

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille

JUILLET 2020

VERSION 2.0



Normes générales d'agrément des programmes de résidence en médecine familiale

Le Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga, ON
L4W 5A4

Téléphone : 905 629-0900
Sans frais : 1 800 387-6197
Courriel : accreditation@cfpc.ca

© 2020 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Ce document est adapté de : Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence. *Normes générales d'agrément des programmes de résidence*. Ottawa, ON : Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence ; 2020.

© 2020 le Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence ([CanRAC](#)). Cité et reproduit avec permission.

Les *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille* sont un document à caractère évolutif. La présente version (juillet 2020, V2.0) constitue une mise à jour de la version précédente de juillet 2018. Si vous avez des questions, veuillez les poser à l'adresse suivante : accreditation@cfpc.ca.

Pour citer ce document :

Collège des médecins de famille du Canada. *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Remerciements

Le CMFC remercie les nombreux comités, départements de médecine de famille, organisations, et personnes (membres, non-membres et membres du personnel du CMFC) qui ont contribué au développement de ces normes et à leur amélioration continue. Les *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille* ont été adaptées des [Normes générales d'agrément des programmes de résidence](#). Elles ont été élaborées sous le leadership du Comité d'agrément sur l'agrément des programmes de résidence du CMFC. En particulier, nous remercions le secrétariat CanRAC pour son soutien indéfectible.

Comité d'agrément des programmes de résidence (2019/20)

Keith Wycliffe-Jones (président)
Dany Afram
Elisabeth Boileau
Fraser Brenneis
Geneviève Coiteux
Douglass Dalton
José François
David Galiano (Résident)
John Gallinger
Brian Geller
Jennifer Hall
Kathrine Lawrence
Anne-Marie MacLellan
Paul Miron
Louise Nasmith
Nina Nguyen (Résident)
Danielle O'Keefe
Alain Papineau
Karl Stobbe
Sarah Taber
Galt Wilson
Eric Wong
Marianne Xhignesse
Cliff Yaffe

Jennifer Hall
Mathieu Labossière
Fleur-Ange Lefebvre
David McKnight
Nina Nguyen
Louise Samson
Salvatore Spadafora
Isabelle Tardif
Parveen Wasi
Christopher Watling
Keith Wycliffe-Jones

Comité d'amélioration des normes d'agrément — Médecine de famille (2019-20)

Richard Almond (president)
Thomas Crichton
Daniel Grushka
Jennifer Hall
Julie Lane
Kathrine Lawrence
Fok-Han Leung
Paul Miron
David Price
Isabelle Tardif
Keith Wycliffe-Jones

Comité d'amélioration des normes d'agrément CanRAC (2019-20)

Richard Almond (Co-président)
Anne-Marie MacLellan (Co-présidente)
Sarah Taber (Co-présidente)
Armand Aalamian
Timothy Dalseg
Jason Frank

Remerciements

Révision et traduction de la version française

Jacinthe Aubry
Lucie Hamelin
Anne-Marie MacLellan
Catherine Ordi
Sophie Richard
Louise Samson
Isabelle Tardif
Nathalie Upton

Chargés de projet du CMFC

Richard Almond (Director, Accreditation)
Michelle Mayne (Manager, Academic Family Medicine Administration and Accreditation)

Table des matières

Objectifs de la formation	1
Cadre de l'organisation des normes	8
NORMES	10
DOMAINE : ORGANISATION DU PROGRAMME	10
NORME 1 : La structure organisationnelle, les dirigeants et le personnel administratif en place sont appropriés pour apporter un soutien efficace au programme de résidence, aux enseignants et aux résidents.	10
NORME 2 : Le directeur de programme et le comité du programme de résidence gèrent en collaboration tous les aspects du programme de résidence.	12
DOMAINE : PROGRAMME ÉDUCATIF	15
NORME 3 : Les résidents sont préparés à la pratique autonome.	15
DOMAINE : RESSOURCES	20
NORME 4 : Le programme de résidence dispose de ressources suffisantes pour sa gestion et la prestation de la formation.	20
DOMAINE : APPRENANTS, ENSEIGNANTS ET PERSONNEL ADMINISTRATIF	22
NORME 5 : Le milieu d'apprentissage favorise la sécurité et le bien-être.	22
NORME 6 : Les résidents sont traités équitablement et reçoivent un soutien adéquat tout au long de leur progression dans le programme de résidence.	23
NORME 7 : Les enseignants dispensent et appuient efficacement tous les aspects du programme de résidence.	24
NORME 8 : Le personnel administratif est valorisé et soutenu dans la prestation des programmes de résidence.	25
DOMAINE : AMÉLIORATION CONTINUE	26
NORME 9 : Une amélioration continue des expériences éducatives est assurée afin d'enrichir le programme de résidence et de faire en sorte que les résidents soient prêts à passer à la pratique autonome.	26
GLOSSAIRE	28
Références	33

Objectifs et principes directeurs pour les programmes de formation

Objectifs de la formation

Le but des programmes de formation en résidence en médecine de famille de base est de former des résidents qui possèdent les compétences requises pour débiter, et pour s'adapter à, l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine de famille n'importe où au Canada, et ce de façon indépendante.

Le but de la formation des programmes de compétences avancées en médecine de famille est de favoriser l'acquisition d'habiletés additionnelles et, dans certains cas, de compétences additionnelles pour soutenir et élargir la prestation de soins complets et globaux par les médecins de famille, et leur capacité d'adapter leurs compétences au contexte communautaire.

Atteindre ces objectifs est une responsabilité partagée par le résident et le programme, où le programme offre les apprentissages et les occasions d'évaluation nécessaires, et où le résident est un apprenant proactif, qui est responsable de l'atteinte de la compétence professionnelle.

Cette proposition est complexe, compte tenu de la diversité de la population canadienne, de la géographie, des ressources, de la démographie, des milieux socioculturels et du profil des maladies dans les collectivités. Les programmes de résidence visent à former les médecins de famille, qui sont des généralistes compétents, capables d'adapter leurs compétences aux besoins de leurs collectivités, souples et engagés dans leur collectivité, qui possèdent des connaissances médicales vastes et approfondies, et qui sont disposés à travailler dans les limites de leurs capacités dans des contextes d'incertitude médicale afin de répondre aux besoins des patients en matière de santé.

Étant donné la grande variété de milieux de pratique et de modèles de soins d'un bout à l'autre du pays, ainsi que le besoin de répondre à des besoins imprévus et émergents, les médecins de famille doivent faire preuve de souplesse, et appliquer leurs compétences de généralistes à tous les modes de pratique. De ce fait, les programmes de médecine de famille de base doivent faire en sorte que tous les diplômés soient habilités à fournir des soins complets et globaux au niveau individuel, conformément au [Profil professionnel en médecine de famille](#) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).¹

Tous les programmes doivent préparer les médecins de famille à interagir et à travailler efficacement avec une diversité de personnes et de populations, y compris ceux qui font face à des obstacles à l'accès aux soins. Le CMFC reconnaît le rôle que joue le racisme systémique dans la création de disparités sanitaires et sociales qui touchent les peuples autochtones du Canada. Cette situation est décrite dans le document intitulé *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada*. Compte tenu de cette reconnaissance et à la lumière des *Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, il est important que les médecins de famille maîtrisent des compétences spécifiques à la santé autochtone afin d'offrir des soins de qualité optimale à cette population.^{2,3}

La résidence prépare les diplômés à évaluer les besoins de la collectivité et de la pratique, ainsi que leurs propres besoins d'apprentissage, et de prendre les mesures nécessaires pour définir leurs plans d'apprentissage en conséquence. Le programme favorise les compétences de généraliste, dont la capacité d'adapter ses compétences aux besoins de la communauté en offrant une variété d'expériences de base planifiées, facultatives et sélectives dans de multiples contextes, y compris, sans s'y limiter, la pratique en milieu rural. Partout au pays, les médecins de famille acquièrent des compétences avancées afin de répondre aux besoins de leurs collectivités. Certains poursuivent leur formation en s'inscrivant à des programmes de résidence en compétences avancées. Le développement de compétences spécifiques au contexte commence pendant la résidence, tant dans les programmes de compétences de base que dans les programmes de compétences avancées, mais l'apprentissage se poursuit dans la pratique, soutenu par des activités de développement professionnel continu (DPC) adéquates et du mentorat.

On encourage les programmes à faire preuve de créativité, d'érudition et de leadership. Les présentes normes d'agrément visent à favoriser la qualité et l'uniformité, mais elles ne sont pas prescriptives : les programmes conçoivent et organisent leur formation de manière à optimiser les réalités et les forces locales. Les programmes prendront la mesure de leur efficacité à atteindre l'objectif de la formation et cultiveront un environnement qui adhère à l'amélioration continue de la qualité dans un esprit de collaboration les uns avec les autres, avec le CMFC et avec les autres intervenants du secteur de la santé, tout en reconnaissant la responsabilité conjointe que nous avons envers l'excellence de la formation des médecins de famille.

Principes directeurs

Pour aider les programmes de résidence à atteindre les objectifs de formation, le CMFC, par l'intermédiaire de son Comité sur la spécialité de médecine familiale, a approuvé l'utilisation de certains documents sur le cursus et l'évaluation. Ces documents encadrent la conception et l'élaboration d'un plan directeur pour les programmes de résidence et forment la base d'un bon nombre de normes de formation en médecine de famille.

