

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Guide

**RÔLE ET  
RESPONSABILITÉS  
DE L'APPRENANT ET  
DU SUPERVISEUR**

2<sup>E</sup> ÉDITION

09/21



# PUBLICATION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

## **COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC**

Bureau 3500

1250, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3B 0G2

Téléphone: 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur: 514 933-3112

Site Web: [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

Courriel: [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

## **Édition**

Direction des communications et des affaires publiques

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

**La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement, à condition que la source soit mentionnée.**

Dépôt légal: 3<sup>e</sup> trimestre 2021

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-924674-35-2

© Collège des médecins du Québec, septembre 2021

Note: Dans cette publication, le masculin est utilisé sans intention discriminatoire et seulement pour faciliter la lecture.

# TABLE DES MATIÈRES

**AVANT-PROPOS / 4**

**INTRODUCTION / 5**

**PRINCIPES GÉNÉRAUX / 8**

**PARTIE 1 - L'APPRENANT (ÉTUDIANT, RÉSIDENT, MONITEUR):  
RÔLE ET RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES / 11**

**PARTIE 2 - LE SUPERVISEUR (MÉDECIN, ÉTUDIANT, RÉSIDENT, MONITEUR):  
RÔLE ET RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES / 17**

**CONCLUSION / 21**

**GLOSSAIRE / 22**

**HYPERLIENS / 27**

**RÉFÉRENCES / 28**

**MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL / 31**

**HISTORIQUE / 31**

**REMERCIEMENTS / 31**

# AVANT-PROPOS

La première parution de ce guide remonte à 5 ans, soit en 2016. En phase avec sa mission de protection du public, le Collège des médecins du Québec (CMQ) avait alors fait preuve d'innovation en créant un recueil d'énoncés pratiques, visant à définir le rôle et les responsabilités des apprenants et des superviseurs dans la qualité des soins et la prestation de soins sécuritaires à leurs patients, à travers l'apprentissage clinique. Ce guide a été conçu aussi avec la préoccupation de rendre plus concret et applicable le *Code de déontologie des médecins*, sans prétendre en aucune manière le remplacer.

Au cours des cinq dernières années, le monde a continué d'évoluer à grande vitesse. Des questions d'intérêt social ont été examinées et approfondies sur le plan de l'éthique. Par exemple, l'enjeu de la discrimination dans les soins de santé, relative à l'identité de genre ou à l'origine ethnique, notamment envers les patients issus des communautés autochtones<sup>21a</sup>,<sup>21b</sup>, a été soulevé. Les pratiques ont aussi évolué, notamment avec le développement des soins virtuels, ainsi que par le renforcement des activités partageables et de la collaboration interprofessionnelle. De plus, des signalements parvenus au CMQ donnent à penser que certains messages retrouvés dans des énoncés de la première édition du guide devaient être renforcés. Une mise à jour était donc devenue nécessaire.

Le groupe de travail a été réactivé et, au terme d'une réflexion approfondie et d'une revue de littérature pertinente, a produit cette deuxième édition du guide. Plusieurs énoncés ont été modifiés et certains thèmes ont été réaffirmés.

Tant les apprenants et les superviseurs que les employés du CMQ ou d'autres ordres professionnels, les autorités universitaires et le public pourront y trouver des réponses utiles, dans un langage accessible. Nous souhaitons vivement que cette deuxième édition réponde encore mieux aux besoins de tous ceux engagés dans la formation des futurs médecins et qu'elle fasse en sorte que les soins aux patients soient offerts avec une attention encore plus soutenue. Cette offre devra aussi tenir compte de l'émergence de nouvelles réalités médicales, sanitaires, sociales et culturelles, et ce, dans un souci toujours plus grand de protéger le public.

# INTRODUCTION

Les programmes de formation médicale doivent continuellement répondre aux nombreux défis imposés par les développements technologiques, scientifiques et pédagogiques, ainsi que par les changements sociaux. L'apprentissage de la médecine doit refléter cette évolution et tenir compte des valeurs et des attentes de la population quant aux soins à prodiguer.

Apprendre la médecine représente ainsi un double défi: d'une part, développer les compétences médicales requises et, d'autre part, assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés au patient, avec qui le partenariat est essentiel pour garantir cet apprentissage. L'apprenant est exposé à des environnements variés où interagissent des équipes de soins diversifiées, des patients et leur famille, incluant les proches aidants et les représentants légaux. Nul doute que ces situations multiples et parfois complexes contraignent l'apprenant à devoir s'ajuster sans cesse et l'incitent à faire preuve d'agilité intellectuelle, émotionnelle et organisationnelle.

Heureusement, ces programmes de formation médicale sont régis par des règles et des processus détaillés et rigoureux. Dans le but notamment d'assurer une médecine de qualité à la population, les apprenants en médecine et les superviseurs doivent être au fait de ces règles, de ces environnements, des compétences à développer, de la nature de la relation patient-médecin, des modes d'interaction entre les intervenants, des codes de conduite qui encadrent la profession médicale et des lois qui régissent le système de santé au Québec. L'apprenant et le superviseur doivent avoir une compréhension commune de leurs rôles et responsabilités respectifs, ainsi que de ceux des autres professionnels de la santé.

Plusieurs documents de référence encadrent déjà la formation médicale, notamment les cadres d'apprentissage basés sur les compétences, le référentiel CanMEDS, le *Code de déontologie des médecins* (ci-après «Code»), le *Code des professions*, ainsi que les règlements des établissements, des facultés de médecine, des universités et du Collège des médecins du Québec (CMQ). Le présent guide, unique en son genre, s'inscrit en complément de ces documents. Il a été rédigé en collaboration avec les quatre facultés de médecine au Québec, la Fédération médicale étudiante du Québec ainsi qu'avec celle des médecins résidents du Québec, de manière à obtenir un consensus sur sa pertinence.

Il vise à encadrer les apprentissages entourant la prestation des soins au patient, avec la préoccupation centrale d'assurer la sécurité des soins. Il faut cependant rappeler que, même s'il s'appuie avec force sur les grands principes déontologiques, ce guide ne remplace aucunement le *Code* ni les autres codes et référentiels, mais il constitue une aide supplémentaire importante dans l'application de ceux-ci. C'est dans cette optique que le CMQ, dans sa fonction de surveillance de la qualité de l'exercice, se préoccupe des encadrements pédagogiques lors de la dispensation des soins aux patients.

Les différents énoncés formulés dans ce guide visent, dans un seul document, à assurer une standardisation des messages quant au rôle et aux responsabilités de l'apprenant et du superviseur. Ils sont issus d'histoires réelles de patients, d'apprenants et de superviseurs. Ces expériences, parfois malheureuses ou embarrassantes, soulèvent certaines lacunes, parfois profondes, dans la compréhension de ce rôle et de ces responsabilités. Les énoncés de ce guide possèdent donc une valeur préventive pour tous ceux et celles qui s'engagent désormais à les appliquer au quotidien dans leur fonction respective. Les patients, eux-mêmes, pourront davantage comprendre les contextes de soins dans lesquels ils participent à former la relève.

## À qui s'adresse cet ouvrage ?

Ce guide s'adresse tant à l'apprenant qu'au superviseur, ce dernier étant la plupart du temps un médecin qui doit enseigner et agir selon les mêmes normes et les mêmes principes déontologiques que tout médecin en exercice.

Les énoncés qui y figurent font référence au rôle spécifique du médecin en tant que superviseur et non à tous les autres rôles du médecin en exercice ou du médecin professeur dans ses autres obligations universitaires. Le superviseur sera le plus souvent le médecin à qui cette responsabilité est confiée par la faculté de médecine ou le milieu de formation. Il peut aussi être un résident, un moniteur ou un autre apprenant à qui cette fonction est attribuée.

## Structure du guide

On retrouve dans le guide cinq types d'interactions en milieu clinique, selon le rôle et les responsabilités de l'apprenant et du superviseur envers :

- Le patient, ou son représentant légal, sa famille et ses proches
- Les milieux de formation : établissements de soins, milieux hors établissement, universités
- Les équipes soignantes dans un contexte de soins et dans un contexte pédagogique
- Le CMQ, la profession et la discipline médicales
- Soi-même

Le guide comporte préalablement une section intitulée *Principes généraux*. Cette section regroupe certains énoncés fondamentaux, qui peuvent concerner à la fois le rôle et les responsabilités de l'apprenant et du superviseur, de manière indifférenciée. Il s'agit d'une section du guide tout aussi importante à consulter.

