

Activités professionnelles fiables (APC) de l'AFMC pour la transition des études de premier cycle vers la résidence

Septembre 2016

(Novembre 2019 : APC 10 révisé et actualisé)

Groupe de travail de l'AFMC sur les APC

**Groupe de l'AEMC EMPo sur les transitions
Association des facultés de médecine du Canada**

Groupe de travail de l'AFMC sur les APC

Claire Touchie, MD, MHPE, FRCPC – Co-responsable du projet
Conseillère en chef en éducation médicale
Conseil médical du Canada

Andrée Boucher, MD, FRCPC – Co-responsable du projet
Vice-présidente, Éducation
Association des facultés de médecine du Canada

Tim Allen, MD, CCFP, FRCPC
Directeur, Certification et Évaluation
Collège des médecins de famille du Canada

Irfan Kherani, MD
Membre étudiant (diplômé en 2015)
Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine
du Canada

Farhan Bhanji, MD, MSc(Ed), FRCPC, FAHA
Directeur adjoint, Évaluation
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Charles Litwin
Membre étudiant
Fédération médicale étudiante du Québec

Ming-Ka Chan, MD, MHPE, FRCPC
Université du Manitoba
Éducatrice-clinicienne, CanMEDS et Formation
professorale
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Linda Peterson, PhD, MEd
Conseillère principale en évaluation
Université de la Colombie-Britannique

Nadia Clarizia, MD, FRCPC
Membre résidente (2015/2016)
Médecins résidents du Canada

Julien Poitras, MD, FRCPC
Département de médecine familiale et de médecine
d'urgence, Université Laval

Simon Couillard-Castonguay, MD
Membre résident (2015/2016)
Fédération des médecins résidents du Québec

Marguerite Roy, PhD
Chercheure en éducation médicale
Conseil médical du Canada

Julien Dallaire
Membre étudiant (2015/2016)
Fédération médicale étudiante du Québec

Anthony Sanfilippo, MD, FRCPC
Doyen associé, Études médicales prédoctorales
Université Queen's

Isabelle Desjardins, MD, FRCPC
Département de médecine
Université d'Ottawa

Natasha Snelgrove, MD
Membre résidente (2014/2015)
Médecins résidents du Canada

Robert Englander, MD
Professeur adjoint de pédiatrie
George Washington University School of Medicine

Louis-Georges Ste-Marie, MD, FRCPC
Département de médecine
Université de Montréal

Youssef Ezahr, MD
Membre résident (2014/2015)
Fédération des médecins résidents du Québec

David Taylor, MD, FRCPC
Département de médecine
Université Queen's

Simon Field, MD, CCFP(EM), M.Ed
Doyen adjoint, EMPr, Externat
Université Dalhousie

Maureen Topps, MBChB, CCFP, MBA
Doyenne associée, Études médicales postdoctorales
Université de Calgary

Eric Wong, MD, MCISc(FM), CCFP
Département de médecine familiale
Université Western

Bruce Wright, MD, CCFP
Doyen associé régional
Université de Victoria/Université de la Colombie-
Britannique

Remerciements

L'Association des facultés de médecine du Canada tient à remercier la D^{re} Claire Touchie pour son co-leadership et le Conseil médical du Canada pour son appui.

Préambule

Au cours des dernières années, les programmes d'études médicales de premier cycle ont été de plus en plus nombreux à adopter l'approche par compétences. Toutefois, bien que les diverses compétences retrouvées dans les référentiels utilisés apparaissent en théorie utiles pour déterminer les objectifs et les programmes d'enseignement, il s'avère difficile de les évaluer en pratique de manière objective.

Également, le milieu clinique doit assurer la sécurité des patients et les organismes d'agrément exigent des programmes de résidence qu'ils offrent un degré de supervision approprié. Si les superviseurs ne confient pas aux apprenants un niveau de responsabilité approprié pour des activités données, leur formation est ralentie. En revanche, si les superviseurs font trop confiance aux apprenants qui ne sont pas encore en mesure de répondre à leurs attentes, les efforts pédagogiques et la sécurité des patients peuvent être compromis (Cantillon et Macdermott, 2008; Kennedy et al., 2005). Ainsi, afin de favoriser un apprentissage optimal, tant les apprenants que les superviseurs doivent connaître les attentes par rapport aux activités spécifiques que les résidents sont tenus d'effectuer sous supervision indirecte et dans un contexte précis.

Afin de mieux déterminer à quel moment l'exécution d'une activité peut être confiée à un apprenant, ten Cate (2005) a créé la notion « d'activités professionnelles fiables » (APC) qu'il définit comme des « tâches ou des responsabilités devant être confiées à un apprenant qui les exécutera sans supervision une fois qu'il aura maîtrisé une compétence précise » (ten Cate, 2013). On attend des résidents en début de première année (R-1) qu'ils effectuent un certain nombre d'activités sans supervision directe. L'Association of American Medical Colleges (AAMC) a récemment publié 13 APC destinées à clarifier les attentes lors de l'entrée en résidence et a précisé les comportements spécifiques pour chacune de ces activités au jour 1 de la résidence (AAMC, 2014). Au Canada, à la fois le contexte de l'éducation et celui de la pratique clinique diffèrent de la réalité américaine. Les activités qui doivent être maîtrisées en début de résidence par les étudiants n'avaient pas été clairement définies jusqu'à ce jour. En outre, les apprenants n'ont pas toujours été observés directement avant d'obtenir le diplôme de médecine alors qu'ils effectuaient ces activités. En fait, une récente étude suggère une différence entre les attentes de la part des enseignants en début de résidence et la réalité des activités réellement effectuées sous supervision par les résidents (Touchie et al, 2014). Le fait de définir une série d'activités exécutées sous supervision directe avant le début de la résidence pour l'ensemble des facultés canadiennes aidera à réduire un tel écart et à déterminer des attentes communes avant la fin des études de médecine.