Le cursus

Tous les cursus des programmes de résidence en médecine de famille, y compris les programmes de compétences avancées, sont conçus conformément au [Cursus triple C axé sur le développement des compétences](#). Ce document s'articule autour de quatre directives : offrir une formation sur les soins complets et globaux, la continuité pédagogique et la continuité des soins aux patients, les soins centrés sur la médecine de famille et le cursus axé sur les compétences.⁴

Les principaux référentiels liés au cursus Triple C — [CanMEDS-Médecine familiale 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum des soins \(CanMEDS-MF\)](#) et [Objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille](#) (objectifs d'évaluation) — présentent différentes dimensions de la compétence en médecine de famille. Ils peuvent être utilisés pour élaborer et « cartographier » les objectifs et les expériences d'apprentissage, ainsi que les stratégies d'évaluation. [CanMEDS-MF](#) avait d'abord été élaboré en tant que cadre curriculaire principal, les [Objectifs d'évaluation](#)

servant à définir l'évaluation. Les deux documents se complètent et ensemble, ils forment une approche complète pour le développement de la compétence en médecine de famille.^{5,6}

Le cursus des programmes utilise une combinaison efficace d'expériences cliniques pratiques et universitaires de façon à promouvoir et à évaluer la responsabilité grandissante envers la préparation à l'exercice indépendant de la médecine de famille.

Les éléments essentiels d'un cursus Triple C, décrits ici de façon plus détaillée, intègrent les divers référentiels et documents d'orientation du CMFC.

Formation et soins complets et globaux

La globalité des soins en médecine de famille est à la base de l'activité professionnelle et de la capacité définies dans le [Profil professionnel en médecine de famille du CMFC](#). Elle délimite aussi l'étendue de la formation que doivent dispenser les programmes de résidence. La globalité des soins fait également référence à l'approche holistique que les médecins de famille utilisent pour comprendre et prendre en charge la santé des patients et leurs préoccupations en matière de santé. Elle est un élément de l'expertise décrit dans [CanMEDS-MF](#). Les programmes préparent les résidents à exercer des soins complets et globaux dans le plein sens de ces deux expressions.^{1,5}

Les programmes de formation en compétences avancées à la fois élargissent les compétences globales des médecins de famille en développant davantage la capacité d'adapter ses compétences aux besoins communautaires et au contexte, tout en maintenant la compétence dans un vaste champ de pratique. La formation en compétences avancées soutient et favorise la globalité en intégrant des approches holistiques dans des domaines de pratique ciblée, et en mettant en place un modèle de leadership propice à l'instauration d'organisations de pratiques qui dispensent des soins intégrés et assurent la continuité des soins aux patients. Les milieux cliniques qui soutiennent l'acquisition de compétences avancées peuvent être différents de ceux du programme de formation de base des résidents en médecine de famille, mais ils sont conformes à l'approche du Cursus Triple C axée sur le développement des compétences. Les expériences d'apprentissage favorisent les soins centrés sur le patient, répondent aux besoins médicaux et psychosociaux des patients dans tous les contextes, incluant les soins aigus, chroniques et ambulatoires ; ils reposent souvent sur la collaboration au sein des équipes de soins et les développent davantage.

Continuité pédagogique et continuité des soins

Élément crucial de l'exercice de la médecine de famille, la continuité améliore les expériences et la santé des patients. Les médecins de famille établissent des relations professionnelles empathiques, significatives et thérapeutiques avec les patients, leurs familles et leurs proches, ce qui est particulièrement important pour les patients souffrant de maladies chroniques, complexes et comorbides. C'est au fil de ces relations suivies, propices à la narrativité, que la maladie et la souffrance sont reconnues, comprises et soulagées, et que le médecin peut procéder à des évaluations et prendre des décisions centrées sur le patient. La continuité est présente dans un contexte de soins épisodiques, dans les transitions des soins et se développe au fil du temps ; elle englobe les dimensions de la relation

interpersonnelle, de la circulation de l'information sur les patients et de l'organisation des services de soins au sein du système de santé. Dans les programmes de compétences avancées, la continuité des soins demeure un processus par lequel un patient établit avec le médecin une relation visant à optimiser ses soins, adaptée à ses besoins médicaux et psychosociaux. Tous les programmes, y compris les programmes de compétences avancées, veillent à ce que les résidents soient sensibles aux avantages de la continuité des soins pour la santé ; qu'ils se sentent responsables d'assurer cette continuité ; et qu'ils acquièrent une expérience substantielle en la matière. Pendant la formation de base, les résidents assument le rôle du médecin de famille et sont responsables de la continuité des soins prodigués à un groupe de patients, ce qui leur permet d'éprouver les joies et les défis de la médecine de famille, tout en acquérant la capacité d'offrir de tels soins.

Une relation pédagogique continue entre un résident et un médecin de famille qui agit en tant que superviseur, qui lui offre un soutien, un mentorat, des conseils et du coaching sur les compétences, est au cœur des programmes bien conçus. Les superviseurs, qui sont choisis avec soin en fonction de leurs aptitudes à l'enseignement, sont des modèles de rôle pour la prestation des soins complets et globaux. De façon optimale, le superviseur offre au résident une communauté de pratique organisée selon le modèle du [Centre de médecine de famille \(CMF\)](#) du CMFC, ce qui les aide à développer leur identité professionnelle de médecin de famille et favorise une culture de collaboration, d'amélioration de la qualité et d'érudition.⁷

Soins centrés sur la médecine de famille

Les expériences d'apprentissage sont centrées sur la médecine de famille lorsqu'elles :

- mettent l'accent sur les activités professionnelles décrites dans le [Profil de formation en médecine de famille](#)¹
- favorisent le développement des [compétences CanMEDS-MF](#)⁵
- enrichissent les connaissances et les compétences à l'aide des [objectifs d'évaluation](#)⁶
- font participer les médecins de famille en tant qu'enseignants
- mettent de l'avant la philosophie de soins articulée dans les [Quatre principes de la médecine familiale](#)⁸

Il est impératif que les résidents acquièrent de l'expérience dans un contexte de médecine de famille, complétée au besoin par des activités ciblées, axées sur des domaines et/ou milieux de soins spécifiques afin de favoriser l'acquisition des habiletés globales d'un généraliste. La combinaison particulière d'activités d'apprentissage, planifiées et mises en œuvre par le programme, est basée sur une évaluation des besoins, des ressources, des habitudes de pratique et des forces pédagogiques locales. Les médecins de famille occupent les principaux rôles de leadership et d'enseignants ; ils travaillent dans un environnement collaboratif avec d'autres collègues du domaine de la santé afin d'offrir le programme de formation.

Les programmes de compétences avancées demeurent axés sur la médecine de famille ; ils visent à mettre les résidents en contact avec des superviseurs qui leur présentent un modèle d'intégration de ces

compétences avancées aux soins complets et globaux, afin d'aider les patients au sein de leur « CMF », et qui soutiennent la continuité des soins. Ces programmes sont centrés sur la médecine de famille : l'enseignement et la supervision sont dispensés par des médecins de famille dans des environnements qui offrent des soins complets et globaux et dans des pratiques ciblées. Les programmes de compétences avancées encouragent activement les résidents à maintenir et intégrer leurs compétences en médecine de famille globale.

Évaluation de la compétence dans les programmes de médecine de famille

La compétence en médecine de famille est complexe, fluide et dynamique ; elle varie au fil du temps en fonction de nombreux facteurs, dont le milieu de pratique, les intérêts individuels, l'expérience et la réponse aux besoins de la collectivité et de la pratique. Le rôle de la formation en médecine de famille de base et en compétences avancées peut être conceptualisé comme suit :

Compétence de base : Le résident possède les compétences requises pour débiter, et s'adapter à, l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine de famille n'importe où au Canada, et ce de façon indépendante.

Au début de la pratique, les résidents sont en mesure d'assumer les responsabilités professionnelles décrites dans le [Profil professionnel en médecine de famille](#). Les nombreuses compétences requises pour appuyer ce travail sont énumérées dans [CanMEDS-MF](#). Des programmes sont conçus pour développer ces compétences, conformément au [Cursus Triple C axé sur le développement des compétences](#). La compétence est évaluée en tenant compte de multiples dimensions, qui sont définies dans le Référentiel de compétences [CanMEDS-MF](#) et les [Objectifs d'évaluation](#). Un programme d'évaluation qui utilise l'approche des [compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation](#) (CRAFT) doit être en place ; il servira à esquisser, faciliter, surveiller et orienter les décisions concernant l'atteinte progressive de la compétence par les résidents.^{1,4-6,9}

Par pratique indépendante, on entend simplement une pratique sécuritaire, autonome et autoréglementée, sans qu'une supervision soit nécessaire. Ce concept ne désigne pas un modèle de soins en solo ou la pratique individuelle, puisque la médecine de famille est, par sa définition, reconnue comme une pratique collaborative et axée sur le travail d'équipe. **Il s'agit du niveau de compétence requis pour être admissible à la certification par le Collège des médecins de famille du Canada (CCMF).**

Capacité d'adapter ses compétences au contexte communautaire : Ce concept désigne le processus continu d'adapter ses compétences aux besoins de sa communauté, des patients et de sa pratique, ainsi qu'au développement de compétences spécifiques au contexte communautaire. Influencé par les intérêts et les talents personnels, ce concept s'appuie sur les compétences de base acquises pendant la résidence, conformément aux expériences individuelles, et continue à évoluer pendant tout le continuum de formation. Les programmes assurent l'acquisition de cette capacité en offrant à tous les résidents une vaste gamme de contextes de pratique, surtout dans les environnements difficiles, où les ressources sont faibles. Là où le CMFC a travaillé afin de déterminer les compétences spécifiques à un contexte (p. ex., [Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences en médecine](#)

familiale dans les milieux ruraux et éloignés), les programmes les utiliseront pour comprendre et concevoir ces expériences d'apprentissage.¹⁰

Il existe diverses façons d'obtenir ces compétences additionnelles, spécifiques au contexte, y compris l'expérience personnelle, le mentorat, le développement professionnel continu (DPC) et les séances de formation en compétences avancées formelles.

Pour les besoins de l'agrément, la formation en compétences avancées est organisée en deux catégories de programmes de résidence : les programmes de compétences avancées de Catégorie 1 sont agréés selon des compétences nationales propres aux domaines, définies et reconnues par le CMFC pour l'évaluation, et doivent utiliser ces normes. Les programmes de Catégorie 2 ont des compétences propres aux domaines établies au palier local, par l'université, pour l'évaluation.

