b>

## CONSÉQUENCES NATURELLES

---

<b>Niveau fort</b>
<b>Niveau modéré</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Évaluation des prises en charge quotidienne par un coordonnateur de l'assurance de la qualité</b> ; aucune</li><li>– <b>Réalisation d'un projet indépendant</b> ; Exemples de projets indépendants fournis dans Brokaw et al. (2011) : rédiger une revue de la littérature sur l'impact du comportement non professionnel; soumettre des lettres d'excuses aux personnes touchées; tenir un journal quotidien des interactions personnelles; gagner des crédits avancés dans les compétences pertinentes.</li></ul>
<b>Niveau faible</b>
<b>Niveau très faible</b>

## COMPARAISON DES COMPORTEMENTS

---

<b>Niveau fort</b>
<b>Niveau modéré</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– <b>Démonstration</b> ; Montrer à l'apprenant le comportement ou l'attitude attendue en agissant comme modèle de rôle.</li><li>– <b>Visionnement de vidéo</b> ; Démonstration vidéo d'un comportement ou d'une technique à apprendre.</li><li>– <b>Activités motivationnelles (stages d'observation, tutorat sur les habiletés d'étude et de préparation aux examens)</b> ; Stratégies d'apprentissage visant à renforcer la motivation des élèves à risque. Dans Tekian et al. (2014), les exemples cités sont les stages d'été, le tutorat en compétences d'étude et de préparation aux examens, ainsi que l'observation d'un professionnel de la santé.</li></ul>
<b>Niveau faible</b>
<b>Niveau très faible</b>



## RÉGULATION

---

### Niveau fort

- **Évaluation et thérapie psychomotrice/de l'apprentissage (ex : neuropsychologue)** ; aucune
- **Congé (ex : maladie)** ; Période au cours de laquelle l'apprenant est absent Ces cours ou des stages, généralement pour des raisons personnelles
- **Gestion du stress/formation au bien-être (séances interactives)** ; Formation sur l'utilisation de « méthodes — comportements et modes de pensée — pour limiter le stress et ses effets » (traduction libre du dictionnaire Cambridge), pour « améliorer son rendement [...] et ses capacités d'adaptation » (traduction libre; McGrady et al., 2012).
- **Réadaptation pour les personnes souffrant de dépendances** ; Traitements ciblant les composantes physiques et psychologiques de la dépendance.

### Niveau modéré

- **Évaluation et traitement médical** ; Évaluation et traitement d'un état de santé qui pourrait affecter l'apprentissage.
- **Aide/soutien psychologique/psychiatrique** ; Évaluation et traitement d'un état de santé mentale qui pourrait affecter l'apprentissage.

### Niveau faible

- **Méditation** ; Le fait de ne porter attention qu'à une seule chose [...] de façon à se calmer, se détendre (adapté du dictionnaire de Cambridge) et ainsi contribuer à son bien-être.

### Niveau très faible

## 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

# Le MIEUX-ÊTRE des résidents en médecine de famille

Faculté de médecine  
Département de médecine de famille  
et de médecine d'urgence

Université   
de Montréal et du monde.