La recommandation 5 du Projet de mise en œuvre du volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPo) prévoyait la mise en place d'actions visant à assurer des transitions plus harmonieuses et plus efficaces entre la fin des études de premier cycle et la résidence. Dans ce document, on propose de formaliser les liens entre les compétences développées par l'apprenant durant la formation en médecine et les objectifs éducatifs avec les compétences établies pour le résident (FMED PG, 2012). Le Comité de l'AEMC EMPo chargé de la mise en œuvre des transitions, de concert avec les doyens des Études médicales de premier cycle de l'AFMC ont appuyé l'élaboration d'APC pancanadiennes correspondant à cette période de transition. Les APC proposées ont été créées pour mieux définir les attentes des nouveaux diplômés qui entrent dans un programme de résidence, indépendamment (1) de la faculté où ils ont reçu leur formation en médecine, (2) du lieu du programme de résidence et (3) de la spécialité choisie.

Le Groupe de travail de l'AFMC sur les APC a élaboré ces dernières sous forme de groupe d'activités de base que les apprenants sont tenus de maîtriser avant d'entreprendre leur résidence. Considérées comme nécessaires, ces activités doivent être intégrées à l'ensemble des connaissances, habiletés et attitudes requises au terme des études en médecine. Chaque APC se rapporte à de multiples rôles CanMEDS (page 7) et il est attendu à ce que l'apprenant soit en mesure de démontrer non seulement l'expertise médicale requise dans le contexte des soins cliniques, mais également la maîtrise d'autres rôles intrinsèques appropriés à la situation. Les APC qui figurent dans ce document sont considérées comme des activités pouvant être confiées à un niveau de supervision indirect (le superviseur n'est pas dans la pièce, mais il est disponible pour offrir de l'aide au besoin) dès le premier jour de la résidence. L'aptitude à effectuer ces activités de base est essentielle pour se voir confier des APC plus avancées et progresser dans le continuum de la transition vers la discipline

et de la transition vers la pratique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CanMEDS 2015) et réussir à accomplir les habitudes sentinelles du cursus « Triple C » du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC, 2013).

Ce document fournit une liste de 12 APC suggérées pour l'EMPr afin de faciliter la transition entre les études médicales de premier cycle et la résidence. Ces APC ont été approuvées en principe par les doyens de l'EMPr et par les doyens de l'EMPo.

Les APC ont été élaborées autour d'activités qu'effectuent les médecins dans le cadre du développement graduel des compétences qui se poursuit durant la résidence et la pratique. Le document s'articule autour des principes suivants :

- Les diplômés des facultés de médecine seront prêts à se voir confier des activités dont la maîtrise est acquise, c'est-à-dire qu'ils seront prêts à effectuer ces APC sous supervision indirecte dès le premier jour de la résidence.
- Afin de se voir confier ces APC, les étudiants en médecine feront l'objet d'une observation/supervision directe avant l'obtention de leur diplôme. On s'assurera ainsi qu'ils sont prêts à agir sous supervision indirecte dès le premier jour de la résidence.
- Chaque faculté pourra intégrer des APC dans ses programmes respectifs et faire correspondre chacune d'elles à des objectifs d'apprentissage.
- Chaque faculté élaborera un plan d'évaluation correspondant à son programme et aux ressources disponibles.
- Les APC peuvent être évaluées globalement dans leur ensemble ou individuellement et selon le programme d'études (p. ex., compétences relatives à la capacité de procéder à l'anamnèse et à effectuer l'examen physique); cependant, le diplômé en médecine devrait être en mesure d'intégrer ces compétences.
- Ces APC sont conçues pour être effectuées dans des situations cliniques survenant au cours des études en médecine, notamment lors d'interactions avec les patients de tout âge ou de tout genre, qu'il s'agisse de nouveaux patients ou de patients vus en continuité dans les milieux suivants : département d'urgence, bureaux/cliniques externes ou lors d'hospitalisation dans les services de médecine ou de chirurgie.

Méthodes

Le groupe de travail a utilisé la définition qui caractérise les APC comme des tâches ou des responsabilités devant être confiées à un apprenant pour qu'il les exécute sans supervision une fois qu'il aura maîtrisé suffisamment les compétences requises (ten Cate, 2013). Selon ten Cate et Scheele (2007), une APC : *(1) fait partie d'un travail professionnel essentiel dans un contexte donné; (2) nécessite des connaissances, des habiletés et des attitudes appropriées; (3) doit entraîner un résultat reconnu sur le plan du travail professionnel; (4) devrait être confiée uniquement à du personnel qualifié; (5) devrait pouvoir être exécutée de façon indépendante; (6) devrait pouvoir être exécutée dans un délai convenu; (7) devrait être observable et mesurable sur le plan du processus et du résultat; (8) devrait refléter au moins une compétence.*

Les 13 APC fondamentales définies par l'AAMC ont servi de point de départ pour élaborer les APC canadiennes de l'entrée à la résidence. D'autres documents pertinents ont été utilisés comme références. Au total, 8 de ces 13 APC ont été initialement identifiées comme hautement pertinentes dans le contexte canadien par les membres du Groupe de travail de l'AFMC sur les APC à l'aide d'un sondage. Deux autres APC fondamentales de l'AAMC (Identifier les échecs du système et contribuer à une culture de sécurité et d'amélioration et Effectuer les interventions générales qui relèvent de la responsabilité d'un médecin) et une APC de l'Université d'Utrecht (Annoncer une mauvaise nouvelle) ont été identifiées comme potentiellement pertinentes lors des discussions qui ont conduit à un consensus. En avril 2015, les membres du groupe de travail se sont réunis et, en petits groupes de travail, ont commencé à adapter les APC au contexte canadien. Chacun des sous-groupes a dû travailler sur deux des huit APC initialement identifiées. Un gabarit prédéfini a été utilisé (ten Cate & Hauer, utilisé avec permission) pour structurer le travail, notamment préciser le titre de l'APC, une courte description de l'activité et du contexte, des liens vers les rôles CanMEDs, donner des exemples de comportements acquis et non acquis, ainsi que les connaissances, les habiletés et les attitudes requises. Durant les mois qui ont suivi, les sous-groupes de travail ont continué à mieux définir les APC par le biais d'échanges électroniques. Des conférences téléphoniques ont eu lieu régulièrement avec l'ensemble des membres du groupe afin d'harmoniser les documents et d'assurer la progression du travail. Une seconde rencontre en personne a eu lieu en septembre 2015 pour revoir l'ensemble des APC et proposer une liste préliminaire de 11 APC.