En plus des programmes de compétences avancées de Catégorie 1 cliniques, le CMFC évalue les programmes du clinicien érudit dans le cadre de ses visites d'agrément des programmes de compétences avancées. Ces programmes visent à transmettre aux résidents les connaissances, les habiletés et les attitudes requises pour entreprendre une carrière d'érudition en soins de santé et leur donnent l'occasion de combiner érudition et soins cliniques. Les programmes englobent une gamme d'activités d'érudition, conformément à la définition du modèle de Ernest Boyer¹¹ (l'érudition de la découverte, de l'enseignement de l'intégration et de l'application).

Pour le programme du clinicien érudit, puisque le programme d'études est en grande partie axé sur les intérêts, les besoins d'apprentissage et les objectifs de carrière du résident, il n'est ni possible ni désirable de définir les sujets prioritaires obligatoires. Il est plutôt préférable de préciser certains buts, objectifs et principes génériques comme suit :

- À la fin du volet érudit du programme, l'apprenant aura acquis les connaissances, les compétences et les attitudes fondamentales nécessaires pour entreprendre une carrière d'érudit en santé. Dans la plupart des cas, les candidats devront suivre une formation additionnelle spécifique à leur domaine d'intérêt pour pouvoir faire carrière en tant qu'érudit indépendant.
- Le programme du clinicien érudit doit également offrir la possibilité d'intégrer les activités d'érudition et les soins cliniques. Il se pourrait donc que le programme de résidence du clinicien érudit se déroule à temps partiel sur plus d'un an (p. ex., à mi-temps sur deux ans), non seulement en raison de la nature cyclique de la recherche/de l'érudition (préparation des demandes d'octrois, demandes sur le plan de l'éthique, et/ou soumission de manuscrit, ponctuées de périodes d'attente, etc.), mais aussi pour permettre aux cliniciens érudits de maintenir leurs compétences en médecine de famille dans leur pratique clinique.
- Il y a plusieurs façons d'organiser le programme du clinicien érudit, mais il y a certains avantages à promouvoir le programme auprès de médecins de famille qui retournent de la pratique.

- Le programme du clinicien érudit devrait inclure les domaines d'intérêt pour les érudits qui souhaitent intégrer toute la gamme d'activités d'érudition conformément au modèle d'Ernest Boyer¹⁰ (érudition de la découverte, de l'enseignement et de l'application).

Sommaire des ressources clés

1. [Profil professionnel en médecine de famille](#) : Décrit l'activité professionnelle des médecins de famille et définit la portée globale de la formation en résidence. Il éclaire également les notions de globalité et de soins centrés sur la médecine de famille qui se trouvent dans le Cours Triple C.¹
2. [CanMEDS-Médecine familiale 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum des soins](#) : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille organisé par rôle et décrit les compétences requises pour exécuter le travail présenté dans le *Profil professionnel en médecine de famille*.⁵
3. [Cursus Triple C axé sur le développement des compétences](#) : Un cursus axé sur le développement des compétences, basé sur le référentiel CanMEDS-MF et sur les Objectifs d'évaluation en médecine familiale. Il comporte trois éléments : la formation et les soins complets et globaux, la continuité pédagogique et la continuité des soins aux patients, et les soins centrés sur la médecine de famille.⁴
4. [Une nouvelle vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale – Un Centre de médecine de famille \(2019\)](#) : Le Centre de médecine de famille (CMF) est la vision du CMFC d'un modèle de pratique pour la médecine de famille, axée sur des soins complets, globaux et centrés sur les patients. Il s'agit d'un modèle de pratique de médecine de famille, qui sert d'exemple pour le recrutement des superviseurs et la sélection des sites d'enseignement clinique pour les programmes de résidence.⁷
5. [Les objectifs d'évaluation en médecine de famille](#) : Ce document encadre l'évaluation de la compétence en médecine de famille au début de la pratique indépendante aux fins de la certification par le CMFC. Il décrit les habiletés et les comportements indicateurs de la compétence.⁶
6. [L'Évaluation réflexive continue dans la formation \(CRAFT\) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille](#) : Le CMFC décrit CRAFT comme une approche cohérente à l'évaluation programmatique fondée sur les compétences pour les résidents en cours de formation. Il est conçu pour répondre aux attentes liées aux rôles CanMEDS-MF propres à la spécialité et aux quatre Principes de la médecine familiale dans le contexte des lignes directrices du Collège sur la formation en résidence axée sur le développement des compétences.^{5,8,9}
7. [Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale : Un référentiel pour le développement professoral](#) : Ce Référentiel de formation professorale décrit les activités pédagogiques afin d'encadrer l'autoréflexion et le développement professionnel continu ; il est conçu pour aider les programmes en médecine de famille, les départements et les enseignants à élaborer des cursus de formation professorale en médecine de famille.¹²
8. [CanMEDS-Médecine familiale \(supplément sur la santé autochtone\)](#) : Ce supplément au Référentiel de compétences CanMEDS-MF 2017 aidera aux médecins de famille à offrir de soins

de haute qualité qui correspondent aux besoins et à la situation des peuples autochtones au Canada.¹³

Cadre de l'organisation des normes

Échelon	Description
Domaine	Domaines définis par le Comité de mise en œuvre de l'agrément du projet L'Avenir de l'éducation médicale postdoctorale au Canada — volet postdoctoral, afin d'établir une terminologie commune qui permet aux organisations d'harmoniser les normes d'agrément dans l'ensemble du continuum de formation médicale.
Norme	Résultat global à atteindre en se conformant aux exigences correspondantes.
Élément	Catégorie d'exigences liée à la norme globale.
Exigence	Composante mesurable d'une norme.
Indicateurs obligatoires et exemplaires	<p>Attente particulière permettant d'évaluer la conformité à une exigence (c.-à-d. de montrer que l'exigence est atteinte).</p> <p>Il faut satisfaire aux indicateurs obligatoires afin de se conformer pleinement à une exigence. Les indicateurs exemplaires s'accompagnent d'objectifs d'amélioration qui dépassent les exigences et peuvent servir à présenter des indicateurs qui deviendront obligatoires avec le temps.</p> <p>Les indicateurs s'appuient sur au moins une source de preuves, qui ne seront pas toutes recueillies au moment de la visite d'agrément sur place (p. ex., preuves recueillies dans le Système de gestion de l'agrément au Canada (CanAMS) par l'intermédiaire du profil de l'institution ou du programme).</p>

Les *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille* sont un ensemble de normes nationales établies par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) aux fins d'évaluation et d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille. **À moins d'indication contraire, ces normes s'appliquent aux programmes de médecine de famille et aux programmes de compétences avancées.** Leur but est de fournir une interprétation des [Normes générales d'agrément des programmes de résidence](#), qui s'appliquent à l'agrément des programmes de médecine de famille* et visent à assurer la qualité de la formation médicale postdoctorale au Canada et à fournir aux programmes de

* Le présent document comprend les *Normes générales d'agrément des programmes de résidence* (c.-à-d., qu'il n'est pas nécessaire de le lire en parallèle avec les [Normes générales d'agrément des programmes de résidence](#)).

résidence le soutien nécessaire pour bien préparer les résidents à répondre aux besoins de la population qu'ils serviront.¹⁴

Ces normes comprennent les exigences relatives aux programmes de résidence et aux milieux de formation[†], et ont été rédigées afin de préciser les attentes, tout en permettant la souplesse nécessaire pour faire place à l'innovation.

Les programmes de médecine de famille comprennent :

- Le programme central de médecine de famille de deux ans.
- Le programme central des compétences avancées, qui supervise les programmes de Catégorie 1 et de Catégorie 2.

À l'heure actuelle, les programmes de Catégorie 1 suivants sont reconnus :

- [Médecine de famille/Médecine d'urgence](#)
- [Médecine de famille/Soins aux personnes âgées](#)
- [Anesthésiologie en médecine de famille](#)
- Médecine de famille/Clinicien érudit
- [Médecine de famille/Médecine du sport et de l'exercice](#)
- [Médecine de famille/Soins palliatifs](#)
- [Médecine de famille/Médecine des toxicomanies](#)
- [Médecine de famille/Compétences avancées en chirurgie](#)
- [Médecine de famille/Compétences en chirurgie obstétricale](#)

Suite à la réussite d'un programme de Catégorie 1, sauf le programme du clinicien érudit, les résidents sont admissibles à faire une demande de Certificat de compétence additionnelle (CCA).

Les résidents qui complètent des programmes de Catégorie 2 ne sont pas admissibles aux CCA.

[†] Des normes applicables aux sites de formation font également partie des *Normes générales d'agrément des programmes de résidence*.

NORMES

DOMAINE : ORGANISATION DU PROGRAMME

Le domaine de l'organisation du programme comprend les normes axées sur les aspects organisationnels et fonctionnels qui soutiennent le programme de résidence.

NORME 1 : La structure organisationnelle, ainsi que les dirigeants et le personnel administratif en place sont appropriés pour apporter un soutien efficace au programme de résidence, aux enseignants et aux résidents.

Élément 1.1 : Le directeur de programme dirige efficacement le programme de résidence.