La plupart des énoncés contiennent un ou des hyperliens pour quiconque souhaiterait approfondir sa compréhension du problème dont il est question. De plus, un glossaire se retrouve à la fin du guide pour baliser les concepts discutés tout au long de ce guide. Enfin, une revue de la littérature et une courte conclusion viennent clôturer ce guide.

## Avertissement

Les énoncés formulés dans ce guide expriment une transposition pratique des obligations déontologiques et des normes d'exercice attendues par le CMQ de concert avec les universités. Par ailleurs, l'apprenant et le superviseur devront exercer leur jugement dans l'application de ces énoncés selon les différents contextes d'apprentissage.

Dans les énoncés qui suivent :

- Le signe \* renvoie le lecteur au glossaire.
- L'appel de note renvoie le lecteur à un hyperlien.
- Chaque article du *Code de déontologie des médecins* mentionné est accessible par un hyperlien.

# PRINCIPES GÉNÉRAUX

Certains rôles et responsabilités s'appliquent tout aussi bien à l'apprenant qu'au superviseur, tant pour les activités d'apprentissage que pour les activités cliniques. Ils sont regroupés dans les énoncés suivants.

1. Démontrer les comportements fondamentaux à la confiance du public envers la profession, dans le respect des privilèges confiés au médecin par la société.
2. Placer le patient au centre de ses préoccupations et faire en sorte que les soins au patient demeurent la priorité à l'intérieur du processus d'apprentissage.
3. Reconnaître le patient comme un partenaire de soins\*.
4. Connaître les règles du consentement libre et éclairé à recevoir des soins, comme stipulé dans le *Code de déontologie des médecins* et dans le *Code civil du Québec*:
  - a. Reconnaître le droit du patient de donner ou de refuser son consentement avant de lui prodiguer un soin, quel qu'en soit la nature: examen physique particulier, notamment de la sphère génito-urinaire, examen paraclinique, prélèvement, traitement ou toute autre intervention médicalement requise.
  - b. Savoir que le consentement aux soins non requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une recherche susceptible de porter atteinte à l'intégrité doit être donné par écrit.
  - c. Reconnaître que l'application du consentement libre et éclairé à recevoir des soins médicalement nécessaires découle d'une démarche clinique rigoureuse et rationnelle de la part du médecin, ainsi que d'un dialogue véritable entre le médecin et le patient, afin de déterminer les options d'investigation et de traitement approprié, le cas échéant.
  - d. Reconnaître que le consentement est un processus dynamique et continu. Connaître les exigences légales encadrant le consentement des personnes mineures, et des personnes majeures inaptées à consentir aux soins; et les exceptions à l'obtention du consentement.
  - e. Connaître les exceptions au consentement dans des situations cliniques d'urgence.
  - f. Connaître les différents outils d'expression des volontés des personnes concernant leurs soins et de planification des soins (Directives médicales anticipées (DMA) au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV), mandat de protection, testament de fin de vie, niveau d'interventions médicales, décision de non-réanimation cardiorespiratoire).

Art. 28, 29, 30  
du *Code de déontologie  
des médecins*

Art. 1 à 21  
du *Code civil du Québec*

Art. 24  
du *Code civil du Québec*



5. Assurer en tout temps la sécurité du patient, de l'apprenant et des membres de l'équipe. Se conformer aux normes de sécurité et de prévention des infections des milieux de formation.
6. Établir une qualité de communication exemplaire dans tous ses aspects, incluant celui des compétences culturelles, en présentiel ou en virtuel, pour tous les types de supervision, et reconnaître sa valeur fondamentale dans la qualité et la sécurité des soins.
7. Superviser des apprenants et leur confier des activités professionnelles en tenant compte d'abord de la sécurité du patient, selon le degré d'autonomie et de compétences de ces apprenants.
8. Assurer une continuité sécuritaire des soins au patient, tant de la part du superviseur que de l'apprenant, et demeurer vigilant à ce qu'aucun patient ne soit l'objet d'abandon\*, particulièrement dans le cheminement des soins au patient et dans le suivi des résultats des investigations.
9. Assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe en vue d'une prestation de soins sécuritaires.
10. Connaître la mission, le rôle et la structure organisationnelle\* des milieux de formation, ainsi que les profils de soins qui y sont dispensés.
11. Se conformer aux politiques, règlements et procédures de l'université, du milieu de formation\* et du [CMQ](#). Se conformer au *Code de déontologie des médecins* ainsi qu'aux exigences des milieux de formation, dont les codes de conduite, les codes vestimentaires et les codes d'éthique.
12. Agir avec professionnalisme, honnêteté, respect et intégrité: être digne de la profession médicale. Démontrer de la collégialité, du respect, de la civilité et de la courtoisie dans toute forme d'échange avec tout patient et toute personne dans le milieu de formation ou en dehors de celui-ci.
13. Engager sa responsabilité sociale par l'utilisation judicieuse et respectueuse des ressources humaines, environnementales, techniques, électroniques ou autres.
14. Assumer la responsabilité de ses apprentissages et du maintien de ses compétences\* pour répondre aux besoins du patient et de la population tout en satisfaisant aux exigences de la formation.
15. Favoriser un environnement d'apprentissage sain et équitable.

Art. 4, 5  
du *Code de déontologie  
des médecins*

Art. 59.2  
du *Code des professions*

Art. 44 du *Code*

Art. 17 du *Code*

16. Accueillir, respecter et traiter avec équité et de façon inclusive tout patient, ou toute autre personne, sans discrimination, sans égard à la maladie ou au handicap, à la grossesse, à l'âge, à la culture, à la dénomination religieuse, aux croyances, aux mœurs, à l'origine ethnique, au statut de citoyenneté, incluant les peuples autochtones<sup>21a, 21b</sup>, à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, au statut socio-économique, à la langue ou à toute autre forme de diversité personnelle, sociale, politique et culturelle.
17. S'opposer et envisager être témoin actif face à toute forme de violence, physique, verbale ou psychologique, à des comportements déplacés, à des inconduites ou des agressions de nature sexuelle, à du harcèlement ou à de l'intimidation<sup>3</sup> à l'endroit d'une personne. Dans ces situations, le dépôt d'une plainte ou d'un signalement concernant une personne, en position hiérarchique ou non, peut être fait selon les processus reconnus et selon le *Code de déontologie des médecins* auprès des autorités compétentes.
18. Prévenir, bannir et déclarer tout propos diffamatoire, la fraude et le plagiat.
19. Reconnaître le rôle essentiel de chaque professionnel de la santé ou autre intervenant et favoriser la collaboration professionnelle dans les soins au patient. Reconnaître aussi qu'il est désormais permis à des professionnels de la santé, autres que des médecins, de réaliser certaines activités à visées diagnostiques et/ou thérapeutiques. Appliquer un modèle de collaboration de manière à ce que chaque geste, acte ou intervention soient concertés, intégrés et centrés sur les soins et le bien-être du patient.
20. Reconnaître les situations qui mettent à risque sa santé physique et psychologique; prendre les mesures nécessaires pour y remédier, notamment en recourant aux ressources appropriées.

Art. 110, 111 du *Code*

Art. 112.1 du *Code*

# PARTIE 1

## L'APPRENANT\* (ÉTUDIANT\*, RÉSIDENT\*, MONITEUR\*): RÔLE ET RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES

### A. Envers le patient, ou son représentant légal\*, sa famille et ses proches

1. S'identifier auprès du patient, lui préciser son rôle de soignant et d'apprenant\* et lui mentionner, avec explications au besoin, son niveau de formation. Lui donner également le nom de son superviseur\*, à la fois celui d'un superviseur apprenant plus senior et celui du médecin et du médecin le plus responsable de l'épisode de soins (si différent du superviseur) et l'informer du rôle de ce dernier. Considérer les répercussions négatives sur la communication, la collaboration et la qualité des soins que peut engendrer une méconnaissance, de la part du patient, de l'identité et du rôle de l'apprenant. Se rappeler que le patient est en droit de savoir qui, précisément, s'apprête à lui prodiguer des soins.
2. S'exprimer dans un langage clair et accessible dans toute communication avec le patient et valider la compréhension de celui-ci.
3. Obtenir du patient son consentement libre et éclairé<sup>4a</sup> à recevoir des soins par l'apprenant sous supervision. De façon plus spécifique, obtenir le consentement libre et éclairé du patient avant d'entreprendre seul un examen physique ou mental, une investigation, une procédure ou un traitement. Ce dernier doit être informé du nom du superviseur et de son rôle. Reconnaître le droit du patient de refuser d'être soigné par un apprenant.
4. Reconnaître l'autonomie du patient à participer au processus menant à la prise de décision concernant les soins qui lui sont les plus appropriés ainsi que sa capacité à être un partenaire de soins\*.
5. Reconnaître que l'apprenant engage sa responsabilité à prendre soin du patient, selon son niveau de formation.