Ce document préliminaire a été distribué aux doyens de l'EMPr et de l'EMPo puis une consultation en personne s'est tenue à l'automne 2015. On a demandé aux doyens de l'EMPr de présenter une rétroaction officielle à l'égard du document. La version 2 du document préliminaire est fondée sur cette rétroaction et comprend des commentaires et suggestions des membres du groupe de travail. Suite aux consultations, le document final comprend 12 APC.

APC de l'AFMC

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

APC 2 – Formuler et justifier un diagnostic différentiel par ordre de priorité

APC 3 – Formuler un plan d'investigation initial fondé sur des hypothèses

APC 4 – Interpréter et communiquer les résultats de tests diagnostiques et de dépistage courants

APC 5 – Formuler un plan de prise en charge initiale, le communiquer et le mettre en œuvre

APC 6 – Présenter verbalement et par écrit le résumé de l'entrevue avec le patient

APC 7 – Participer au transfert des soins lors des transitions du patient

APC 8 – Identifier les patients qui nécessitent des soins urgents ou d'extrême urgence, chercher à obtenir de l'aide et assurer la prise en charge initiale

APC 9 – Communiquer en situation difficile

APC 10 – Contribuer à une culture de sécurité et d'amélioration

APC 11 – Effectuer les gestes techniques qui relèvent de la responsabilité d'un médecin

APC 12 – Former les patients au sujet de leur maladie, sur les moyens de prévention et sur les outils de promotion de santé

Correspondance entre les APC et les rôles CanMEDS

Afin d'effectuer une APC, l'apprenant doit posséder les connaissances, habiletés et attitudes contextuelles liées au rôle de l'expert médical. On suppose donc que toutes les APC viseront à évaluer ce rôle CanMEDS en plus des rôles intrinsèques. Bien que chacun des rôles CanMEDS puisse probablement être lié à chacune des APC, certains rôles prennent plus d'importance que d'autres lors d'une APC donnée et, par conséquent, ils seront évalués en priorité. Le groupe de travail a limité l'exercice aux rôles intrinsèques considérés comme plus importants pour chaque APC en plus du rôle d'expert médical. Le tableau ci-bas détaille les rôles intrinsèques à évaluer pour chaque APC.

	Expert médical	Collaborateur	Communicateur	Promoteur de la santé	Leader	Professionnel	Érudit
APC 1 Anamnèse et examen physique	X		X			X	X
APC 2 Diagnostic différentiel	X		X			X	X
APC 3 Plan d'investigation	X			X	X	X	
APC 4 Tests diagnostiques et de dépistage	X	X	X		X		
APC 5 Plans de prise en charge	X	X	X				X
APC 6 Rendre compte de l'interaction clinique	X	X	X			X	
APC 7 Donner/recevoir un transfert	X	X		X	X		
APC 8 Soins urgents ou d'extrême urgence	X	X	X		X		
APC 9 Situations difficiles	X		X	X		X	
APC 10 Culture de sécurité et d'amélioration	X	X		X		X	
APC 11 Techniques	X	X	X				X
APC 12 Former les patients	X	X	X	X			

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

1. Brève description	<p>Le diplômé procède à une anamnèse complète et ciblée et effectue un examen physique de façon organisée et hiérarchisée.</p> <p>L’anamnèse et l’examen physique sont adaptés à la situation clinique et à l’interaction avec le patient. L’interaction se déroule dans un climat de respect en tenant compte des particularités du patient, par exemple son orientation sexuelle, son sexe et ses croyances religieuses et culturelles.</p> <p><i>Ce processus de collecte de données et d’interaction avec le patient est la base du travail clinique permettant l’évaluation et la prise en charge du patient. Les apprenants doivent intégrer leurs connaissances scientifiques au raisonnement clinique afin d’orienter la collecte d’information.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Communicateur Érudit Professionnel</p>	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L’apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • échappe des détails positifs ou négatifs pertinents qui l’aideraient à résoudre le problème et à préciser le diagnostic différentiel lorsqu’il recueille des données; • est désorganisé lorsqu’il procède à l’anamnèse qui, au final, ne comporte pas suffisamment de détails appropriés; • effectue un examen physique de façon désorganisée ou en omettant des composantes relatives à la situation clinique; • ne parvient pas à établir un lien de confiance avec le patient (famille/aidant/représentant). Il en résulte un manque de données dans le cadre de l’anamnèse ou de l’examen physique. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L’apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • obtient les données appropriées du patient (famille/aidant/représentant) au cours de l’entrevue; • établit un lien de confiance avec le patient (sa famille/son aidant/son représentant); • effectue un examen physique ciblé; • effectue l’examen physique de manière structurée et appropriée à la situation du patient; • intègre tous les éléments obtenus ainsi que d’autres sources d’information.
4. Suggestions d’évaluation	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques), avec des patients de divers groupes d’âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées. Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d’examen cliniques objectifs structurés.</p>	

APC 2 – Formuler et justifier un diagnostic différentiel par ordre de priorité

1. Brève description	<p>Le diplômé établit une liste des diagnostics possibles par ordre de priorité, en utilisant une approche systématique et en tenant compte de la situation clinique et des données démographiques du patient. Le diplômé formule un diagnostic de travail en intégrant les données recueillies dans son raisonnement clinique.</p> <p><i>L'apprenant établit une liste de diagnostics différentiels, par ordre de priorité, à la fois selon la probabilité et la sévérité des conditions, en se basant sur les antécédents médicaux, l'examen physique et les examens paracliniques disponibles. Il cerne les facteurs propres aux patients (p. ex., culture et statut socioéconomique) pouvant influencer les diagnostics envisagés et leur hiérarchie.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Communicateur Érudit Professionnel</p>	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilise une évaluation incomplète pour formuler un diagnostic différentiel, en omettant d'intégrer des éléments de l'anamnèse, de l'examen physique et différents tests paracliniques; • identifie un ou deux diagnostics possibles pour la situation clinique, mais oublie les diagnostics courants importants; • a du mal à identifier l'étiologie la plus probable lorsqu'un diagnostic différentiel est formulé; • choisit différents diagnostics qui ne comportent en général ni justification adéquate ni priorisation; • n'envisage pas systématiquement les déterminants de la santé du patient lorsqu'il formule ou hiérarchise les diagnostics différentiels. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • énumère les diagnostics possibles en intégrant des éléments de l'anamnèse, de l'examen physique et différents tests paracliniques; • identifie les principaux diagnostics possibles pour les présentations cliniques courantes; • justifie et classe par ordre de priorité les diagnostics les plus probables en fonction des renseignements tirés de son évaluation clinique; • incorpore les principaux déterminants de la santé du patient lorsqu'il formule et hiérarchise les diagnostics différentiels; • trouve le juste équilibre en évitant de rester trop général et de clore le dossier trop rapidement.
4. Suggestions d'évaluation	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe de l'apprenant durant les visites aux patients, l'examen d'une interaction avec un patient, l'examen du cas ou le rappel stimulé par les dossiers.</p>	