Exigence(s)	Indicateur(s)
1.1.1 : Le directeur de programme est disponible pour superviser et faire progresser le programme de résidence.	1.1.1.1 : Le directeur de programme dispose de suffisamment de temps protégé pour veiller à la supervision et à l'avancement du programme de résidence, conformément aux lignes directrices du bureau des études postdoctorales, et compte tenu de la taille et de la complexité du programme. 1.1.1.2 : Le directeur de programme est accessible et réceptif à l'égard des commentaires, besoins et préoccupations des résidents, exprimés directement ou par l'intermédiaire des canaux de communication appropriés. 1.1.1.3 : Le directeur de programme est accessible et réceptif à l'égard des commentaires, besoins et préoccupations des enseignants et des membres du comité du programme de résidence, exprimés directement ou par l'intermédiaire des canaux de communication appropriés. 1.1.1.4 : Le directeur de programme de médecine de famille est accessible et réceptif à l'égard des besoins et préoccupations de tous les directeurs de site et des directeurs de programme de compétences avancées. 1.1.1.5 (Compétences avancées) : Le directeur de programme de compétences avancées fournit un encadrement et un soutien adéquats aux directeurs de programme de compétences avancées de Catégorie 1 et de Catégorie 2 et à leurs comités de programme de résidence en compétences avancées. 1.1.1.6 : Le directeur de programme de compétences avancées et les directeurs de site sont responsables à ces égards au directeur de programme de médecine de famille. 1.1.1.7 (Compétences avancées) : Les directeurs de programmes de Catégorie 1 et de Catégorie 2 sont responsables à ces égards au directeur de programme de compétences avancées.
1.1.2 : Le directeur de programme reçoit un soutien approprié pour superviser et faire progresser le programme de résidence.	1.1.2.1 : La faculté de médecine, le bureau des études postdoctorales et le responsable universitaire de la discipline fournissent au directeur de programme de médecine de famille et au directeur de programme de compétences avancées une autonomie et un soutien suffisant, de même que les ressources nécessaires pour assurer le fonctionnement efficace du programme de résidence.

1.1.2.2 : Le soutien administratif est structuré de façon à appuyer adéquatement le directeur de programme (le directeur de programme de médecine de famille et les directeurs de programme de compétences avancées), le programme de résidence et les résidents.

1.1.3 : Le directeur de programme exerce un leadership efficace pour le programme de résidence.

1.1.3.1 : Le directeur de programme (le directeur de programme de médecine de famille et les directeurs de programme de compétences avancées favorisent) favorise un environnement qui permet aux membres du comité du programme de résidence, aux résidents, aux enseignants et à d'autres personnes, le cas échéant, d'identifier les besoins et d'instaurer des changements.

1.1.3.2 : Chaque directeur de programme se porte à la défense des expériences d'apprentissage équitables, pertinentes et efficaces.

1.1.3.3 : Chaque directeur de programme communique efficacement avec des partenaires du programme de résidence.

1.1.3.4 : Chaque directeur de programme prévoit et gère efficacement les conflits.

1.1.3.5 : Chaque directeur de programme respecte la diversité, et protège les droits et la confidentialité des renseignements des résidents et des enseignants.

1.1.3.6 : Chaque directeur de programme participe activement à des activités de développement professionnel en éducation médicale.

1.1.3.7 [Exemplaire] : Chaque directeur de programme manifeste et favorise un engagement envers l'érudition et l'innovation pour l'avancement du programme de résidence.

1.1.3.8 [Exigence du Collège royal] : Le directeur de programme, ou son substitut, participe à au moins une rencontre du comité de spécialité du Collège royal par an, en personne ou à distance.

Élément 1.2 : Une structure de comité(s) efficace et fonctionnelle est en place pour soutenir le directeur de programme afin de lui permettre de s'acquitter de la planification, de l'organisation, de l'évaluation et de la progression du programme de résidence.

Exigence(s)

Indicateur(s)

1.2.1 : La structure du comité du programme de résidence est composée des principaux intervenants pour le programme de résidence.

1.2.1.1 : Les principales entités universitaires, cliniques et administratives, ainsi que les milieux de formation administratifs pertinents, sont représentés aux comités du programme de résidence (comité de programme de résidence (CPR) en médecine de famille, CPR des sites de formation, CPR en compétences avancées, CPR des programmes de Catégorie 1, CPR des programmes de Catégorie 2, le cas échéant).

1.2.1.2 : Un processus efficace, équitable et transparent est en place pour que les résidents puissent choisir leurs représentants sur chaque comité du programme de résidence, assurant ainsi l'apport adéquat de tous les sites.

1.2.1.3 : Un processus efficace est en place pour que les personnes contribuant aux plans et au programme de bien-être et de sécurité des résidents puissent faire part de leurs commentaires au comité du programme de résidence.

1.2.1.4 [Exemplaire] : Un processus efficace est en place pour que les personnes responsables de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les milieux de formation puissent faire part de leurs commentaires au comité du programme de résidence.

1.2.1.5 [Exemplaire] : Pour respecter son mandat concernant la responsabilité sociale, chaque comité du programme de résidence sollicite l'apport d'intervenants

et d'experts dans la communauté, y compris ceux qui font partie de groupes autochtones et ruraux, ainsi que des populations marginalisées.

1.2.1.6 (Compétences avancées) : Des représentants des directeurs de tous les programmes de Catégorie 1 et de Catégorie 2, ou leurs délégués, siègent au comité de programme de résidence en compétences avancées.

1.2.2 : Le comité du programme de résidence a un mandat clair en ce qui a trait à la gestion et à l'évaluation des principales fonctions du programme de résidence.

1.2.2.1 : Il y a un cadre de référence rédigé clairement qui traite de la composition, du mandat, des rôles et responsabilités de chaque membre, des structures de responsabilisation, des processus décisionnels, des voies de communication et des procédures des réunions.

1.2.2.2 : Le mandat du comité du programme de résidence est revu régulièrement et modifié au besoin.

1.2.2.3 : Le mandat des comités du programme de résidence porte sur la supervision de la planification et l'organisation du programme de résidence de base et des programmes de compétences avancées, incluant la sélection des résidents, la conception pédagogique, l'élaboration des politiques et processus, la sécurité, le mieux-être des résidents, l'évaluation de la progression des résidents et l'amélioration continue.

1.2.2.4 : La fréquence des réunions permet au comité du programme de résidence de remplir son mandat.

1.2.2.5 : Le comité du programme de résidence supervise un comité de compétence (ou un équivalent) responsable d'examiner l'état de préparation des résidents vis-à-vis de la responsabilité professionnelle croissante, la promotion et la transition vers la pratique.

1.2.3 : Un processus décisionnel efficace et transparent qui prend en compte l'apport des résidents et d'autres intervenants du programme de résidence est en place.

1.2.3.1 : Les membres du comité du programme de résidence s'investissent résolument dans un processus décisionnel collaboratif qui comprend notamment la présence régulière et la participation active aux réunions des comités, le cas échéant.

1.2.3.2 : Le comité du programme de résidence recherche activement les rétroactions des intervenants du programme de résidence, discute des enjeux, élabore des plans d'action et effectue le suivi des enjeux ciblés.

1.2.3.3 : Il existe au sein du comité du programme de résidence une culture de respect de l'opinion des résidents.

1.2.3.4 : Les actions et les décisions sont communiquées en temps opportun aux résidents, aux enseignants et au personnel administratif du programme de résidence, ainsi qu'au responsable universitaire de la discipline et aux autres personnes chargées de la prestation du programme de résidence, selon les besoins.

NORME 2 : Le directeur de programme et le comité du programme de résidence gèrent en collaboration tous les aspects du programme de résidence.

Élément 2.1 : Des politiques et processus efficaces pour la gestion de la formation des résidents sont élaborés et mis à jour

Exigence(s)	Indicateur(s)
--------------------	----------------------

2.1.1 : Le comité du programme de résidence dispose de politiques et	2.1.1.1 : Un mécanisme efficace est en place pour la révision et l'adoption des politiques et processus pertinents du bureau des études postdoctorales et des milieux de formation.
---	--

processus bien définis, transparents et fonctionnels pour gérer la formation des résidents.

2.1.1.2 : Un mécanisme transparent et efficace est en place pour l'élaboration et l'adoption conjointes des politiques et processus requis du programme et de la discipline.

2.1.1.3 : Un mécanisme efficace est en place pour la diffusion des politiques et processus du programme de résidence auprès des résidents, des enseignants et du personnel administratif.

2.1.1.4 : Les conflits d'intérêts impliquant toutes les personnes assumant des responsabilités dans le cadre des programmes de résidence sont bien identifiés et gérés en fonction des politiques et procédures centrales en matière de divulgation et gestion des conflits d'intérêts.

Élément 2.2 : Le directeur de programme et le comité du programme de résidence communiquent et collaborent avec les intervenants du programme de résidence.

Exigences(s)	Indicateur(s)
2.2.1 : Des mécanismes efficaces sont en place pour la collaboration avec la division ou le département, d'autres programmes et le bureau des études postdoctorales.	2.2.1.1 : Les communications se font de manière efficace entre le programme de résidence et le bureau des études postdoctorales.
	2.2.1.2 : Des mécanismes efficaces sont en place pour le partage d'informations et la collaboration entre le programme de résidence et la division ou le département, selon les besoins, particulièrement en ce qui concerne les ressources et la capacité.
	2.2.1.3 : Des mesures de collaboration sont en place avec le programme de formation médicale prédoctorale de la faculté de médecine et avec les programmes de développement professionnel continu, y compris ceux du perfectionnement du corps professoral, le cas échéant.
	2.2.1.4 : Des mesures de collaboration sont en place avec d'autres professions de la santé afin de fournir des expériences d'apprentissage communes aux apprenants dans l'ensemble des programmes de formation des professions de la santé.

Élément 2.3 : Les ressources et les milieux de formation sont structurés de façon à satisfaire aux exigences de la discipline.

Exigence(s)	Indicateur(s)
2.3.1 : Il existe un processus bien défini et efficace de sélection des milieux de formation qui participent aux programmes de résidence.	2.3.1.1 : Un processus efficace est en place pour la sélection, l'organisation et la révision des milieux de formation où sont offerts les programmes de résidence (y compris les programmes de compétences avancées) en fonction des expériences éducatives requises et conformément aux politiques centrales sur les ententes avec les milieux de formation.
	2.3.1.2 : Lorsque les milieux de formation de la faculté de médecine sont dans l'incapacité de remplir toutes les exigences éducatives, le comité du programme de résidence, en collaboration avec le bureau des études postdoctorales, recommande d'établir des ententes interinstitutionnelles afin d'assurer l'acquisition par les résidents des compétences nécessaires, et participe à la concrétisation de ces ententes.
2.3.2 : Chaque milieu de formation est doté d'une structure	2.3.2.1 : Chaque milieu de formation administratif est doté d'un directeur responsable devant le comité du programme de résidence, et d'un soutien administratif adéquat.

organisationnelle efficace qui favorise la formation et la communication.