Art. 29 du Code

Art. 28, 29, 30 du Code

- |   |   |
|---|---|
| 6. Respecter les limites de ses compétences et s'abstenir de procéder à une activité médicale ou chirurgicale qui dépasse ses capacités. S'en remettre à son superviseur, le cas échéant.   | Art. 42 du <i>Code</i>  |
| 7. Assurer la continuité des soins et voir à ce que tout transfert de soins* soit fait de façon sécuritaire et diligente.   | Art. 32, 33, 35 du <i>Code</i>  |
| 8. Discuter avec son superviseur des incidents*/accidents* dont il a eu connaissance ainsi que des principes, des modalités et des étapes reconnus de la divulgation des accidents <sup>5, 6</sup> auprès du patient. Savoir quand et comment documenter et déclarer ces incidents/accidents selon les procédures établies <sup>5,7</sup> . | Art. 56 du <i>Code</i>  |
| 9. Être conscient de l'influence qu'entraînent ses valeurs et ses convictions sur les soins prodigués au patient, et en discuter avec son superviseur, le cas échéant.  | Art. 23, 24 du <i>Code</i>  |
| 10. Préserver le secret professionnel, dans toute forme de communication, dans le respect du <i>Code de déontologie des médecins</i> . Reconnaître et valider avec le superviseur les dérogations au secret professionnel <sup>4b</sup> .   | Art. 20, 21 du <i>Code</i><br>Art. 60.4<br>du <i>Code des professions</i>     |
| 11. Adopter une conduite professionnelle irréprochable envers le patient; assurer une saine distance avec le patient; éviter tout conflit et empêcher tout abus dans cette relation.  | Art. 17, 22, 25 du <i>Code</i><br>Art. 59.1<br>du <i>Code des professions</i> |
| 12. Utiliser les réseaux sociaux, les téléphones intelligents, les messages textes et les courriels, ou toute autre technologie de communication, de manière professionnelle et sécuritaire <sup>9b,9c</sup> .  |   |

## **B. Envers les milieux de formation (établissements de soins, milieux hors établissement et universités)**

1. Détenir en tout temps, selon son statut d'étudiant, de résident ou de moniteur, une immatriculation\* ou une carte de stages\* valide, délivrée au préalable par le CMQ.
2. Prodigué des soins uniquement aux patients admis ou inscrits dans les milieux de formation agréés ou approuvés par le CMQ et s'abstenir de fournir un diagnostic et/ou une ordonnance à toute personne qui n'est pas considérée comme un patient à l'intérieur du milieu de formation, ou de fournir des avis médicaux via les médias sociaux.

3. Se conformer aux normes et au règlement sur la tenue des dossiers\*, et appliquer les recommandations retrouvées dans les guides d'exercice à cet effet<sup>8, 9a, 9b, 9c, 10</sup>. Savoir que le dossier médical ne sert pas uniquement d'aide-mémoire au médecin, qu'il doit contenir tous les éléments justificatifs de la démarche clinique, et qu'il est, en conséquence, un outil de communication essentiel destiné à être lu par diverses personnes. Savoir que le dossier médical sert en plus à l'évaluation de sa pratique et à la recherche clinique. Il doit donc être structuré, ordonné, clair, pertinent et lisible.
4. Respecter les procédures et les processus établis dans le traitement d'un signalement ou d'une plainte, que ces derniers soient traités par l'université, le milieu de formation ou le CMQ<sup>11</sup>.
5. Informer dès que possible les personnes en autorité de toute absence imprévue à ses tâches pédagogiques et cliniques, incluant la garde.
6. Être conscient de l'utilisation des ressources tout au long de sa démarche clinique, de manière à éviter ou à justifier, le cas échéant, les demandes qui paraissent inappropriées, dont la duplication de tests ou de consultations.
7. Contribuer de façon constructive à l'amélioration des pratiques et à l'évaluation des programmes de formation, des superviseurs et des milieux de formation.

Art. 37 du *Code*

Art. 12, 44, 46 du *Code*

## **C. Envers les équipes professionnelles (incluant les superviseurs, les étudiants, les résidents, les moniteurs, les médecins traitants et consultants ainsi que l'ensemble des professionnels de la santé), dans une pratique collaborative\* en inter et en intraprofessionnalisme**

### **I. Dans le contexte de soins**

1. Valider avec son superviseur les attentes, les modalités et les objectifs de la supervision.
2. Assurer son entière collaboration au superviseur, y compris celui qui est temporairement assigné pendant la garde.
3. Communiquer au superviseur et/ou à l'équipe soignante, outre les données usuelles recueillies dans l'histoire de cas, dans les notes d'évolution et les investigations concernant un patient, toute information pertinente relative aux situations suivantes:
  - a. admission/congé/départ/transfert ou décès du patient;
  - b. urgence ou risque identifié à l'égard du patient;
  - c. changement significatif de l'état du patient ou de ses modalités de traitement;
  - d. toute discussion concernant le niveau d'intervention médicale\* du patient;
  - e. toute demande pertinente du patient.

4. Demander ou répondre à une consultation selon les règles des milieux de formation et dans le respect des conditions suivantes: Art. 112, 112.1, 113 du *Code*
- a. délais adaptés à la situation clinique;
  - b. renseignements complets et pertinents;
  - c. transmission sécuritaire et vigilante des informations aux professionnels.
5. Favoriser un climat de travail respectueux et propice aux apprentissages ainsi qu'un environnement exempt d'intimidation ou de harcèlement, et signaler toute situation contraire<sup>3, 11</sup>. Signaler également les situations ou comportements jugés sérieux ou répétitifs qui sont dérogoires au *Code*. Art. 110, 111 du *Code*
6. Participer au maintien du bien-être et de la sécurité professionnelle, psychologique et physique\* de tous les individus de son environnement et signaler au superviseur ou à toute autre personne en autorité les situations non sécuritaires.
7. Contribuer de façon juste et équitable au partage des gardes et des tâches cliniques.
8. Prêter assistance à un collègue qui en fait la demande pour toute situation clinique urgente ou non urgente, selon ses capacités, pendant ou en dehors de la garde. Art. 114 du *Code*
9. Accepter, selon les limites de ses capacités et de ses compétences, la prise en charge des patients qui lui sont confiés par le superviseur.
10. Documenter clairement au dossier la démarche clinique et les interventions pour en faciliter la compréhension par les équipes soignantes<sup>8, 9a, 9b, 9c, 10</sup>.
11. Reconnaître que son comportement, son attitude et ses réactions émotives peuvent exercer une influence sur la qualité des soins.
12. Faire preuve d'initiative et assumer un rôle de leader<sup>17a</sup> selon ses capacités, lorsque la situation l'exige.
- II. Dans le contexte pédagogique**
1. Respecter le rôle et les responsabilités du superviseur et des autres professionnels de l'équipe. Art. 14, 15 du *Code*
2. Agir comme modèle de rôle\*.
3. Se montrer responsable et sensible à l'égard de l'autre en favorisant un environnement propice à l'apprentissage et à un milieu de travail sain et agréable.
4. Agir à titre de superviseur pour d'autres apprenants lorsque cette responsabilité a été au préalable confiée par le superviseur ou par d'autres personnes en autorité. Art. 14, 15 du *Code*

5. Offrir du soutien pédagogique aux autres apprenants et reconnaître que la collaboration favorise l'apprentissage.
6. Reconnaître les répercussions potentielles du curriculum non officiel, communément appelé curriculum caché\*, qui s'exprime par la transmission de normes de pratique, de principes, de valeurs ou de croyances parallèles ou contradictoires au curriculum officiel ou dérogatoires au *Code*, et en tirer des leçons pour son apprentissage.
7. Appliquer les principes de prévention, de gestion et de résolution de conflits interpersonnels<sup>17b</sup>.
8. Respecter les principes éthiques et les obligations déontologiques aussi bien lors d'une participation à une recherche clinique que lors de la prestation des soins.
9. Contribuer au partage équitable des responsabilités pédagogiques.
10. Rechercher de manière proactive une rétroaction sur ses connaissances, ses compétences et son comportement, et la recevoir avec ouverture.

