

## PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE DE FAMILLE POLITIQUE DE SUPERVISION CLINIQUE

*Adoption : comité de programme du 24 avril 2026*

---

### 1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

La supervision clinique constitue un élément essentiel de la formation en médecine de famille. Elle vise à assurer la sécurité des patients, le développement progressif de l'autonomie du résident, l'offre de rétroactions régulières et de qualité, ainsi qu'une appréciation juste de la progression du résident.

La supervision repose sur un principe d'autonomie progressive. Le niveau de supervision est ajusté en fonction du niveau de formation du résident, des compétences démontrées, de la complexité des situations cliniques et du contexte de soins. En tout temps, la sécurité des patients prime sur le niveau d'autonomie du résident.

Le médecin superviseur demeure ultimement responsable des soins prodigués aux patients vus par le résident.

### 2. RESPONSABILITÉS DU SUPERVISEUR ET DU RÉSIDENT

Le superviseur doit être disponible pour discuter des cas, voir les patients lorsque requis ou à la demande du patient, offrir une rétroaction régulière, documenter ses observations et signaler rapidement toute difficulté académique ou professionnelle.

Le résident doit reconnaître ses limites, discuter les cas selon les règles de supervision du milieu, demander de l'aide lorsqu'il est incertain, intégrer la rétroaction reçue et compléter ses notes médicales dans les délais prescrits.

### 3. ASSIGNATION DES SUPERVISEURS

Les superviseurs sont assignés aux activités cliniques selon l'organisation locale de chaque CUMF.

Les superviseurs sont assignés en fonction de l'horaire clinique et de l'organisation pédagogique, et non selon le choix des résidents. **Les résidents ne peuvent choisir leurs superviseurs ni demander à ne pas être supervisés par certains enseignants.**

Cette organisation vise à assurer l'équité entre les résidents, à favoriser des rétroactions provenant de plusieurs superviseurs, à permettre une appréciation plus juste de la progression du résident et à exposer les résidents à différents modèles de pratique.

#### 4. RATIO DE SUPERVISION

Il est recommandé que chacun des superviseurs ait un maximum de trois (3) apprenants à la fois pour favoriser une supervision et un enseignement de qualité.

#### 5. EXCEPTIONS

Dans certaines situations particulières, notamment de situation pédagogique particulière ou dans le cadre d'un plan de soutien, des exceptions **temporaires** peuvent être accordées.

**Toute demande doit être adressée au directeur local du programme et sera analysée puis acceptée ou non par la direction du programme.** Les changements de superviseurs demeurent exceptionnels, temporaires et ne constituent pas un droit acquis.

Dans l'éventualité où un superviseur souhaite se retirer de la supervision d'un résident, cette demande doit être adressée au directeur médical et faire l'objet d'une discussion avec celui-ci avant toute modification des modalités de supervision.

#### 6. MODALITÉS DE SUPERVISION

La supervision peut prendre différentes formes, notamment la supervision directe, la supervision indirecte immédiate, la supervision indirecte différée, la révision de dossiers, l'observation directe ou l'enregistrement d'entrevues à des fins pédagogiques. Les modalités de supervision seront adaptées en fonction des modalités propres à chacune des CUMF et selon la progression du résident.

#### 7. NOTES MÉDICALES

Le résident doit rédiger ses notes médicales dès que possible.

Le délai maximum toléré pour finaliser les notes est de 24 heures pour le sans rendez-vous et de 48 heures pour le bureau et les autres cliniques. Selon la politique locale de la CUMF, ce délai peut être plus court; dans cette situation, la politique locale doit être respectée.

Il est recommandé que la note du résident soit approuvée dès que soumise, le plus tôt possible. Si des corrections sont requises, le délai maximum pour qu'un superviseur approuve la note du résident est de **sept jours**.

#### 8. RÉTROACTION ET SUIVI DE LA PROGRESSION

Les superviseurs utilisent des outils de collecte de données journalières (Fiches FOR) afin de structurer la rétroaction, préciser le diagnostic pédagogique et soutenir la progression du résident. Toutes les observations et rétroactions pertinentes sont documentées et conservées au dossier académique du résident selon la politique hospitalière de chaque CISSS d'attache. L'identification précoce des difficultés constitue une responsabilité partagée entre les superviseurs, les directeurs locaux et la direction du programme. Lorsqu'un superviseur observe des difficultés récurrentes, il doit en discuter avec le résident, documenter ses observations et en informer le directeur local du programme et le comité local de compétence afin d'assurer un suivi approprié.