APC 3 – Formuler un plan d’investigation initial fondé sur les hypothèses diagnostiques

1. Brève description	<p>Le diplômé sélectionne les tests pertinents afin de raffiner le diagnostic différentiel et décider de la prise en charge du patient dans une présentation clinique spécifique</p> <p><i>Le plan d’investigation devrait être limité aux situations cliniques courantes correspondant aux contextes cliniques observés à ce niveau de formation.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Leader Professionnel Promoteur de la santé</p>	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L’apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prescrit des examens qui ne sont pas pertinents ou qui n’aident pas à clarifier la situation clinique; • ne discute pas avec les patients des risques possibles de certains examens prescrits; • ne tient pas compte des effets potentiellement néfastes des examens prescrits; • ne justifie pas la sélection des examens conformément aux pratiques exemplaires; • n’assure pas le suivi des examens. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L’apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prescrit (ou décide de ne pas prescrire) des examens en fonction de leurs avantages et limites (p. ex., fiabilité, sensibilité, spécificité), de leur disponibilité, de leur acceptabilité pour le patient, des risques inhérents et de leur contribution à une décision de prise en charge; • discute du choix des examens avec les patients (famille/aidant/représentant), en mentionnant les possibles conséquences de résultats positifs (p. ex: VIH, grossesse d’une adolescente); • détermine le degré d’incertitude à chaque étape du processus diagnostique et ne procède ni à une sur-investigation ou à une sous-investigation; • choisit les interventions diagnostiques les plus pertinentes, fondées sur les données probantes et en tenant compte des coûts, de la disponibilité des ressources et de l’organisation des soins; • s’assure du suivi des résultats d’examens.
4. Suggestions d’évaluation	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe de l’apprenant durant les visites aux patients ou la révision du dossier</p>	

APC 4 – Interpréter et communiquer les résultats de tests diagnostiques et de dépistage courants

1. Brève description	Le diplômé est en mesure de distinguer les résultats normaux et anormaux de tests diagnostiques et de dépistage, d'expliquer la signification des résultats des tests, d'adopter les conduites appropriées face à ces résultats et de les communiquer aux patients (famille/aidant/représentant) aux membres de l'équipe ou à ses collègues.	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	Expert médical Collaborateur Communicateur Leader	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L'apprenant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • est incapable de reconnaître l'urgence de résultats anormaux ou de distinguer entre des résultats normaux ou anormaux par rapport à des variations normales courantes dans les résultats; • est incapable de se faire une opinion quant à la portée des résultats; • ne transmet pas aux autres membres de l'équipe les résultats normaux ou anormaux significatifs en temps opportun; • est incapable de résumer ou d'interpréter la signification des résultats pour les autres membres de l'équipe; • ne communique pas clairement les résultats aux patients (famille/aidant/représentant); • ne demande pas d'aide lorsqu'il est incapable d'interpréter les résultats. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L'apprenant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sait reconnaître les résultats urgents ou anormaux significatifs; • est en mesure de faire la distinction entre les variations normales courantes dans les résultats; • formule une opinion préliminaire appropriée au sujet de l'impact clinique potentiel des résultats; • communique les résultats significatifs d'une manière appropriée et en temps opportun aux autres membres de l'équipe; • résume et interprète la signification des résultats pour les autres membres de l'équipe; • communique clairement les résultats aux patients (famille/aidant/représentant); • demande de l'aide au besoin pour interpréter les résultats.
4. Suggestions d'évaluation	Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées. Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'examen cliniques objectifs structurés.	

APC 5 – Formuler un plan de prise en charge initiale, le communiquer et le mettre en œuvre

1. Brève description	Le diplômé propose un plan de prise en charge <i>initiale</i> lors des situations cliniques courantes, ce qui inclut les consultations/références appropriées et les ordonnances écrites, verbales ou électroniques. Il discute de ces recommandations avec les patients (famille/aidant/représentant) et les autres membres de l'équipe de soins, afin de convenir d'un plan partagé de prise en charge. Il s'assure d'inclure les principes de sécurité des patients et de promouvoir la qualité des soins dans ses plans de prise en charge.	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	Expert médical Communicateur Collaborateur Érudit	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • propose des plans de prise en charge qui sont beaucoup trop vagues ou dont la portée est sensiblement incomplète; • propose des plans de prise en charge qui ne reflètent pas une bonne compréhension du contexte du patient, de ses valeurs et de ses expériences liées à la maladie; • propose des plans de prise en charge qui accusent des lacunes sur le plan de l'approche, de la priorisation des urgences ou de l'organisation des soins; • propose des plans de prise en charge qui ne tiennent pas compte des opinions des autres professionnels de la santé; • omet des données pertinentes du plan initialement proposé lors de discussions avec les membres les plus chevronnés de l'équipe médicale; • documente, de façon incomplète ou inexacte, les plans de prise en charge approuvés sous forme d'ordonnances écrites/électroniques et de prescriptions; • communique, de façon incomplète ou inexacte, les plans de prise en charge approuvés aux patients et aux autres membres de l'équipe soignante; • ne met pas en œuvre les plans de prise en charge sous forme d'ordonnances écrites/électroniques et de prescriptions de manière exacte et opportune; 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • propose des plans de prise en charge holistiques fondés sur des données probantes qui comprennent des composantes pharmaceutiques et non pharmaceutiques élaborés avec une compréhension du contexte du patient, de ses valeurs et de ses expériences liées à la maladie; • priorise les diverses composantes des plans de prise en charge; • tient compte des conseils d'autres professionnels de la santé lorsqu'il propose un plan de prise en charge; • revoit le plan initial avec des membres plus chevronnés de l'équipe afin de formuler un plan de prise en charge approuvé; • documente les plans de prise en charge approuvés sous forme d'ordonnances écrites/électroniques, de prescriptions et de consultations/références; • communique les plans de prise en charge approuvés aux patients et aux autres membres de l'équipe soignante afin d'obtenir une entente et une compréhension mutuelles; • utilise le dossier médical électronique au besoin pour tenir les membres de l'équipe au courant des plans à jour; • met en pratique les principes de sécurité des patients pour réduire les incidents et accidents • discute des indications/contre-indications des médicaments, leurs