Art. 30, 31, 45, 48, 61, 78, 87 du *Code*

#### **D. Envers le CMQ, la profession et la discipline médicales**

1. Respecter, à l'instar des médecins en exercice, le *Code de déontologie des médecins*<sup>1</sup>, le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*<sup>12</sup> ainsi que le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*<sup>8</sup>, notamment.
2. Répondre avec diligence aux demandes formulées par le CMQ dans les délais requis, incluant les questions de déclaration contenues dans les formulaires du CMQ. Reconnaître que produire une fausse déclaration est une infraction déontologique.
3. Reconnaître, en prévention, les actes ou comportements susceptibles de mener à une infraction criminelle ou à une décision disciplinaire et pouvant notamment entraîner une révocation de l'immatriculation ou de la carte de stages<sup>14, 15, 16</sup>.
4. Éviter de se mettre en situation d'exercice illégal de la médecine pendant la formation, en offrant par exemple des services diagnostiques ou consultatifs, virtuels ou non, sans supervision et en dehors du cadre de la formation, et ce, en pouvant laisser croire au public que ces services sont offerts par un médecin autonome.
5. Ajuster ses aspirations professionnelles tout au long de sa formation selon ses habiletés, ses capacités, ses intérêts et les besoins populationnels.

Art. 116, 118, 120 du *Code*

6. Maintenir un comportement professionnel et personnel digne de la profession, tant dans les milieux de formation qu'en dehors de ceux-ci, y compris dans les médias sociaux, ainsi que sur tout profil professionnel ou personnel créé en ligne. Éviter de réagir de façon impulsive ou inappropriée dans les médias sociaux et bien mesurer les répercussions sur la vie professionnelle et la crédibilité que laissent les écrits, les paroles, les vidéos ou les photos. Utiliser les médias sociaux selon les politiques en vigueur dans les milieux de formation.

Art. 17, 20 du *Code*

7. Prendre connaissance du *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* et amorcer une réflexion, au plus tard vers la fin de sa formation spécialisée, visant à faciliter la transition vers une pratique qui répond aux exigences de ce règlement.

## E. Envers soi-même

1. S'abstenir de procéder à une investigation de sa propre condition médicale, et respecter l'interdiction de se prescrire des médicaments, incluant des psychostimulants ou d'autres substances contrôlées, ou de s'en procurer, que ce soit à des fins personnelles ou pour des membres de sa famille et des proches ou pour toute autre personne ou tout patient en dehors du cadre de sa formation.

Art. 70 du *Code*

2. Éviter des comportements pouvant nuire à sa santé physique ou psychologique, à sa crédibilité (abus de substances, usage immodéré de cannabis<sup>20</sup>, comportements déviants, etc.), à son apprentissage et à l'image de la profession. Recourir aux ressources appropriées (universitaires, Programme d'aide aux médecins du Québec [PAMQ], milieux de formation, Fédération des médecins résidents du Québec [FMRQ], Fédération médicale étudiante du Québec [FMEQ], etc.) pour remédier à ces situations. En prévention, veiller à une saine gestion de sa vie professionnelle et personnelle.

Art. 16, 43 du *Code*

3. Faire preuve de vigilance face à ses propres problèmes de santé et d'ouverture face aux rétroactions de son superviseur, de ses collègues ou de son entourage immédiat, notamment pour les problématiques liées à la santé mentale, incluant l'épuisement professionnel, ou aux abus d'alcool et de substances, et ne pas hésiter à consulter des professionnels de la santé, le cas échéant.

4. Préserver sa sécurité psychologique, physique et professionnelle\*. Aviser les personnes en autorité lorsque sa sécurité est menacée.

5. Prendre en considération les facteurs pouvant entraîner de la fatigue et développer des stratégies pour en minimiser l'effet sur ses capacités<sup>13</sup>.

6. S'assurer de bénéficier en tout temps d'une couverture d'assurance responsabilité professionnelle appropriée.



# PARTIE 2

## LE SUPERVISEUR\* (MÉDECIN, ÉTUDIANT\*, RÉSIDENT\*, MONITEUR\*): RÔLE ET RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES

### A. Envers le patient, ou son représentant légal\*, sa famille et ses proches

1. S'identifier auprès du patient et lui expliquer que la prestation des soins dans un milieu de formation se fait en étroite collaboration avec une équipe, dont l'apprenant\* fait partie. Expliquer au patient de façon plus spécifique le rôle du superviseur\* et celui de l'apprenant.
2. Obtenir du patient son consentement libre et éclairé<sup>4a</sup> à recevoir des soins de l'apprenant sous supervision. S'assurer du consentement du patient lorsque l'apprenant est l'acteur principal d'un examen, d'une investigation, d'une procédure ou d'un traitement. Répondre aux préoccupations du patient quant à la participation de l'apprenant. Reconnaître le droit du patient de refuser d'être soigné par un apprenant.
3. Prendre conscience de sa responsabilité quant à la décision de confier des activités professionnelles à l'apprenant, selon les capacités, le niveau d'autonomie et les limites de ce dernier.
4. S'assurer, avec la collaboration de l'apprenant, qu'une divulgation appropriée est faite au patient lors d'un accident ou d'une complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.
5. Préserver le secret professionnel lors d'un échange d'informations avec l'apprenant, quelle que soit la modalité de communication utilisée.
6. Respecter les règles de bonnes pratiques énoncées par le CMQ en matière de soins donnés par télémédecine<sup>9b.9c</sup>.

Art. 26, 28, 29, 30  
du Code

Art. 11 du Code

Art. 56 du Code

Art. 20 du Code

## B. Envers l'apprenant

1. Demander à l'apprenant de lui indiquer son niveau de formation, son degré d'autonomie, y compris ses limites et ses capacités, quant à la maîtrise des compétences attendues, ainsi que ses besoins personnels et pédagogiques.
2. Connaître les compétences que doit développer l'apprenant; situer ce dernier dans sa trajectoire de compétences et saisir les objectifs du stage.
3. Favoriser chez l'apprenant le développement de son autonomie professionnelle selon, notamment, sa trajectoire de compétences et la sécurité des soins.
4. Exprimer clairement ses attentes envers l'apprenant et définir les tâches et les responsabilités de ce dernier.
5. S'assurer d'effectuer régulièrement des rétroactions formatives sur l'ensemble des compétences de l'apprenant, notamment celles qui concernent les problèmes de comportement ou d'apprentissage jugés sérieux ou dangereux. Respecter les principes constructifs d'une rétroaction. Viser à ce que celle-ci soit rigoureuse et non complaisante. Éviter les biais et les délais indus.
6. Respecter la confidentialité du dossier universitaire de l'apprenant.
7. Assurer une disponibilité diligente envers l'apprenant dans toute situation de supervision, incluant la garde. Dans le cas contraire, désigner un remplaçant.
8. Assurer en tout temps une supervision adéquate de l'apprenant, selon les critères suivants, afin de préserver la qualité et la sécurité des soins ainsi que la sécurité professionnelle, physique et psychologique des apprenants et des autres professionnels de la santé impliqués dans l'épisode de soins:
  - a. Les caractéristiques de l'apprenant: son niveau, sa trajectoire de compétences, son autonomie, ses limites et ses capacités, son autoévaluation, ses besoins pédagogiques et certaines situations personnelles.
  - b. Les exigences spécifiques de l'université, d'un programme de formation, d'un département ou service clinique.
  - c. Le contexte clinique particulier d'un patient/d'un groupe de patients/d'une population/d'une communauté.
  - d. Les défis propres au contexte de la télémédecine et à ses enjeux: technologie, confidentialité, accès limité à certaines données cliniques (notamment l'examen physique), gestion des urgences médicales, validation de la compréhension du patient et de son consentement.
  - e. Les obligations déontologiques du médecin.