2.3.2.2 : Une communication et une collaboration efficaces ont été établies entre le comité du programme de résidence et les directeurs de chaque milieu de formation pour veiller à ce que les politiques et procédures du programme soient respectées.

2.3.2.3 (Compétences avancées) : Chaque programme de compétences avancées est doté d'un directeur de programme qui siège au comité du programme de résidence en compétences avancées, et d'un soutien administratif adéquat.

2.3.3 : Le comité du programme de résidence effectue une planification des opérations et des ressources en vue de soutenir la formation des résidents.

2.3.3.1 : Un processus efficace est en place pour la détermination, la justification et la planification des ressources nécessaires au programme de résidence.

DOMAINE : PROGRAMME ÉDUCATIF

Le domaine du programme éducatif comprend les normes axées sur la planification, la conception et la prestation du programme de résidence.

Remarque : Les programmes de résidence axés sur la durée sont planifiés et structurés en fonction d'objectifs éducatifs reliés aux expériences requises, alors que l'approche par compétences en formation médicale est planifiée et structurée en fonction des compétences requises pour la pratique. Les normes du programme éducatif ont été formulées pour s'adapter aux deux programmes de résidence, c'est-à-dire structurées en fonction d'objectifs axés sur les résultats et d'objectifs visant les compétences.

NORME 3 : Les résidents sont préparés à la pratique autonome.

Élément 3.1 : La conception pédagogique du programme de résidence repose sur des compétences ou des objectifs fondés sur les résultats qui préparent les résidents à répondre aux besoins de la population qu'ils serviront dans leur pratique autonome.

Exigence(s)	Indicateurs
3.1.1 : Des compétences ou des objectifs d'apprentissage, ou les deux, sont en place afin d'assurer que les résidents satisfont progressivement à toutes les normes de la discipline et répondent aux besoins de la société.	3.1.1.1 : Les compétences sont conçues afin de satisfaire aux objectifs de formation définis dans les Objectifs et les principes directeurs du programme. 3.1.1.2 : Les compétences intègrent chacun des rôles du référentiel CanMEDS-MF . 3.1.1.3 : Les compétences formulent des attentes différentes pour les résidents pendant la formation. 3.1.1.4 : Les besoins de la collectivité et de la société locales ou régionales sont pris en compte dans la conception du programme de résidence. 3.1.1.5 [Exemplaire] : <i>Le contexte autochtone est pris en compte dans la conception des compétences du programme de résidence.</i>

Élément 3.2 : Le programme de résidence offre des expériences d'apprentissage conçues pour favoriser l'acquisition des compétences par les résidents ou l'atteinte des objectifs fondés sur les résultats, selon le cas.

Exigence(s)	Indicateur(s)
3.2.1 : Les compétences ou les objectifs, ou les deux, orientent les expériences d'apprentissage et offrent aux résidents des occasions de développer leur responsabilité professionnelle à chaque étape ou niveau de formation.	3.2.1.1 : Les expériences d'apprentissage sont définies en fonction de chaque compétence ou objectif et sont cartographiées à chacun d'eux. 3.2.1.2 : Les expériences d'apprentissage sont choisies au niveau du programme et du site pour faire en sorte que les apprenants atteignent les objectifs de formation pour la médecine de famille. 3.2.1.3 : Les expériences d'apprentissage sont appropriées pour l'étape ou le niveau de formation des résidents et encadrent chez ceux-ci la capacité d'assumer une prise de responsabilité professionnelle croissante au niveau de la pratique autonome. 3.2.1.4 : Les expériences d'apprentissage offrent des occasions de développer la compétence dans la continuité des soins.

3.2.1.5 : Les expériences d'apprentissage offrent des occasions de développer la compétence dans la prestation de soins complets et globaux.

3.2.1.6 : Les expériences d'apprentissage sont axées sur la médecine de famille.

3.2.1.7 : Les expériences d'apprentissage assurent la continuité pédagogique.

3.2.1.8 : Les expériences d'apprentissage offrent des occasions de développer la capacité d'adapter ses compétences au milieu communautaire.

3.2.1.9 : Les expériences d'apprentissage offrent des occasions de développer la compétence requise pour offrir des soins aux populations rurales, autochtones et sous-desservies.

3.2.1.10 [Exemplaire] (Compétences avancées) : Les programmes de compétences avancées intègrent pleinement [le Cours Triple C axé sur les compétences](#).

3.2.2 : Le programme de résidence s'appuie sur un plan de curriculum complet, qui est propre à la discipline et qui traite de tous les rôles CanMEDS/[CanMEDS-MF](#).

3.2.2.1 : Un plan de curriculum clair décrit les expériences éducatives pour les résidents.

3.2.2.2 : Le plan du curriculum intègre tous les objectifs d'apprentissage du programme.

3.2.2.3 : Le plan du curriculum tient compte de l'enseignement par des experts et de l'apprentissage expérientiel pour chaque rôle [CanMEDS-MF](#), en englobant une variété d'activités d'apprentissage appropriées.

3.2.2.4 : Il existe un plan de curriculum qui décrit les expériences et assure que les apprenants atteignent les objectifs de formation.

3.2.2.5 : Le plan de curriculum inclut une formation sur l'amélioration continue, notamment axée sur les systèmes de soins (y compris la sécurité des patients), qui permet aux résidents de mettre en pratique leur apprentissage dans un projet ou milieu clinique.

3.2.2.6 : Le plan de curriculum tient compte de la gestion des risques liés à la fatigue, particulièrement de leurs répercussions sur le milieu clinique, et des stratégies individuelles ou collectives de gestion des risques.

3.2.2.7 : Le plan de curriculum en médecine de famille requiert une formation d'au moins 24 mois (ne s'applique pas aux compétences avancées).

3.2.2.8 [Exemplaire] : *Le plan du curriculum offre aux résidents l'occasion d'entreprendre des activités d'amélioration continue de la qualité, y compris l'utilisation de données liées à leur pratique.*

3.2.3 : La conception du programme permet aux résidents de se donner des objectifs personnels d'apprentissage et de travailler à les atteindre.

3.2.3.1 : Les expériences éducatives de chaque résident sont personnalisées pour s'adapter à leurs besoins d'apprentissage et leurs aspirations de carrière tout en respectant les objectifs de formation de la médecine de famille.

3.2.3.2 : Le programme de résidence favorise une culture de la pratique réfléchie et de l'apprentissage à vie chez ses résidents.

3.2.4 : Les responsabilités cliniques sont attribuées de façon à soutenir l'acquisition progressive des compétences ou des objectifs, ou les deux, comme il est décrit dans les rôles CanMEDS/[CanMEDS-MF](#).

3.2.4.1 : Les responsabilités cliniques des résidents sont attribuées d'après leur étape ou niveau de formation, de même qu'en fonction de leur niveau individuel de compétence.

3.2.4.2 : Les responsabilités cliniques des résidents, y compris les activités de garde, offrent des occasions d'apprentissage expérientiel progressif.

3.2.4.3 : Les résidents sont affectés aux diverses expériences d'apprentissage de manière équitable, de sorte que les occasions de répondre aux besoins d'apprentissage et d'acquérir les compétences attendues dans le cadre du programme de résidence sont équivalentes pour tous les résidents.

3.2.4.4 : Les responsabilités cliniques des résidents n'entravent pas leur capacité à participer à des activités de formation obligatoires.

3.2.4.5 : Les expériences d'apprentissage cliniques des apprenants sont organisées de sorte à favoriser la responsabilité pour la continuité des soins.

3.2.5 : Le milieu pédagogique soutient et favorise l'apprentissage des résidents dans un climat propice aux activités d'érudition.

3.2.5.1 : Les résidents ont accès à une variété d'activités d'érudition, y compris la recherche et l'amélioration continue de la qualité.

3.2.5.2 : Les résidents disposent de temps protégé pour participer à des activités d'érudition, y compris sans s'y limiter, des activités de recherche, d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité.

3.2.5.3 : Les résidents disposent de temps protégé pour participer à des activités de développement professionnel afin d'enrichir leur apprentissage ou pour présenter leurs travaux d'érudition/scientifiques, ou les deux.

3.2.5.4 : Les activités d'érudition des résidents comprennent un soutien pour le développement de leurs compétences en tant qu'enseignants.

Élément 3.3 : Les enseignants facilitent l'acquisition des compétences par les résidents, ou l'atteinte des objectifs, selon le cas.

Exigence(s)	Indicateur(s)
3.3.1 : Les besoins d'apprentissage des résidents, leur étape ou niveau de formation et d'autres facteurs pertinents sont pris en considération pour orienter tout l'enseignement afin d'aider les résidents à atteindre les objectifs ou les compétences, selon le cas.	3.3.1.1 : Les enseignants utilisent des compétences ou des objectifs, selon le cas, pour chacune des expériences d'apprentissage, afin de guider les interactions éducatives avec les résidents.
	3.3.1.2 : Les enseignants adaptent adéquatement leur enseignement à l'étape ou au niveau de formation des résidents, ainsi qu'aux besoins en matière d'apprentissage et aux objectifs individuels.
	3.3.1.3 : Les enseignants contribuent à favoriser et à maintenir un environnement d'apprentissage positif.
	3.3.1.4 : Les commentaires des résidents aux enseignants facilitent l'adaptation des méthodes d'enseignement et des affectations dans le but de maximiser les expériences d'apprentissage.
	3.3.1.5 : Un enseignant désigné travaille au long cours avec l'apprenant pour l'aider à réfléchir à la progression vers l'atteinte de la compétence requise pour débiter la pratique indépendante, conformément à la définition de l'accompagnateur pédagogique dans le Référentiel des APF .

Élément 3.4 : Un système d'évaluation des résidents structuré et efficace est en place.