	<ul style="list-style-type: none"> • rédige des consultations/références, ordonnances ou prescriptions incomplètes ou pouvant nuire à la sécurité des patients. 	<p>effets secondaires possibles ainsi que des doses appropriées et des interactions médicamenteuses;</p> <ul style="list-style-type: none"> • rédige des consultations/références, ordonnances ou prescriptions qui sont complètes, bien structurées qui incorporent les principes en matière de sécurité des patients et qui peuvent être comprises par tous les membres de l'équipe, incluant le patient.
<p>4. Suggestions d'évaluation</p>	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées.</p> <p>Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'examens cliniques objectifs structurés.</p>	

APC 6 – Présenter verbalement et par écrit le résumé de l'entrevue avec le patient

1. Brève description	<p>Le diplômé est en mesure de présenter de manière concise et précise, verbalement et par écrit, le résumé de l'entrevue avec le patient, ce qui inclut les éléments positifs et négatifs pertinents. Il fait cette présentation aux membres de l'équipe (y compris les patients, et lorsque pertinent, les membres de la famille) qui assurent la continuité des soins. Il respecte la loi sur la protection des renseignements personnels et s'assure de maintenir la confidentialité.</p> <p><i>Cette APC inclut divers modes de documentation (p. ex., notes rédigées au moment de l'admission, rédaction des consultations, sommaires lors du congé, etc.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Communicateur Collaborateur Professionnel</p>	
3. Comportements acquis	<p>Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présente de manière non structurée, inexacte, désorganisée et sans les éléments d'information importants; • rapporte un plan d'intervention qui n'a pas été discuté avec le patient, les membres de l'équipe de santé et les consultants; • documente les résultats de façon incohérente, non structurée ou inexacte. 	<p>Acquis</p> <p>L'apprenant</p> <ul style="list-style-type: none"> • présente aux membres de l'équipe soignante un sommaire concis et pertinent de l'entrevue avec le patient; • présente un sommaire concis et pertinent au patient, et le cas échéant, à sa famille (aidant/représentant); • précise le contexte du patient dans le rapport; • rapporte un plan d'intervention partagée entre le patient, les membres de l'équipe soignante et les consultants dans les rapports oraux et écrits; • documente les résultats de façon cohérente, structurée et exacte.
4. Suggestions d'évaluation	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées.</p> <p>Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'exams cliniques objectifs structurés.</p> <p>Elle peut également être évaluée en révisant les dossiers.</p>	

APC 7 – Participer au transfert des soins, lors des transitions des patients

1. Brève description	<p>Le diplômé est en mesure de participer au transfert sécuritaire des soins, tant comme fournisseur que comme receveur, avec les membres de l'équipe de soins, afin que les renseignements pertinents propres à un patient précis soient clairement transmis et compris.</p> <p><i>Le tout doit comprendre la transmission d'informations verbales ou écrites. Des outils fondés sur des données probantes peuvent être utilisés pour diriger le transfert de l'information.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Collaborateur Promoteur de la santé Leader</p>	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>Lorsqu'il assure le transfert d'un patient, l'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fournit de l'information de manière désorganisée, sans suivre de modèle structuré; • omet d'inclure dans l'information transférée des composantes clés telles que la gravité de la maladie; • ne met pas complètement à jour les outils de transfert électroniques; • transmet de l'information erronée sur les patients; • ne met pas l'accent de manière appropriée sur les points-clés; • ne vérifie pas la compréhension du destinataire de l'information; • ne remet pas en question le moment d'un transfert dans des conditions où cela ne serait pas approprié. <p>Lorsqu'il reçoit un patient, l'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • reçoit passivement l'information sans demander les clarifications requises • ne valide pas auprès de son interlocuteur qu'il a bien compris les informations clés • n'accepte pas la responsabilité pour le transfert des soins. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>Lorsqu'il assure le transfert, l'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • communique clairement pour minimiser les risques pour le patient durant la transition des soins (p. ex. en évitant les distractions); • documente et met à jour les informations au sujet du patient dans l'outil de transfert électronique privilégié; • suit un modèle de transfert structuré lors de la communication verbale; • fournit une communication verbale concise et précise qui contient au moins les renseignements suivants : gravité de la maladie, données démographiques du patient, niveau de soins discuté, les antécédents pertinents, les problèmes et enjeux actuels, les résultats disponibles ou à venir, le suivi planifié, les conseils de prévention et une discussion des issues possibles; • respecte la vie privée du patient et la confidentialité pour ses résultats; • remet en question le moment du transfert des soins et discute des plans d'action appropriés avec les membres de l'équipe. <p>Lorsqu'il reçoit un patient, l'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'assure qu'il a toute l'information requise et donne une rétroaction à son interlocuteur • pose des questions en vue d'obtenir des éclaircissements; • répète l'information qui vient de lui être communiquée pour la valider • informe l'équipe soignante et le patient (famille/aidant/représentant) que la transition des responsabilités a eu lieu;

		<ul style="list-style-type: none"> • demande une rétroaction concernant la plus récente communication de transfert lorsqu'il assume la responsabilité du patient; • accepte la responsabilité des soins requis jusqu'à ce que celle-ci soit transférée à un autre membre de l'équipe; • respecte les souhaits du patient concernant le niveau de soins discuté, la protection de sa vie privée et son désir de confidentialité.
<p>4. Suggestions d'évaluation</p>	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées.</p> <p>Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'examens cliniques objectifs structurés.</p>	