Art. 37 du Code

9. Reconnaître que la contresignature des notes d'évolution, des histoires de cas, des plans de soins, etc., rédigés par l'apprenant, est une attestation de la supervision, déterminée par le superviseur en fonction des critères cités ci-dessus.
10. Établir avec l'apprenant un processus de communication qui assure la sécurité du patient et de l'équipe.
11. Aider l'apprenant à avoir accès à toute information pertinente concernant le patient.
12. Assurer le maintien de compétences médicales et pédagogiques propres à son rôle de superviseur. \_\_\_\_\_
13. Expliciter l'utilisation judicieuse des ressources dans sa démarche clinique et éviter ou justifier notamment la duplication d'investigations ou de consultations, le cas échéant. \_\_\_\_\_
14. Respecter les obligations de l'apprenant concernant les exigences du programme de formation.
15. Diriger l'apprenant vers les ressources appropriées en cas de besoin médical, personnel ou pédagogique. \_\_\_\_\_
16. Reconnaître son influence comme modèle de rôle\* envers l'apprenant et avoir conscience des répercussions de ses propres valeurs et de ses convictions personnelles dans son enseignement.
17. Reconnaître le curriculum non officiel, communément appelé le curriculum caché\*, qui s'exprime par la transmission de normes de pratique, de principes, de valeurs ou de croyances parallèles ou contradictoires au curriculum officiel ou dérogoires au *Code*, et en exposer les répercussions sur la formation.
18. Déclarer aux autorités pertinentes tout conflit d'intérêts pouvant interférer avec la supervision et l'évaluation de l'apprenant.
19. Participer au bien-être, à la sécurité professionnelle, personnelle et physique\* de tous les individus de son environnement clinique ou pédagogique et signaler aux autorités pertinentes les situations non sécuritaires.

Art. 44 du *Code*

Art. 12, 44, 46 du *Code*

Art. 70 du *Code*

### **C. Envers les milieux de formation (établissements de soins, milieux hors établissement et universités)**

1. Offrir à l'apprenant des occasions d'apprentissage, et adapter les tâches cliniques à la trajectoire\* de compétences établie par le programme de formation.
2. Respecter les délais attendus dans la transmission des évaluations des apprenants.

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 3. Prendre les moyens nécessaires (retirer l'apprenant du milieu, le diriger vers un médecin traitant, retirer les patients de sa liste de responsabilités, signaler, etc.), pour assurer la sécurité du patient et de l'équipe en cas de comportement répréhensible ou dangereux de la part de l'apprenant <sup>11</sup> . | Art. 119 du <u>Code</u> |
| 4. Signaler tout manquement au professionnalisme jugé sérieux ou répétitif de la part de l'apprenant, selon les mécanismes reconnus <sup>11</sup> .   | Art. 119 du <u>Code</u> |
| 5. Respecter les procédures et les processus établis dans le traitement d'un signalement ou d'une plainte, selon que ces derniers sont traités par l'université, le milieu de formation ou le CMQ <sup>11</sup> .   | Art. 119 du <u>Code</u> |
| 6. Contribuer de façon constructive à l'évaluation des programmes et des milieux de formation ainsi qu'à l'amélioration des pratiques.  |                         |

#### D. Envers le CMQ et la profession

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. Détenir en tout temps un permis d'exercice du CMQ ou une immatriculation et/ou une carte de stages valide, délivrée au préalable par le CMQ.   |                         |
| 2. Se conformer au <i>Code de déontologie des médecins</i> <sup>1</sup> , en intégrer les principes dans son enseignement, et agir à ce titre comme modèle de rôle*. Intégrer dans son enseignement les règlements, incluant le <i>Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin</i> <sup>12</sup> , le règlement et les guides sur la tenue des dossiers <sup>8, 9a, 9b, 9c, 10</sup> et les énoncés de position du CMQ <sup>18</sup> . | Art. 2 du <u>Code</u>   |
| 3. Se conformer aux normes d'agrément, aux critères de qualité des programmes et des milieux d'enseignement.  |                         |
| 4. Connaître le processus de signalement au CMQ, et le situer par rapport aux autres processus de signalement des milieux de formation ou des universités <sup>11</sup> .   | Art. 119 du <u>Code</u> |

#### E. Envers soi-même

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1. Faire preuve d'autocritique dans son rôle de superviseur de manière à toujours assurer la sécurité du patient dans ses interventions pédagogiques.   |                        |
| 2. Éviter les comportements susceptibles de nuire à sa crédibilité personnelle et professionnelle concernant son rôle de médecin et de superviseur, et ce, quel que soit le contexte, y compris l'utilisation des médias sociaux. Éviter de réagir de façon impulsive ou inappropriée dans les médias sociaux et bien mesurer les répercussions sur la vie professionnelle et sur la crédibilité que laissent les écrits, les paroles, les vidéos ou les photos. Utiliser les médias sociaux selon les politiques en vigueur dans les milieux de formation. | Art. 43 du <u>Code</u> |

# CONCLUSION

La qualité de la formation médicale au Canada et au Québec est reconnue sans conteste. Ce guide sur le rôle et les responsabilités des apprenants et des superviseurs a essentiellement pour but, pour le Collège des médecins du Québec, d'assurer sa mission de protection du public, même pendant cette formation.

Il est important de rappeler que l'apprenant et le superviseur devront exercer leur jugement dans l'application des énoncés du guide, selon les différents contextes d'apprentissage. Ce document n'est pas normatif et ne vise pas à élargir la portée du *Code de déontologie des médecins*, mais il sert plutôt à promouvoir les comportements souhaités pour l'apprenant et le superviseur.

Les auteurs souhaitent que son utilisation soit encore plus répandue et devienne sans cesse l'occasion de réflexions et de dialogues entre apprenants et superviseurs, basés sur leurs rôles et responsabilités respectifs. C'est ainsi que ce guide évoluera de concert avec la société et nos systèmes, appelés eux aussi à changer.

# GLOSSAIRE

## **APPRENANT**

Toute personne engagée dans un processus d'apprentissage dans le cadre d'un programme de formation en médecine ou en médecine spécialisée, le plus souvent basé sur l'apprentissage par compétences. Dans ce guide, l'apprenant est tout autant l'étudiant en médecine, le résident, le moniteur (fellow) ou le médecin en exercice en stage de perfectionnement.

## **SUPERVISEUR**

Toute personne à qui on confie la responsabilité d'encadrer le travail clinique et l'apprentissage de l'apprenant. Ce superviseur sera le plus souvent le médecin à qui cette responsabilité a été confiée par la faculté de médecine ou le milieu de formation. Il peut aussi être le résident ou un autre apprenant à qui cette fonction a été confiée.

## **ABANDON**

Le terme *abandon*, en ce qui concerne les soins aux patients, signifie de ne pas assurer avec diligence la suite du processus d'investigation clinique ou paraclinique, d'intervention ou de traitement lors d'un épisode de soins spécifique et ponctuel ou lors d'une prise en charge globale d'un patient dans un contexte de continuité de soins.

## **ACCIDENT**

En droit québécois, un « accident » désigne une « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers ».

Source: *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

## **ALDO-QUÉBEC**

Texte relatif aux aspects (**A**) légaux (**L**), déontologiques (**D**) et organisationnels (**O**) de la pratique médicale au Québec. La participation à l'activité de formation ALDO-Québec est obligatoire et constitue un préalable à la délivrance du permis d'exercice.

## **CanMEDS**

« Référentiel qui décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficiente aux besoins du patient. Ce référentiel se fonde sur les sept rôles que tous les médecins doivent assumer: expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel. »

Source: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

## **CARTE DE STAGES**

Délivrée par le CMQ, elle autorise le résident ou le moniteur à exercer les activités professionnelles correspondant à son niveau de formation dans les milieux agréés ou approuvés par le CMQ.

## **CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS**

Ensemble de droits et de devoirs qui régissent la profession médicale, la conduite des médecins qui exercent cette profession et les rapports entre ceux-ci et le public. Les étudiants, les résidents et les moniteurs doivent également s'y conformer.

## COMPÉTENCE

«Savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations» (Tardif, 2006). Ensemble de savoirs (être, faire et agir) qui demandent à être répétés et intégrés dans différentes tâches de complexité croissante. Acquérir une compétence nécessite donc un investissement cognitif, une exposition constante au domaine d'expertise, une réflexion sur ses apprentissages et un engagement de sa personne par l'expérience. La compétence nécessite temps, répétition, intégration et durabilité.

## CURRICULUM CACHÉ

Curriculum non officiel qui s'exprime par la transmission de normes de pratique, de principes, de valeurs ou de croyances parallèles ou contradictoires au curriculum officiel ou dérogoires au *Code*.

## DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

«Action de porter à la connaissance de l'organisation (l'établissement ou le milieu de soins) au moyen du formulaire [AH-223](#) et selon la procédure établie par l'établissement, tout accident ou incident constaté par un employé, un professionnel qui exerce sa profession dans l'établissement, un stagiaire ou toute personne qui, en vertu d'un contrat, offre des services aux usagers de cet établissement.»

Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## DIVULGATION D'ACCIDENT

«Action de porter à la connaissance de l'utilisateur ou de ses proches toute l'information nécessaire relative à un accident subi par cet usager et à l'origine de conséquences pour lui. On doit également divulguer les mesures prises pour en contrer les conséquences et éviter la récurrence d'un tel accident. Cette divulgation doit être faite à l'utilisateur, le plus tôt possible ou dès que son état le permet, ou au

représentant d'un usager majeur inapte, ou, en cas de décès de l'utilisateur, aux personnes prévues par la loi. On doit également, si la situation le requiert, proposer à l'utilisateur ou à ses proches des mesures de soutien, incluant les soins appropriés.»

Cette définition s'applique autant aux divulgations intraétablissement qu'extraétablissement.

Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## ÉQUIPE DE SOINS

Membres du personnel et professionnels appelés à intervenir de près ou de loin auprès du patient. Dans un contexte pédagogique, cette équipe comprend également l'ensemble des apprenants qui collaborent aux soins et qui relèvent d'un ou des superviseurs.

## ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Structure administrative définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), l'établissement de santé regroupe différentes installations afin d'offrir des soins à une population d'un territoire. Ces installations sont regroupées en centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et en centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Elles comprennent également des instituts et des centres hospitaliers universitaires (CHU). Cette réorganisation du réseau, avec l'abolition des agences de la santé et des services sociaux, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015 à la suite de l'adoption du projet de loi n° 10, dont la définition fait désormais partie de la LSSSS, RLRQ, c. S-4.2. Les soins en établissement comprennent non seulement les soins intrahospitaliers, mais aussi extrahospitaliers, incluant certains soins spécialisés ainsi que des soins de première ligne dont les soins à domicile.

## ÉTUDIANT EN MÉDECINE

Personne inscrite dans un programme d'études conduisant à l'obtention d'un diplôme en médecine, ainsi que toute personne inscrite dans un tel programme d'études, mais dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échange approuvé par la faculté de médecine ou les autorités gouvernementales. L'étudiant doit détenir une immatriculation du Collège des médecins du Québec (CMQ).

## IMMATRICULATION

Délivrée par le CMQ, elle autorise l'apprenant (étudiant, résident ou moniteur) à exercer, sous supervision, les activités professionnelles nécessaires à sa formation.

## INCIDENT

« Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. »

Source: *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

## MILIEU DE FORMATION

Lieu où sont dispensées les activités cliniques et pédagogiques des apprenants. Un milieu de formation agréé, affilié à l'université ou autorisé par l'université doit être agréé par le CMQ et répondre aux normes établies par les différents organismes d'agrément, soit le CMQ, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada.

## MODÈLE DE RÔLE

Personne qui, par son attitude et son comportement, exerce une influence sur l'apprenant, notamment dans le développement de ses compétences, dans l'expression de son professionnalisme et dans sa manière de concevoir l'exercice de la médecine dans les différentes spécialités au Québec.

## MONITEUR (FELLOW)

Personne qui effectue des stages de perfectionnement à l'intérieur d'un programme universitaire dans le cadre d'un programme d'accueil ou d'échange approuvé par une faculté de médecine québécoise ou les autorités gouvernementales. Les moniteurs doivent également détenir une immatriculation et une carte de stages.

## NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM) (NIVEAU DE SOINS)

« Expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques. »

Source: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)<sup>19</sup>.



## **PARTENAIRE DE SOINS**

«Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe pour les soins et services sociaux qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent.»

«Dans une approche de partenariat, les soins et services dispensés par l'intervenant et l'équipe clinique s'articulent autour du projet de vie du patient. L'intervenant-partenaire reconnaît les savoirs expérientiels du patient et partage ses propres savoirs pour permettre au patient de développer ses compétences de soins et de s'habiliter progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés. L'intervenant-partenaire respecte le patient dans tous les aspects de son humanité et le considère comme membre à part entière de l'équipe, en favorisant sa participation active aux décisions qui le concernent.»

Source: Faculté de médecine, Université de Montréal.

## **PRATIQUE COLLABORATIVE**

«Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prise de décisions. C'est une pratique qui interpelle toute l'équipe de professionnels de la santé engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus.»

Cette pratique collaborative vise autant l'interprofessionnalisme (entre individus de différentes professions) que l'intraprofessionnalisme (entre individus de la même profession, dans ce cas-ci, les médecins entre eux).

Source: Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010.

## **REPRÉSENTANT LÉGAL**

Personne qui est légalement habilitée à accomplir un acte au nom, à la place et pour le compte d'une autre personne.

En ce qui concerne le consentement aux soins, les personnes suivantes peuvent être des représentants, dans la mesure qui est prévue au *Code civil du Québec*<sup>2</sup>.

- Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'un mineur de moins de 14 ans (le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul, sous réserve de certaines exceptions);
- Le mandataire, le tuteur ou le curateur d'un majeur inapte;
- Le conjoint du majeur inapte qui n'est pas autrement représenté, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Il est à noter qu'un majeur inapte qui fait l'objet d'un régime de protection (tutelle ou curatelle) n'est pas nécessairement inapte à consentir aux soins.

## **RÉSIDENT**

Titulaire d'un diplôme en médecine ou personne à qui le Collège a reconnu une équivalence du diplôme. Inscrit dans un programme universitaire de formation postdoctorale, il effectue des stages de formation dans le cadre de ce programme. Le résident doit détenir une immatriculation et une carte de stages du CMQ.

## **SÉCURITÉ PHYSIQUE**

Comprend la protection contre les risques biologiques, dont l'immunisation, la radioprotection, la protection respiratoire et la protection contre l'exposition aux liquides biologiques; elle comprend aussi la protection contre les risques liés aux espaces physiques, notamment lorsque les soins sont donnés à domicile, lors des déplacements et lors de rencontres avec des patients violents.

Source: Faculté de médecine, Université de Montréal.

## SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE

Comprend la protection contre les allégations de mauvaise pratique, l'assurance contre les poursuites médicales, l'assistance à la divulgation, la confidentialité du dossier pédagogique et professionnel, ainsi que des processus de signalement dans un contexte de confidentialité et exempts de représailles.

Source: Faculté de médecine, Université de Montréal.

## SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUE

Comprend la prévention, la protection et l'accès à des ressources contre les risques de détresse psychologique, de dépendance à l'alcool ou aux drogues, d'intimidation et de harcèlement.

Source: Faculté de médecine, Université de Montréal.

## STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Organigramme hiérarchique définissant les niveaux de responsabilité, les mandats et les tâches nécessaires au fonctionnement d'un établissement de soins. Tous les établissements possèdent une structure organisationnelle semblable, qui comprend notamment: un conseil d'administration, une direction générale, incluant le président-directeur général et la direction des services professionnels, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un conseil des infirmières et infirmiers, un conseil multidisciplinaire, un comité des usagers et un conseil des sages-femmes, le cas échéant, sans oublier les départements, services et différents sous-comités spécifiques. Chacune de ces instances exerce ses fonctions dans l'ensemble des centres exploités par l'établissement.

Source: ALDO-Québec.

## TENUE DES DOSSIERS

Processus qui vise à rassembler l'ensemble des informations nécessaires au suivi médical d'une personne. Ce processus est encadré par des règlements définis par le CMQ, ainsi que par les règlements des archives d'un établissement ou d'un milieu de formation. La tenue des dossiers comprend notamment le respect de l'organisation du dossier, de son contenu, des éléments pertinents à la démarche clinique du médecin, incluant une bonne lisibilité des informations, tel qu'encadré par le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*<sup>8</sup> et par d'autres normes législatives et réglementaires en établissement ou en milieu de formation. L'apprenant et le superviseur sont invités à consulter trois guides d'exercice du CMQ sur ce thème: *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*<sup>10</sup>, *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*<sup>9a</sup> et *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication*<sup>9b</sup>.

## TRAJECTOIRE DE COMPÉTENCE

Progression dans le développement graduel d'une compétence selon le niveau de formation de l'apprenant. Cette trajectoire de compétence est définie par le programme de formation.

## TRANSFERT DE SOINS

« Consiste à transférer de manière temporaire ou permanente la responsabilité de la totalité ou d'une partie des aspects des soins d'un patient ou d'un groupe de patients. »

Source: Association canadienne de protection médicale.