Exigence(s)	Indicateurs
3.4.1 : Le programme de résidence est doté d'un système d'évaluation planifié, défini et implanté.	3.4.1.1 : Le système d'évaluation se fonde sur l'acquisition des compétences par les résidents ou l'atteinte des objectifs, selon le cas, spécifiques à chacune des expériences d'apprentissage.
	3.4.1.2 : Le système d'évaluation indique clairement les méthodes d'évaluation des résidents dans le cadre de chaque expérience d'apprentissage.
	3.4.1.3 : Le système d'évaluation énonce clairement le degré de rendement attendu des résidents en fonction de leur étape ou niveau de formation ; pour les médecins de famille, au minimum, ceci s'applique à la promotion, et à l'achèvement de la formation.

3.4.1.4 : Le système d'évaluation indique et utilise les outils et des processus d'évaluation en cours de formation adaptés aux expériences d'apprentissage du programme de résidence, et met l'accent sur l'observation directe, lorsque pertinent.

3.4.1.5 : Le système d'évaluation assure que, pour l'achèvement de la formation, l'atteinte des [objectifs d'évaluation](#) du CMFC par les résidents est évaluée.

3.4.1.6 : Le système d'évaluation se fonde sur de multiples évaluations des compétences des résidents par différents évaluateurs pendant diverses expériences d'apprentissage, au fil du temps, dans une variété de contextes.

3.4.1.7 : Les enseignants connaissent les attentes quant au rendement des résidents selon l'étape ou le niveau de formation, et se réfèrent à ces attentes lorsqu'ils évaluent les résidents.

3.4.1.8 : La conception du système d'évaluation repose sur un processus d'évaluation réflexive continue, qui porte une attention particulière à l'examen périodique de la progression.

3.4.2 : Un mécanisme est en place pour inciter les résidents à participer à des discussions régulières sur l'analyse de leur rendement et de leur progression dans le programme.

3.4.2.1 : Les résidents reçoivent régulièrement et en temps opportun, en personne, une rétroaction pertinente sur leur rendement.

3.4.2.2 : Le directeur de programme ou un délégué approprié tient des rencontres régulières avec les résidents pour revoir leur rendement et leur progression, et en discuter.

3.4.2.3 : La progression des résidents en vue d'acquérir les compétences est documentée de façon appropriée, dont les constats sont accessibles aux résidents dans un délai raisonnable.

3.4.2.4 : Les résidents connaissent les processus d'évaluation et les décisions relatives à la promotion et à l'achèvement de la formation.

3.4.2.5 : Le programme de résidence favorise un environnement dans lequel les résidents utilisent activement la rétroaction formative pour guider leur apprentissage.

3.4.2.6 : Il incombe aux résidents et aux enseignants de consigner les apprentissages des résidents ainsi que l'acquisition des compétences et/ou l'atteinte des objectifs de leur discipline, à chaque étape de la formation.

3.4.2.7 : Les évaluations périodiques de la performance servent à encadrer le développement des plans d'apprentissage et à adapter les expériences d'apprentissage afin de répondre aux besoins du résident en matière de formation.

3.4.3 : Un processus clairement formulé est en place pour la prise de décisions sur la progression des résidents, y compris la décision à l'effet que la formation a été complétée de façon satisfaisante.

3.4.3.1 : Le comité de compétence (ou l'équivalent) examine régulièrement l'état de préparation des résidents à une responsabilité professionnelle croissante, une promotion et une transition vers la pratique, selon le système d'évaluation du programme.

3.4.3.2 : Le comité de compétence (ou l'équivalent) effectue une évaluation sommative de l'état de préparation des résidents en vue de la certification et de la pratique autonome, le moment venu.

3.4.3.3 : Le directeur de programme transmet au collègue concerné les documents d'évaluation sommative pour déterminer l'admissibilité aux examens et pour chaque résident qui a terminé avec succès le programme de résidence.

3.4.3.4 [Exemplaire] : Le comité de compétence (ou l'équivalent) utilise des méthodologies d'évaluation avancées (p. ex., l'analytique de l'apprentissage, l'analyse des descriptions narratives) pour éclairer les recommandations formulées voire les décisions prises sur la progression des résidents.

3.4.4 : Le système d'évaluation permet de repérer rapidement les résidents qui éprouvent des difficultés à acquérir les compétences ou atteindre les objectifs requis, tel qu'attendu, et de leur offrir du soutien.

3.4.4.1 : Les résidents sont informés dans un délai raisonnable de toute préoccupation relative à leur rendement ou progression.

3.4.4.2 : Les résidents qui ne progressent pas tel qu'attendu, reçoivent le soutien nécessaire et se voient offrir des occasions pertinentes d'améliorer leur rendement.

3.4.4.3 : Tout résident qui nécessite une remédiation formelle ou des expériences d'apprentissage supplémentaires, ou les deux, reçoit :

- un plan écrit qui précise les objectifs de la remédiation formelle et leur justification ;
 - les expériences d'apprentissage prévues pour lui permettre d'atteindre ces objectifs ;
 - une indication des méthodes d'évaluation qui seront employées ;
 - une explication des résultats potentiels et des conséquences ;
 - de l'information sur les méthodes qui orienteront la prise de décision finale sur la réussite ou l'échec d'une période de remédiation formelle ;
 - de l'information sur le processus d'appel.
-

DOMAINE : RESSOURCES

Le domaine des ressources comprend les normes axées sur l'accessibilité à des ressources suffisantes pour la prestation du programme de résidence en vue, ultimement, d'assurer que les résidents sont prêts pour la pratique autonome.

NORME 4 : Le programme de résidence dispose de ressources suffisantes pour sa gestion et la prestation de la formation.

Élément 4.1 : Le programme de résidence dispose des ressources cliniques, physiques, techniques et financières nécessaires pour offrir à tous les résidents les expériences éducatives nécessaires à l'acquisition de toutes les compétences ou à l'atteinte de tous les objectifs.

Exigence(s)	Indicateur(s)
4.1.1 : La population de patients est adéquate pour assurer que les résidents vivent des expériences qui couvrent l'ensemble de la discipline.	4.1.1.1 : Le programme de résidence donne accès au volume et à la diversité de patients appropriés pour la discipline. 4.1.1.2 : Le programme de résidence donne accès à des populations de patients et des environnements diversifiés, en accord avec les besoins de la collectivité et de la société rattachés à la discipline, et comprend, sans s'y limiter, l'accès à des populations rurales, autochtones et mal desservies.
4.1.2 : Les services et installations cliniques et de consultation sont structurés et adéquats pour permettre aux résidents de vivre des expériences qui couvrent l'ensemble de la discipline.	4.1.2.1 : Le programme de résidence a accès à la diversité de sites de formation et de champs de pratique propres à la discipline. 4.1.2.2 : Le programme de résidence a accès à des services appropriés de consultation pour satisfaire aux normes générales et spécifiques de la discipline. 4.1.2.3 : Le programme de résidence a accès à des services appropriés de diagnostic et de laboratoire pour répondre aux exigences relatives aux compétences des résidents et assurer la prestation de soins de grande qualité. 4.1.2.4 : Les résidents peuvent être formés dans des milieux où les ressources sont limitées. 4.1.2.5 : Les résidents sont formés dans des milieux d'apprentissage inter et intraprofessionnels fonctionnels qui les préparent à exercer en collaboration. 4.1.2.6 (Exemplaire) : Les résidents sont considérablement exposés à des milieux d'apprentissage organisé selon le Centre de médecine de famille .
4.1.3 : Le programme de résidence dispose des ressources financières, physiques et techniques nécessaires.	4.1.3.1 : Les ressources financières dont dispose le programme de résidence lui permettent de satisfaire aux normes générales et propres à la discipline. 4.1.3.2 : Le programme de résidence dispose de l'espace suffisant pour répondre aux exigences relatives à la formation. 4.1.3.3 : Le programme de résidence a accès à des ressources techniques adéquates pour satisfaire aux exigences propres à la discipline. 4.1.3.4 : Les résidents ont un accès approprié à des installations et à des services adéquats pour s'acquitter de leur travail, incluant des salles de garde, des espaces de travail, l'Internet et les dossiers des patients. 4.1.3.5 : Le directeur de programme, les directeurs de site, les directeurs de programme de compétences avancées, les comités de programme de résidence et

le personnel administratif ont accès à des espaces appropriés, à la technologie d'information et au soutien financier nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches.

4.1.3.6 Le programme dispose de ressources techniques adéquates pour soutenir et encourager l'apprentissage et la communication à distance ou électronique.

Élément 4.2 : Le programme de résidence dispose des ressources humaines appropriées pour offrir les expériences éducatives requises à tous les résidents.