APC 8 – Identifier les patients qui nécessitent des soins urgents ou d'extrême urgence, chercher à obtenir de l'aide et assurer la prise en charge initiale

<p>1. Brève description</p>	<p>Le diplômé est en mesure d'identifier l'urgence (voire l'extrême-urgence) d'une situation clinique. Il évalue le patient rapidement afin de mesurer les risques immédiats, il prend la situation en main pour la stabiliser à court terme et communique avec les membres de l'équipe, d'autres professionnels de la santé le cas échéant et des membres de la famille. Le diplômé sait reconnaître ses limites et le moment où il doit rechercher de l'aide.</p> <p><i>Les nouveaux résidents en particulier se retrouvent souvent parmi les premiers intervenants en milieu de soins critiques où ils sont les premiers à être avisés de résultats de laboratoire anormaux ou de la détérioration de l'état de santé d'un patient. La détection et l'intervention précoces (y compris la réanimation cardiorespiratoire de base*) offrent les meilleures chances de succès dans la prestation de soins aux patients.</i></p>	
<p>2. Rôles CanMEDS les plus pertinents</p>	<p>Expert médical Collaborateur Communicateur Leader</p>	
<p>3. Comportements acquis</p>	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L'apprenant</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne sait pas identifier une situation urgente ou extrêmement urgente; • n'entame pas une évaluation ou la prise en charge d'un cas urgent ou extrêmement urgent; • ne sait pas pratiquer la RCR; • ne demande pas l'aide nécessaire; • ne documente pas de façon appropriée les évaluations du patient et les interventions nécessaires dans le dossier médical; • n'informe pas les membres de la famille du patient (aidant/représentant) de l'état actuel du patient; • n'apporte aucune précision quant aux objectifs fixés en matière de soins. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L'apprenant</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilise un système d'alertes précoces ou des critères de l'équipe en matière de réponse rapide/d'urgence médicale pour reconnaître les patients à risque de détérioration et mobilise les ressources appropriées de manière urgente; • effectue des soins de réanimation immédiats au besoin, notamment la RCR dans des cas d'arrêt cardiaque; • n'hésite pas à demander de l'aide en cas d'incertitude et au besoin; • demande la participation des membres de l'équipe requis pour les interventions immédiates, la prise de décision continue et le suivi requis; • entame une intervention d'urgence et y participe; • évalue et amorce rapidement la prise en charge afin de stabiliser le patient; • documente les évaluations du patient et les interventions nécessaires dans le dossier médical; • fait le point auprès des membres de la famille/de l'aidant/du représentant afin d'expliquer l'état du patient et l'intensification des plans de soins; • apporte des éclaircissements sur les objectifs de soins du patient lorsqu'il

		remarque une détérioration de son état de santé.
4. Suggestions d'évaluation	Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées. Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'examens cliniques objectifs structurés.	

APC 9 – Communiquer en situation difficile

1. Brève description	<p>Le diplômé est en mesure de communiquer en situation difficile ou délicate avec les patients, les familles, les représentants, les collègues ou les autres membres de l'équipe soignante. Il peut s'agir d'annoncer de mauvaises nouvelles, de parler d'une situation malheureuse ou difficile, de gérer une crise (anxiété, tristesse ou colère) ou d'une insatisfaction face aux soins.</p> <p><i>Le diplômé est souvent le premier répondant à gérer ces situations et doit initier la conversation avec les personnes touchées. Il fait preuve des compétences requises pour gérer une foule de tâches de communication complexes.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Communicateur Promoteur de la santé Professionnel</p>	
3. Comportements acquis	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fournit de l'information sans vérifier si les autorisations sont fournies; • communique l'information dans un endroit public ou très achalandé, ce qui peut nuire à la confidentialité; • n'est pas du tout sensible aux préférences énoncées par le patient (préfère être seul, avec sa famille, etc.) au besoin; • omet de se présenter ou d'expliquer l'objet de la visite; • émaille ses communications de jargon médical; • ne fournit pas l'information d'une manière organisée et logique; • n'est pas attentif aux préoccupations du patient ou l'interrompt; • ne vérifie pas si son interlocuteur a bien compris ou ne traite pas des préoccupations soulevées; • ne prévoit pas de plan de suivi; • ne demande pas d'aide pour gérer une situation difficile. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérifie qui doit être présent et sait quelle information peut être ou non partagée sans permission; • prévoit la rencontre et communique dans un endroit privé; • se présente, explique son rôle dans le cadre des soins fournis au patient et explique l'objet de la conversation; • veille à ce que la communication se déroule dans un cadre confortable; • parle en évitant d'employer du jargon médical, s'adjoint les services d'un traducteur au besoin; • écoute attentivement; • vérifie si son interlocuteur a bien compris et traite des préoccupations soulevées; • prévoit un plan clair et définit les prochaines étapes; • collabore avec d'autres membres de l'équipe soignante (au besoin) pour gérer une situation difficile; • évalue la sécurité de la situation et demande de l'aide au besoin.

4. Suggestions d'évaluation	Cette APC peut être évaluée par observation directe au moyen de patients simulés ou d'examens cliniques objectifs structurés. Elle peut également être évaluée par observation directe dans divers milieux cliniques.
------------------------------------	--