## HYPERLIENS

1. [Code de déontologie des médecins](#)
2. [Code civil du Québec](#)
3. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada: [«Créer un milieu de travail positif»](#)
4.
  - a) [Le médecin et le consentement aux soins \(CMQ\)](#)
  - b) ALDO Québec - [Secret professionnel](#)
5. Association canadienne de protection médicale (ACPM): [«Divulgence d'un préjudice résultant de la prestation des soins: Pour une communication ouverte et honnête avec les patients»](#)
6. [Institut canadien pour la sécurité des patients \(ICSP\)](#)
7. [Ministère de la Santé et des Services sociaux \(MSSS\)](#)
8. [Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin \(CMQ\)](#)
9.
  - a) [La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés \(CMQ\)](#)
  - b) [Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication \(CMQ\)](#)
  - c) [Télémédecine \(CMQ\)](#)
10. [La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier \(CMQ\)](#)
11. [Comment porter plainte contre un médecin \(CMQ\)](#)
12. [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin \(CMQ\)](#)
13. [Comité directeur national sur les heures de travail des résidents, CRMCC](#)
14. [Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine \(CMQ\)](#)
15. [Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec](#)
16. [Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des médecins \(CMQ\)](#)
17.
  - a) CanMEDS - [Leader](#)
  - b) CanMEDS - [Collaborateur](#)
18. [Énoncés de position du CMQ](#)
19. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), [Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité](#)
20. [Risques de consommation de cannabis pour la santé](#)
21.
  - a) [Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec](#)
  - b) [Principe de Joyce](#)

- ARBELAEZ, C. (éd.), et collab. (2011). *The Chief Resident Survival Guide*, 2<sup>e</sup> éd., *Emergency Medicine Residents' Association (EMRA)*, 96 p.
- ASGHARI, F., N. N. FARD et A. ATABAKI (2011). «[Are we proper role models for students? Interns' perception of faculty and residents' professional behaviour](#)», *Postgraduate Medical Journal*, vol. 87, n° 1030, p. 519-523.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). *Guide des bonnes pratiques. Des soins sécuritaires – la réduction des risques médico-légaux*.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM) (2020). *Lorsque les médecins se sentent intimidés ou menacés*, octobre.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM) (2018). *Le médecin dans le rôle d'enseignant – Quelles sont ses responsabilités?*
- AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION (2019). *A guide to social media and medical professionalism: the tips and traps every doctor and medical student should know*, 23 p.
- BACK, A. L., et collab. (2003). «[Teaching Communication Skills to Medical Oncology Fellows](#)», *Journal of Clinical Oncology*, vol. 21, n° 2, 15 juin, p. 2433-2436.
- BALMER, D. F., A. P. GIARDINO et B. F. RICHARDS (2012). «[The Dance Between Attending Physicians and Senior Residents as Teachers and Supervisors](#)», *Pediatrics*, vol. 129, n° 5, p. 910-915.
- BESTAWROS, A. (2004). «[La responsabilité civile des résidents en médecine et de leurs commettants](#)», *Revue du Barreau*, tome 64, printemps.
- BHAGIA, J. et J. A. TINSLEY (2000). «[The Mentoring Partnership](#)», *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 75, n° 5, mai, p. 535-537.
- BREEN, K. J., et collab. (2010). «[Ethical and legal responsibilities of medical students](#)», *Good Medical Practice: Professionalism, Ethics and Law*, Cambridge University Press, p. 18-32.
- BUSARI, J. O., et collab. (2003). «[The perceptions of attending doctors of the role of residents as teachers of undergraduate clinical students](#)», *Medical Education*, vol. 37, n° 3, mars, p. 241-247.
- BYSZEWSKI, A., et collab. (2012). «[Wanted: role models - medical students' perceptions of professionalism](#)», *BMC Medical Education*, vol. 12, n° 115.
- CHAMBERLAND, M. et R. HIVON (2005). «[Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique](#)», *Pédagogie médicale*, vol. 6, n° 2, mai, p. 98-111.
- CHEN, X., et collab. (2012). «[How do supervising surgeons evaluate guidance provided in the operating room?](#)», *The American Journal of Surgery*, vol. 203, n° 1, p. 44-48.
- CHRISTAKIS, D. A. et C. FEUDTNER (1993). «[Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront](#)», *Academic Medicine*, vol. 68, n° 4, avril, p. 249-254.
- COHEN, J. S. et S. PATTEN (2005). «[Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta](#)», *BMC Medical Education*, vol. 5, n° 21, juin.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2018). *Le médecin et le consentement aux soins*, 79 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2015). «[De la page à l'écran](#)», *Revue Le Collège*, vol. 55, n° 2, printemps, 32 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2008). *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, 43 p.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO (2007). *The Practice Guide*, septembre.
- COTTRELL, D., J. GRANT et B. C. JOLLY (2007). «[AMEE Guide N° 27: Effective educational and clinical supervision](#)», *Medical Teacher*, vol. 29, n° 1, p. 2-19.
- COTTRELL, E. (2007). «[Talking with patients and colleagues](#)», *The Medical Student's Survival Guide 2: Going clinical*, Radcliffe Publishing, Oxford, New York, p. 25-36.
- DAUGHERTY, S. R., et collab. (1998). «[Learning, Satisfaction, and Mistreatment during Medical Internship](#)», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 279, n° 15, p. 1194-1199.
- DOUGHTY R. A., P. D. WILLIAMS et C. N. SEASHORE (1991). «[Chief resident training. Developing leadership skills for future medical leaders](#)», *American Journal of Diseases of Children*, juin, vol. 145, n° 6, p. 639-642.
- ECRI INSTITUTE (2019). *2019 Top 10 Patient Safety Concerns Executive Brief*, 19 p.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2014). *Code d'éthique des médecins résidents*, juin.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2013). «[Le professionnalisme](#)», *Le Bulletin*, vol. 35, n° 3, printemps.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2009). «[La santé des médecins résidents: vos droits et obligations – les ressources et alternatives](#)», *Le Bulletin*, vol. 31, n° 3, mars.
- GEURTS, S., C. RUTTE et M. PEETERS (1999). «[Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents](#)», *Social Science & Medicine*, vol. 48, n° 9, mai, p. 1135-1148.
- GOOLD, S. D. et STERN D. T. (2006). «[Ethics and professionalism: what does a resident need to learn?](#)», *The American Journal of Bioethics*, vol. 6, n° 4, p. 9-17.
- GOULET, F., et collab. (2013). «[Effects of continuing professional development on clinical performance. Results of a study involving family practitioners in Quebec](#)», *Canadian Family Physician*, vol. 59, mai, p. 518-525.
- HAGGERTY, J. L., et collab. (2003). «[Continuity of care: a multidisciplinary review](#)», *BMJ*, vol. 327, p. 1219-1221.
- HENRY, B. W., J. G. HAWORTH et P. HERING (2006). «[Perceptions of medical school graduates and students regarding their academic preparation to teach](#)», *Postgraduate Medical Journal*, vol. 82, n° 971, septembre, p. 607-612.
- HICKS, P. (2011). «[The Role of Supervision in Creating Responsible and Competent Physicians](#)», *Academic Pediatrics*, vol. 11, n° 1, p. 9-10.
- HUDDLE, T. S. (2013). «[The limits of social justice as an aspect of medical professionalism](#)», *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 38, n° 4, p. 369-387.
- JASWAL, J. (2013). «[Mentorship in Canadian Residency Programs](#)», *Conférence canadienne sur l'éducation médicale*, 22 avril.