Exigence(s)	Indicateurs
4.2.1 : Les enseignants assurent de façon appropriée la formation des résidents, les supervisent et les évaluent, contribuent au programme et agissent comme modèle de rôle d'une pratique efficace.	<p>4.2.1.1 : Le nombre d'enseignants ayant les qualifications, les compétences et les champs de pratique appropriés est suffisant pour couvrir l'ensemble de la discipline, dont l'enseignement clinique et universitaire, effectuer les évaluations des résidents et leur offrir des rétroactions.</p> <p>4.2.1.2 : Le nombre d'enseignants ayant les qualifications, les compétences et les champs de pratique appropriés est suffisant pour superviser les résidents dans tous les milieux cliniques, y compris lorsque les résidents sont de garde et auprès des patients, dans le cadre du programme de résidence, à l'extérieur d'un milieu de formation.</p> <p>4.2.1.3 : Une coordination est assurée avec d'autres programmes de résidence afin d'offrir un enseignement et des évaluations appropriés aux résidents en médecine de famille.</p> <p>4.2.1.4 : Il y a un nombre suffisant de superviseurs compétents pour soutenir une variété d'activités d'érudition et de recherche des résidents, le cas échéant.</p> <p>4.2.1.5 : Une personne désignée, relevant du comité du programme de résidence, facilite la participation des résidents à des activités d'érudition et de recherche, le cas échéant.</p> <p>4.2.1.6 : Pour les programmes de médecine de famille de base, tous les médecins de famille enseignants qui ont une responsabilité importante dans l'enseignement et l'évaluation des apprenants détiennent (ou sont sur la voie d'obtenir) la Certification du Collège des médecins de famille du Canada (CCMF), ou détiennent (ou sont en voie d'obtenir) une certification de spécialiste en médecine de famille du Collège des médecins du Québec (CMQ) ; ils détiennent un poste académique auprès d'un département universitaire de médecine de famille.</p> <p>4.2.1.7 : Le directeur de programme de médecine de famille et le directeur de programme de compétences avancées ainsi que toutes les personnes qui occupent un poste de direction dans un département, détiennent (ou sont sur la voie d'obtenir) la Certification et sont membres en règle du CMFC ou du CMQ.</p> <p>4.2.1.8 (Compétences avancées) : Tous les directeurs de programme détiennent la CCMF. Tous les directeurs de programmes de compétences avancées de Catégorie 1 ou de Catégorie 2, qui ne détiennent pas la Certification du Collège des médecins de famille du Canada, sont en mesure de démontrer une connaissance et une compréhension approfondies des besoins des résidents en médecine de famille ; et demeurent redevables aux directeurs de programmes de compétences avancées.</p>

DOMAINE : APPRENANTS, ENSEIGNANTS ET PERSONNEL

ADMINISTRATIF

Le domaine des apprenants, des enseignants et du personnel administratif comporte des normes axées sur la sécurité et le bien-être des enseignants, des apprenants et du personnel administratif, et le soutien qu'on leur accorde.

NORME 5 : L'environnement d'apprentissage favorise la sécurité et le bien-être.

Élément 5.1 : La sécurité et le bien-être des patients et des résidents sont mis de l'avant.

Exigence(s)	Indicateur(s)
5.1.1 : La supervision des résidents est adéquate.	<p>5.1.1.1 : Les résidents et les enseignants dans tous les sites de formation suivent les politiques centrales et propres au programme en ce qui concerne la supervision des résidents, y compris celles portant sur la présence sur place d'un superviseur approprié, lorsque c'est requis, durant des interventions réalisées par les résidents, et sur la supervision adéquate au niveau ou à l'étape de la formation.</p> <p>5.1.1.2 : Les enseignants sont disponibles dans un délai raisonnable pour discuter de décisions à propos des soins aux patients.</p> <p>5.1.1.3 : Les enseignants suivent les politiques et processus en place pour la divulgation de la participation des résidents aux soins aux patients et pour le consentement des patients à cette participation.</p>
5.1.2 : La formation des résidents se déroule dans un environnement d'apprentissage sécuritaire.	<p>5.1.2.1 : La sécurité est promue dans tout l'environnement d'apprentissage et auprès de tous les intervenants du programme de résidence.</p> <p>5.1.2.2 : Des politiques et processus efficaces en matière de sécurité des résidents sont en place, ce qui peut comprendre ceux qui sont définis de façon centrale ou spécifique au programme et ceux qui reflètent les préoccupations générales et/ou propres à la discipline concernant la sécurité physique, psychologique et professionnelle des résidents, le cas échéant. Les politiques ou processus abordent, sans toutefois s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none">• les agents infectieux ;• les consultations après les heures normales de travail ;• les déplacements ;• la divulgation sécuritaire des accidents ou incidents avec préjudice envers les patients ;• la gestion des risques liés à la fatigue ;• les matières dangereuses ;• les plaintes et allégations de faute professionnelle ;• les rayonnements ionisants ;• les rencontres avec les patients (y compris les visites à domicile) ;• les transferts de patients (p. ex., par Medevac) ;• la violence, y compris la violence sexuelle et sexiste• l'hébergement lorsque les résidents sont à l'extérieur du site ; et• durant la remédiation. <p>5.1.2.3 : Les politiques sur la sécurité des résidents abordent efficacement les situations et les perceptions de lacunes dans la sécurité des résidents, et offrent diverses voies d'accès à un signalement et à une gestion efficace.</p>

5.1.2.4 : Les problèmes concernant la sécurité de l'environnement d'apprentissage sont décelés et résolus.

5.1.2.5 : Les résidents sont encouragés à faire preuve de discernement et de jugement relativement à leur sécurité personnelle et à leur fatigue.

5.1.2.6 : Les résidents et les enseignants connaissent la procédure à suivre s'ils perçoivent des problèmes de sécurité.

5.1.2.7 : Les administrateurs dans tous les milieux d'apprentissage connaissent bien les procédures à suivre lorsqu'ils, ou lorsque leurs résidents, remarquent des problèmes de sécurité.

5.1.3 : Les résidents évoluent dans un environnement d'apprentissage positif et favorable à leur bien-être.

5.1.3.1 : L'environnement d'apprentissage est positif et respectueux pour tous les intervenants du programme de résidence.

5.1.3.2 : Les résidents connaissent les services de soutien confidentiels et appropriés qui leur sont offerts en matière de bien-être et peuvent y accéder pour répondre à leurs préoccupations sur le bien-être physique, psychologique et professionnel.

5.1.3.3 : Des politiques et processus centraux efficaces sont en place concernant les absences des résidents et les mesures d'adaptation en matière d'éducation.

5.1.3.4 : Les processus concernant la détection, le signalement et le suivi des cas de harcèlement/intimidation des résidents sont appliqués efficacement.

5.1.3.5 : Les résidents connaissent les services de soutien confidentiels pour gérer le stress (p. ex., de nature financière, psychologique, etc.) et la maladie, et y ont accès.

5.1.3.6 : Les résidents sont encouragés à faire preuve de discernement et de jugement relativement à leur bien-être personnel, et ont accès à des mesures de soutien à cet égard.

5.1.3.7 : Les résidents ont accès à des services de soutien qui leur sont offerts dans toutes les phases de leur évaluation, y compris lorsqu'ils éprouvent des difficultés, durant la remédiation et la probation.

5.1.3.8 (Exemplaire) : Une structure de comité de résilience et de bien-être est en place dans laquelle les résidents assument un rôle de leadership.

NORME 6 : Les résidents sont traités équitablement et reçoivent un soutien adéquat tout au long de leur progression dans le programme de résidence.

Élément 6.1 : Les résidents reçoivent un soutien équitable et transparent tout au long de leur progression dans le programme de résidence.

Exigence(s)	Indicateur(s)
6.1.1 : Des processus officiels efficaces, clairement définis et transparents sont en place pour la sélection et la progression des résidents.	6.1.1.1 : Les processus pour la sélection, la promotion, la remédiation, le renvoi et les appels des résidents sont mis en application efficacement, transparents, et en accord avec la ou les politiques centralisées applicables. 6.1.1.2 : Le programme de résidence encourage et reconnaît le leadership des résidents.
6.1.2 : Les résidents ont accès à des services de soutien à la réussite.	6.1.2.1 : Le programme de résidence offre, en temps opportun, des services formels de planification de carrière et d'orientation professionnelle aux résidents tout au long de leur progression dans le programme. 6.1.2.3 : Les résidents ont accès à un conseiller/un accompagnateur pédagogique.

NORME 7 : Les enseignants dispensent et appuient efficacement tous les aspects du programme de résidence.

Élément 7.1 : Les enseignants sont évalués, reconnus et soutenus dans leur développement en tant que modèles positifs auprès des résidents dans le cadre du programme de résidence.

Exigence(s)	Indicateur(s)
7.1.1 : Les enseignants sont évalués régulièrement et sont soutenus dans leur développement.	<p>7.1.1.1 : Un processus efficace d'évaluation des enseignants qui participent au programme de résidence est en place, conformément aux processus centraux applicables, et permet de fournir une rétroaction en temps opportun, tout en assurant l'anonymat des résidents.</p> <p>7.1.1.2 : Le système d'évaluation des enseignants assure la reconnaissance de l'excellence en enseignement, et permet de donner suite aux préoccupations en matière de comportement.</p> <p>7.1.1.3 : La rétroaction des résidents est une composante du système d'évaluation des enseignants.</p> <p>7.1.1.4 : Des possibilités de développement professoral sont offertes régulièrement aux membres du corps professoral en lien avec le programme, et leur sont accessibles.</p> <p>7.1.1.5 : Un processus efficace est en place afin de déceler, de documenter et de corriger le manque de professionnalisme chez les enseignants.</p> <p>7.1.1.6 : Le programme de résidence détermine les priorités en matière de développement professoral en lien avec la formation des résidents.</p> <p>7.1.1.7 [Exemplaire] : Le référentiel d'Activités pédagogiques fondamentales est utilisé dans le processus de développement professoral.</p> <p>7.1.1.8 [Exemplaire] : Un mécanisme de rétroaction multisources est en place pour les enseignants.</p> <p>7.1.1.9 [Exemplaire] : Un programme de développement professoral pour soutenir les enseignants qui obtiennent de la rétroaction est en place.</p> <p>7.1.1.10 [Exemplaire] : Un soutien défini aux enseignants concernant l'évaluation des résidents et les processus de remédiation des résidents est en place.</p> <p>7.1.1.11 [Exemplaire] : Les programmes de développement professoral sont informés des évaluations des enseignants.</p> <p>7.1.1.12 [Exemplaire] : Les programmes de développement professoral ont une composante sur la santé autochtone.</p>
7.1.2 : Les enseignants du programme de résidence sont des modèles positifs auprès des résidents.	<p>7.1.2.1 : Les enseignants s'acquittent de la double responsabilité de fournir des soins de grande qualité, dans le respect de l'éthique, ainsi qu'un excellent niveau de supervision et d'enseignement.</p> <p>7.1.2.2 : Les enseignants contribuent aux activités universitaires du programme et de l'institution, entre autres, les conférences, les ateliers, la préparation des examens et les visites internes.</p> <p>7.1.2.3 : Les enseignants sont soutenus et reconnus pour leurs contributions en dehors du programme de résidence, p. ex., examens par</p>

des pairs, ordres professionnels, comités d'examen, comités de spécialité, comités d'agrément et comités consultatifs médicaux du gouvernement.