APC 10 – Contribuer à une culture de sécurité et d'amélioration

1. Brève description	<p>Le diplômé reconnaît les problèmes de sécurité et de qualité en ce qui concerne les patients et, de façon plus générale, les systèmes de soins. Il collabore avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé afin de participer au cycle d'amélioration de la qualité au quotidien. Cela comprend entre autres, la démonstration systématique des habitudes en matière de sécurité des patients ainsi que les possibilités de reconnaissance des quasi-accidents, d'identification des obstacles systémiques à la sécurité optimale des patients ou à la qualité des soins et de la participation à l'élaboration de plans d'amélioration de la qualité.</p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Promoteur de la santé Professionnel Collaborateur Expert medical de la santé</p>	
3. Comportements acquis	<p>Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a besoin qu'on l'incite à faire preuves d'habitudes courantes en matière de sécurité; • a besoin qu'on l'incite à réfléchir et à élaborer des plans en matière de sécurité des patients; • attribue une cause unique aux événements causés par un système déficient. 	<p>Acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • démontre et met régulièrement en pratique les habitudes de sécurité attendues (par ex., précautions universelles, lavage des mains, temps d'arrêt de l'équipe, bilan comparatif des médicaments, listes de contrôle chirurgical); • identifie les situations qui peuvent compromettre la sécurité des patients; • reconnaît la façon dont le système contribue aux risques pour la sécurité des patients; • demande une aide appropriée lorsqu'un patient est identifié comme étant à risque; • reconnaît les obstacles/erreurs du système, réfléchit à sa contribution et élabore son propre plan d'apprentissage.
4. Suggestions d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration des habitudes de sécurité à l'égard des patients (c'est-à-dire se laver les mains, parler et identifier les problèmes, participer activement aux temps d'arrêt ou aux séances de compte rendu de l'équipe, bilan comparatif des médicaments, listes de contrôle chirurgical) dans le cadre clinique. • Participation à un exercice de réflexion sur la qualité ou la sécurité des patients (c'est-à-dire réflexion sur les menaces systémiques pour la sécurité des patients observées dans le cadre du travail clinique ou discussions sur les solutions systémiques possibles pour répondre aux préoccupations en matière de sécurité des patients). • Participation à des activités d'amélioration du système telles que : des revues de morbidité et de mortalité, la documentation des événements indésirables/erreurs 	

	<p>ou des situations de quasi-accidents, ou la participation à l'analyse des causes profondes (y compris dans le cadre de simulations ou d'ECOS).</p> <ul style="list-style-type: none">• Observation directe de la divulgation d'un événement indésirable avec un patient standardisé (dans le cadre d'une simulation ou d'un ECOS).• Participation à l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité.
--	---

APC 11 – Effectuer les gestes techniques qui relèvent de la responsabilité d'un médecin

<p>1. Brève description</p>	<p>Le diplômé applique les principes d'exécution des gestes techniques en toute sécurité. Ces principes comprennent (a) la description des indications/contre-indications et des risques/avantages d'une intervention, (b) l'obtention du consentement éclairé, (c) l'exécution de l'intervention, y compris les soins à prodiguer après l'intervention ainsi que (d) l'identification de complications et (e) le fait de demander de l'aide au besoin. Le diplômé reconnaît ses limites et est conscient qu'il ne doit pas procéder à une intervention qui va au-delà de ses compétences.</p> <p><i>Comme on s'attend d'un apprenant à ce qu'il effectue des gestes techniques de base auprès de patients dès le premier jour de la résidence et que ces techniques varient en fonction des situations, les interventions énoncées ci-après sont des suggestions.</i></p> <p><i>Exemples d'interventions qui correspondent aux principes susmentionnés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suture de la peau, y compris l'injection d'un anesthésique local • Insertion d'une sonde naso-gastrique chez un patient éveillé • Examen au moyen d'un spéculum vaginal avec un test Pap 	
<p>2. Rôles CanMEDS les plus pertinents</p>	<p>Expert médical Collaborateur Communicateur Érudit</p>	
<p>3. Comportements acquis</p>	<p style="text-align: center;">Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n'a pas l'habileté requise pour effectuer le geste technique; • ne peut énumérer les indications et les contre-indications, les risques ou les avantages; • ne parvient pas à anticiper ou à reconnaître les complications possibles suite à l'intervention ou ne cherche pas à obtenir l'aide requise; • explique l'intervention d'une manière à ce que le patient/la famille ne peut comprendre, en utilisant du jargon médical et en minimisant les risques; • ne répond pas de manière appropriée aux questions du patient/de la famille; • documente l'intervention de manière incomplète en omettant d'entrer de l'information dans le dossier/les notes. 	<p style="text-align: center;">Acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • démontre l'habileté requise pour effectuer le geste technique; • comprend bien les indications/contre-indications, les risques et les avantages de l'intervention; • anticipe et reconnaît les complications possibles associées à l'intervention et cherche à obtenir de l'aide au besoin; • explique clairement l'intervention au patient (famille/aidant/représentant) en veillant à ce qu'ils comprennent bien quels sont les risques associés; • répond clairement à toutes les questions du patient/de la famille; • documente l'intervention en fournissant tous les détails pertinents.
<p>4. Suggestions d'évaluation</p>	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées. Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'examen cliniques objectifs structurés.</p>	

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

1. Brève description	<p>Le diplômé conseille les patients en ce qui a trait à la prise en charge de la maladie, à la modification des facteurs de risque et à la promotion de la santé adaptée au contexte clinique en utilisant de l'information fondée sur des données probantes. Il le fait individuellement, le cas échéant, ou en collaboration avec d'autres membres de l'équipe soignante.</p> <p><i>Exemples du type d'éléments d'information devant être fournis par le diplômé : modification de l'alimentation/du style de vie, renseignements généraux sur l'état des patients, sécurité des patients, etc.</i></p>	
2. Rôles CanMEDS les plus pertinents	<p>Expert médical Communicateur Promoteur de la santé Collaborateur</p>	
3. Comportements acquis	<p>Non acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n'interroge pas le patient au sujet de ses habitudes de vie; • utilise un niveau de langage que le patient ne comprend pas; • ne fournit pas d'exemples visant à promouvoir le changement; • n'évalue pas le degré de disposition au changement du patient ou de sa famille; • ne coordonne pas ses interventions avec les autres membres de l'équipe soignante, ce qui peut donner lieu à l'envoi de messages contradictoires au patient; • n'identifie pas les comportements ou les situations présentant des risques potentiels qui peuvent mettre en danger la sécurité du patient; • ne documente pas la discussion de manière appropriée. 	<p>Acquis</p> <p>L'apprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pose des questions au patient sur ses habitudes de vie; • donne des explications au patient en utilisant une terminologie facile à comprendre; • encourage le patient à poser des questions; • vérifie si les explications fournies ont été bien comprises; • donne des exemples de changements concrets pouvant être mis en œuvre pour favoriser des habitudes de vie plus saines; • évalue la disposition du patient à changer; • coordonne son intervention avec d'autres membres de l'équipe soignante pour veiller à ce que le message transmis soit approprié et cohérent; • identifie les comportements ou les situations présentant des risques potentiels qui peuvent mettre en danger la sécurité du patient; • documente la discussion et la planification des prochaines étapes.
4. Suggestions d'évaluation	<p>Cette APC devrait être évaluée par observation directe dans divers contextes cliniques (notamment des états pathologiques aigus et chroniques) avec des</p>	