- JULIAN, K. A., et collab. (2007). «[Teaching Residents to Teach: The Impact of a Multi-Disciplinary Longitudinal Curriculum to Improve Teaching Skills](#)», *Medical Education Online*, vol. 12, n° 12.
- KIKUKAWA, M. (2013). «[The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study](#)», *BMC Medical Education*, vol. 13, n° 100.
- KRAVETZ, A. J., et collab. (2011). «[Patient Misunderstanding of The Academic Hierarchy is Prevalent and Predictable](#)», *Journal of Surgical Research*, vol. 171, n° 2, p. 467-472.
- LANDAU, C., et collab. (1986). «[Stress in social and family relationships during the medical residency](#)», *Journal of Medical Education*, vol. 61, n° 8, août, p. 654-660.
- LAURIN, S., M.-C. AUDÉTAT et G. SANCHE (2005). «Comment planifier une intervention correctrice quand un stagiaire manque de professionnalisme?», *Le médecin du Québec*, 22 octobre.
- LINGARD, L., et collab. (2002). «[Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices](#)», *Academic Medicine*, vol. 77, n° 3, mars.
- MACDONALD, C. (2000). «[Clinical Standards and the Structure of Professional Obligation](#)», *Professional Ethics, A Multidisciplinary Journal*, vol. 8, n° 1, printemps, p. 7-17.
- MAULDON, E., J. RADFORD et A. TODD (2014). «[Expanding capacity for supervision in general practice through student-engaged clinical audit](#)», *Quality in Primary Care*, vol. 22, n° 1, p. 35-41.
- MCALISTER, C. (2015). «[Breaking the Silence of the Switch — Increasing Transparency about Trainee Participation in Surgery](#)», *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, juin, p. 2477-2479.
- MEDICAL PROFESSIONALISM PROJECT; AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE FOUNDATION (2004). «[Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens](#)», *Pédagogie médicale*, vol. 5, n° 1, p. 43-45.
- MÉNARD, J.-P. (2012). «Droit et pratique: le statut légal du résident», *L'actualité médicale*, 27 novembre.
- MORROW, G., et collab. (2012). «[Does specialty training prepare doctors for senior roles? A questionnaire study of new UK consultants](#)», *Postgraduate Medical Journal*, vol. 88, n° 1044, p. 558-565.
- NOLS, J. (2002). «Responsabilité des médecins-patrons, des centres universitaires et des résidents en médecine», *Devoir de sécurité et la responsabilité des établissements de santé (Colloque)*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, Québec, p. 31-59.
- NOVACK, D. H., R. M. EPSTEIN et R. H. PAULSEN (1999). «[Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being](#)», *Academic Medicine*, vol. 74, n° 5, mai, p. 516-620.
- OGLE, K., W. SULLIVAN et M. YEO (2012). «L'éthique en médecine familiale: Guide à l'intention du personnel enseignant», *Collège des médecins de famille du Canada*, 154 p.
- OLIVER, D. (2011). «[Enseigner aux étudiants en médecine à apprécier les patients "difficiles"](#)», *Le Médecin de famille canadien*, vol. 57, n° 4, avril, p. 148-150.
- PALLIN, D. J., et collab. (2008). «[Is Consent "Informed" When Patients Receive Care from Medical Trainees?](#)», *Academic Emergency Medicine*, vol. 15, n° 12, p. 1304-1308.
- PELLEGRINI Jr, V. D. (2012). Perspective: «[Ten Thousand Hours to Patient Safety, Sooner or Later](#)», *Academic Medicine*, vol. 87, n° 2, p. 164-167.
- PETERKIN, A. D. (2008). «Staying Human During Residency Training: How to Survive and Thrive after Medical School», *University of Toronto Press*, 5 juillet.
- PORTA, C. R., et collab. (2012). «[Training Surgeons and the Informed Consent Process: Routine Disclosure of Trainee Participation and Its Effect on Patient Willingness and Consent Rates](#)», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 147, n° 1, p. 57-62.
- ROSSIGNOL, M. et L. BOOTHROYD (2016). «[Les niveaux de soins: normes et standards de qualité](#)», *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, janvier, Gouvernement du Québec, 47 p.
- ROTH, C. G., et collab. (2019). «[Twelve tips for the introduction of emotional intelligence in medical education](#)», *Medical Teacher*, vol. 441, n° 7, p. 746-749.
- ROUGAS, S., et collab. (2015). «[Twelve tips for addressing medical student and resident physician lapses in professionalism](#)», *Medical Teacher*, vol. 37, n° 10, p. 901-907.
- SAMBUNJAK, D., S. E. STRAUS et A. MARUŠIĆ (2006). «[Mentoring in Academic Medicine: A Systematic Review](#)», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 296, n° 9, p. 1103-1115.
- SANTEN, S. A., et collab. (2004). «[Patients' Willingness to Allow Residents to Learn to Practice Medical Procedures](#)», *Academic Medicine*, vol. 79, n° 2, p. 144-147.
- SANTEN, S. A. et collab. (2019). «[Factors Affecting Entrustment and Autonomy in Emergency Medicine: "How much rope do I give them?"](#)», *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 20, n° 1, p. 58-63.
- SIMERJIT, S. et collab. (2013). «[Qualities of an effective teacher: what do medical teachers think?](#)», *BMC Medical Education*, vol. 13, n° 128.
- STERNUSZUS R., M. E. MACDONALD et Y. STEINERT (2015). «[Resident Role Modeling: "It Just Happens"](#)», *Academic Medicine*, 17 novembre, vol. 91, n° 3, p. 427-432.
- SWICK, H. M., et collab. (1999). «[Teaching professionalism in undergraduate medical education](#)», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 282, n° 9, septembre, p. 830-832.
- TAIT, A. R. (2019). «[Consent Obtained by Residents: Informed by the Uninformed?](#)», *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 30, n° 2, p. 163-166.
- TARDIF, J. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*, Chenelière Éducation, Montréal, 363 p.
- VAN DER LEEUW, J., et collab. (2013). «[The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review](#)», *Academic Medicine*, vol. 88, n° 1, p. 26-34.
- VAN ROERMUND, T. CM, et collab. (2011). «[Teachers' ideas versus experts' descriptions of 'the good teacher' in postgraduate medical education: implications for implementation. A qualitative study](#)», *BMC Medical Education*, vol. 11, n° 42.

VEASEY, S., et collab. (2002). «[Sleep Loss and Fatigue in Residency Training: A Reappraisal](#)», *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 288, n° 9, 4 septembre, p. 1116-1124.

WAGNER, P., et collab. (2007). «[Defining medical professionalism: a qualitative study](#)», *Medical Education*, vol. 41, n° 3, p. 288-294.

WARD, B., G. MOODY et J. F. MAYBERRY (1997). «[The views of medical students and junior doctors on pre-graduate clinical teaching](#)», *Postgraduate Medical Journal*, vol. 73, p. 723-725.

WEALTHALL, S. et M. HENNING (2012). «[What makes a competent clinical teacher?](#)», *Canadian Medical Education Journal*, vol. 3, n° 2.

WEST, C. P. et T. D. SHANAFELT (2007). «[The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education](#)», *BMC Medical Education*, vol. 7, n° 29.

WETZEL, M. S. (1996). «[Developing the role of the tutor/facilitator](#)», *Postgraduate Medical Journal*, vol. 72, p. 474-477.

WRIGHT, S. M., et collab. (1998). «[Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models](#)», *The New England Journal of Medicine*, 31 décembre, vol. 339, n° 27, p. 1986-1993.

ZENDEJAS, B., et collab. (2011). «[Handing Over Patient Care: Is it Just the Old Broken Telephone Game?](#)», *Journal of Surgical Education*, vol. 68, n° 6, p. 465-471.

# MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

## **DRE MARIE ARSENAULT**

Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, Université Laval

## **DRE SYLVIE BÉLANGER**

Pédiatre et directrice du programme de pédiatrie, CHU de Québec

## **DR KEN DOYLE**

Professeur adjoint, Département de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill

## **DRE JOSÉE DUBOIS**

Professeure titulaire, radiologie diagnostique, Université de Montréal

## **PRE ÈVE-REINE GAGNÉ**

Vice-doyenne aux études médicales prédoctorales, Université de Sherbrooke

## **DR YVES GERVAIS**

Inspecteur, Direction de l'inspection professionnelle, CMQ

## **MME CATHERINE LAJOIE**

Présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec

## **MME MARIE-ANIK LAPLANTE**

Coordonnatrice aux affaires syndicales, Fédération des médecins résidents du Québec

## **DRE LOUISE SAMSON**

Directrice adjointe des études médicales, CMQ, en fonction jusqu'en mai 2021

## **HISTORIQUE**

L'idée de ce guide a d'abord été proposée par la Dre Anne-Marie MacLellan, directrice des études médicales du CMQ, qui reconnaissait l'importance de préciser le rôle et les responsabilités de l'apprenant et du superviseur afin de collaborer au maintien de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Pour élaborer ce guide, le comité exécutif a mandaté un groupe de travail piloté par la Dre Louise Samson, directrice adjointe des études médicales du CMQ, à laquelle le Dr Yves Gervais, inspecteur, s'est adjoint dès le début comme coresponsable. Les membres du groupe de travail ont été sélectionnés selon leur rôle de responsable universitaire, de représentant de superviseurs ou de représentant des apprenants. Les activités du groupe de travail se sont initialement échelonnées sur une période de 2 ans. Une consultation élargie auprès de partenaires clés et une revue de la littérature sont venues valider les réflexions du groupe de travail.

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes du CMQ pour leur collaboration à la mise à jour de ce guide: la Dre Anne-Marie MacLellan, directrice des études médicales, le Dr Armand Aalamian, directeur adjoint des études médicales, le Dr Stéphane Ouellet, médecin-conseil à la Direction des études médicales, et la Dre Nathalie Saad, pneumologue et membre du Conseil d'administration.