	<p>patients de divers groupes d'âge, y compris des enfants et leurs parents, des adultes et des personnes âgées.</p> <p>Elle peut également être évaluée au moyen de patients simulés ou d'exams cliniques objectifs structurés. Les commentaires obtenus par la rétroaction du patient peuvent également être utiles.</p>
--	--

Sources d'information pour évaluer ou déterminer les progrès réalisés

Les APC sont des tâches importantes que doivent effectuer les médecins et qui peuvent être observées en pratique clinique. Elles rendent explicite ce que les superviseurs, font implicitement chaque jour en supervisant les étudiants et les résidents. L'observation directe en milieu clinique permet de déterminer si l'étudiant est prêt à passer à une supervision *indirecte*. Cette démarche devrait être effectuée dans divers contextes tout au long de la formation de l'étudiant afin de confirmer qu'on peut lui faire confiance dans divers milieux. On peut rendre compte de ces observations au moyen de divers outils comme des cartes de rencontres quotidiennes, des notes d'observation sur le terrain, des Mini-CEX, etc. L'observation directe peut également être faite en utilisant la simulation (au moyen d'un patient ou d'un mannequin) ou les autres outils d'évaluation énumérés ci-dessous. Ces outils sont particulièrement utiles en situations rares ou pouvant présenter des risques élevés pour la sécurité du patient.

L'utilisation d'APC en milieu clinique fournit un exemple des attentes en matière de rendement des apprenants à la période de transition entre les études de premier cycle et la résidence. Cette harmonisation des attentes permettra d'améliorer la qualité des soins. Elle constituera également un référentiel permettant d'offrir une rétroaction à l'égard de l'apprentissage continu (Carraccio et al, 2016).

Outre l'observation directe en milieu de travail, les exemples suivants d'outils peuvent être utilisés pour déterminer le degré de préparation de l'étudiant à la supervision indirecte :

- Simulations
- Examens cliniques objectifs structurés (ECOS)
- Examen de cas
- Rappel stimulé par les dossiers
- Examen des notes/dossiers
- Etc.

Références

Association of American Medical Colleges, Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency, Curriculum Developers' Guide, 2014.

Disponible ici : <http://members.aamc.org/eweb/upload/Core%20EPA%20Curriculum%20Dev%20Guide.pdf>. Accédé le 15 septembre 2015

Boucher A, Ste-Marie LG, et coll. Pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences: Cadre de formation, Décembre 2013, Les Presses du CPASS

Cantillon P, Macdermott M. Does responsibility drive learning? Lessons from intern rotations in general practice. *Med Teach* 2008; 30: 254-259

Carraccio C, Englander R, Holmboe E, Kogan J. Driving Care Quality: Aligning Trainee Assessment and Supervision Through Practical Application of Entrustable Professional Activities, Competencies and Milestones. *Academic Medicine*, 2016; 91:199-203

Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. Disponible ici : http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf. Accédé le 4 avril 2016

Kennedy TJ, Regehr G, Baker GR, Lingard LA. Progressive independence in clinical training: a tradition worth defending. *Acad Med* 2005; 80 (Suppl 10): S106-111

Oandasan I, Saucier D, eds. *Triple C Competency-based Curriculum Report – Part 2: Advancing Implementation*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2013.

Disponible ici : www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf. Accédé le 13 octobre 2015

Ten Cate O. Entrustability of Professional activities and competency-based training. *Med Educ* 2005; 39: 1176-1177

Ten Cate O and Scheele F. Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? *Acad Med* 2007; 82:542-547

Ten Cate O. Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities. *J Grad Med Educ* 2013;5:157–8.

L'Avenir de l'éducation médicale au Canada – Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada, 2012.

Disponible ici : https://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_EN.pdf Accédé le 15 septembre 2015.

Touchie C, De Champlain A, Pugh D, Downing S, Bordage G. Supervising Incoming First-year Residents: Faculty Expectations vs. Residents' Perceptions. *Medical Education* 2014; 48: 921-929

Annex I:**AFMC APC Sous-comité de mise en œuvre**

Dre Jill Rudkowski, Co-Président	Université McMaster
Dre Geneviève Gregoire, Co-Président	Université de Montréal
Mme Eleni Katsoulas, Co-Président	Université Queen's
Dre Nathalie Gagnon	Université de Sherbrooke
Dre Carolle Bernier	Université de Sherbrooke
Dr Martine Bernard	Université de Montréal
Dre Diana Deacon	Université Memorial de Terre-Neuve
Dre Norah Duggan	Université Memorial de Terre-Neuve
Dre Marian Jazvac-Martek	Université McGill
Dre Melanie Mondou	Université McGill
Dr Andrew Dos-Santos	Université Queen's
Dr Tony Sanifilippo	Université Queen's
Dr Glendon Tait	Université de Toronto
Dre Stacey Bernstein	Université de Toronto
Dre Tara Balidisera	École de médecine du Nord-Ontario
Dre Cary Cuncic	Université de la Colombie-Britannique
Dr Adrian Yee	Université de la Colombie-Britannique
Dr Maury Pinsk	Université du Manitoba
Dr Gary Tithecott	Université Western
Dr Simon Field	Université Dalhousie

Dre Julie Thériault	Université Laval
Dre Sandra Houle	Université Laval
Dre Pat Blakely	Université Saskatchewan
Dre Suzanna Martin	Université Saskatchewan
Dre Vijay Daniels	Université de L'Alberta
Dre Sylvain Coderre	Université de Calgary
Dre Sarita Verma	Association des facultés de médecine du Canada
Mme Colleen Drake	Association des facultés de médecine du Canada