7.1.2.4 : Les enseignants contribuent régulièrement à l'avancement des connaissances.

7.1.2.5 : Le programme de résidence encourage et soutient la résilience et le bien-être de ses enseignants.

7.1.2.6 : Le programme de résidence considère la démonstration de l'amélioration continue de la qualité et l'engagement envers cette pratique lorsqu'il choisit les sites d'apprentissage cliniques.

NORME 8 : Le personnel administratif est valorisé et soutenu dans la prestation des programmes de résidence.

Élément 8.1 : Le personnel administratif du programme de résidence reçoit du soutien dans son développement professionnel continu.

Exigence(s)	Indicateur(s)
8.1.1 : Un processus efficace est en place pour le développement professionnel du personnel administratif du programme de résidence.	<p>8.1.1.1 : Il existe une description des rôles qui est appliquée efficacement et qui précise les connaissances, les compétences et les attentes pour le personnel administratif du programme de résidence.</p> <p>8.1.1.2 : Le personnel administratif du programme de résidence a accès à des activités de développement professionnel offertes par l'entremise du programme centralisé et/ou le programme de résidence, en fonction des besoins d'apprentissage individuels.</p> <p>8.1.1.3 : Le personnel administratif du programme de résidence reçoit des commentaires officiels ou non sur son rendement de manière équitable et transparente, conformément aux conventions collectives applicables des universités, des organismes de santé ou des syndicats.</p> <p>8.1.1.4 : Le programme de résidence encourage et soutient la résilience et le bien-être de son personnel administratif.</p> <p>8.1.1.5 : Le personnel administratif bénéficie de soutiens et a accès à des ressources lorsqu'il aide à gérer les résidents en détresse.</p>

DOMAINE : AMÉLIORATION CONTINUE

Le domaine de l'amélioration continue comprend les normes axées sur la garantie de la présence d'une culture d'amélioration continue dans l'ensemble du programme de résidence.

Remarque : Afin d'établir clairement et de renforcer les attentes relatives à l'amélioration continue, les exigences sous l'*élément* suivent le cycle d'amélioration continue qui se traduit par la séquence « planifier, faire, vérifier, agir ».

NORME 9 : Une amélioration continue des expériences éducatives est assurée afin d'enrichir le programme de résidence et de faire en sorte que les résidents soient prêts à passer à la pratique autonome.

Élément 9.1 : Le comité du programme de résidence révisé et améliore systématiquement la qualité du programme de résidence.

Exigence(s)	Indicateur(s)
9.1.1 : Un processus systématique est en place pour réviser et améliorer régulièrement le programme de résidence et ses composantes.	9.1.1.1 : Chaque expérience éducative du programme de résidence fait l'objet d'une évaluation, qui comprend la révision des compétences ou objectifs connexes.
	9.1.1.2 : L'environnement d'apprentissage fait l'objet d'une évaluation, y compris l'évaluation des répercussions, positives ou négatives, du curriculum caché.
	9.1.1.3 : L'acquisition des compétences ou l'atteinte des objectifs par les résidents est évaluée.
	9.1.1.4 : Les ressources mises à la disposition du programme de résidence font l'objet d'un examen.
	9.1.1.5 : L'examen comprend les données d'évaluation des résidents.
	9.1.1.6 : L'examen comprend la rétroaction fournie aux enseignants dans le programme de résidence.
	9.1.1.7 : Les responsables du programme de résidence dans les divers milieux d'apprentissage sont évalués.
	9.1.1.8 : Les politiques et processus du programme de résidence concernant la formation des résidents font l'objet d'une révision.
	9.1.1.9 : L'évaluation du programme comprend un examen des données et de l'information recueillies de tous les sites de formation en médecine de famille et en compétences avancées, ainsi que les volets de formation.
9.1.2 : L'évaluation et l'amélioration de tous les aspects du programme de résidence reposent sur un ensemble de données et d'informations.	9.1.2.1 : De multiples sources d'information, y compris la rétroaction des résidents, des enseignants, du personnel administratif et d'autres personnes sont régulièrement analysées.
	9.1.2.2 : Les informations dégagées durant le processus de visite interne du vice-décanat aux études postdoctorales et toute autre donnée recueillie de façon centrale par celui-ci sont consultées.
	9.1.2.3 : Les commentaires sont recueillis dans une ambiance collégiale et ouverte.

9.1.2.4 [Exemplaire] : Un portfolio électronique des résidents (ou un outil équivalent) appuie l'examen et l'amélioration continue du programme de résidence.

9.1.2.5 [Exemplaire] : Les innovations au Canada et à l'étranger, tant au plan pédagogique que dans la pratique de la discipline, sont analysées.

9.1.2.6 [Exemplaire] : Les commentaires des patients sont recueillis ou consultés régulièrement dans le but d'améliorer le programme de résidence.

9.1.2.7 [Exemplaire] : Les commentaires des diplômés récents, et les données sur ceux-ci lorsqu'ils auront débuté la pratique, sont recueillis ou consultés régulièrement dans le but d'améliorer le programme de résidence.

9.1.2.8 [Exemplaire] : Les commentaires de la communauté sont recueillis ou évalués régulièrement dans le but d'améliorer le programme de résidence.

9.1.2.9 (Exemplaire) : Les programmes évaluent périodiquement leur efficacité dans la préparation des résidents pour répondre aux besoins en matière de santé des populations qu'ils desservent.

9.1.3 : Les données et les informations examinées permettent de déterminer les points forts et de prendre des mesures à l'égard des éléments à améliorer.

9.1.3.1 : Les éléments à améliorer servent à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'action pertinents en temps opportun.

9.1.3.2 : Le directeur du programme et le comité du programme de résidence communiquent leurs points forts et éléments à améliorer (y compris les plans d'action connexes) aux résidents, aux enseignants, au personnel administratif et à d'autres personnes, si nécessaire, en temps opportun.

9.1.3.3 : Un processus clair et bien documenté est en place pour évaluer l'efficacité des mesures prises et en prendre d'autres au besoin.

GLOSSAIRE

Termes	Description
accompagnateur pédagogique	Un enseignant qui agit en tant que conseiller pédagogique auprès d'un apprenant à long terme auprès de l'apprenant. Cette personne se préoccupe du développement et de la réalisation de plans d'apprentissage, encadre et revoit les portfolios, etc.
activité d'érudition	L'érudition comprend l'érudition de la découverte (la recherche originale), l'érudition de l'intégration (la synthèse de l'information), l'érudition de l'application (les résultats peuvent être partagés avec, ou revus par des pairs) et l'érudition de l'enseignement. ¹¹
amélioration continue	Approche systématique au changement qui comporte des cycles d'évolution (planifier, faire, vérifier, agir) menant à une hausse de la qualité et à un enrichissement des résultats. Il s'agit d'un outil interne de surveillance et de prise de décisions concernant, par exemple, les forces et les faiblesses du programme de résidence, et des façons d'améliorer notre système d'évaluation des résidents.
apprentissage expérientiel	L'apprentissage expérientiel est un modèle d'apprentissage qui préconise la participation où l'apprenant (p. ex., le résident) « apprend dans l'action », puis réfléchit sur l'action. ¹⁵
arrangement	Mesure raisonnable d'adaptation aux besoins variés des résidents pour leur donner accès à la formation de manière équitable.
Attestation	Confirmation écrite que le candidat a rempli toutes les exigences de formation, d'évaluation et d'examen des titres dans un domaine d'expertise médicale. L'attestation ne confère pas la certification dans une discipline. ¹⁶
bien-être	État de santé, à savoir de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ¹⁷
bureau des études postdoctorales	Bureau des études médicales postdoctorales dirigé par la faculté de médecine, assumant des responsabilités relatives aux programmes de résidence.
central	Terme décrivant les politiques, processus, lignes directrices ou services élaborés par l'université, la faculté de médecine, le bureau des études postdoctorales ou le Comité de la formation médicale postdoctorale, et s'appliquant à plusieurs programmes de résidence
Certification	Reconnaissance formelle que le candidat a rempli toutes les exigences de formation, d'évaluation et d'examen des titres dans un domaine de la médecine, et qu'il possède la compétence nécessaire pour exercer de manière autonome. ¹⁶⁶
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada.
CMQ	Collège des médecins du Québec
Collège royal	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
comité de la formation médicale postdoctorale (terme aussi employé au pluriel)	Comité (et tout sous-comité pertinent), supervisé par le vice-doyen aux études postdoctorales, qui facilitent la gouvernance et la supervision de tous les programmes de résidence d'une faculté de médecine.
comité du programme de résidence (terme également employé au pluriel)	Comité et sous-comités, le cas échéant, supervisés par le directeur de programme et qui apportent un soutien à ce dernier dans l'administration et la coordination du programme de résidence.
compétence (terme employé au singulier)	Ensemble des savoir-agir démontrés dans de multiples domaines ou aspects du rendement d'un médecin dans un contexte défini. On utilise, dans les énoncés relatifs à la compétence, des caractéristiques qui décrivent les habiletés pertinentes, le

Termes	Description
compétences (terme souvent employé au pluriel)	<p>contexte et le niveau de la formation ou de la pratique. La compétence est dynamique et multidimensionnelle ; elle évolue avec le temps, l'expérience et le contexte.¹⁸</p> <p>Savoir-agir observables liés à une activité précise qui intègre des connaissances, des habiletés, des valeurs et des attitudes dans un contexte bien spécifique. Comme elles peuvent être observées, les compétences peuvent être évaluées pour en vérifier la maîtrise. Elles peuvent être regroupées les unes avec les autres, comme des blocs de construction, pour favoriser le développement progressif.⁶</p>
Compétent	<p>Se dit d'une personne maîtrisant les habiletés requises dans tous les domaines de compétence s'appliquant à un contexte défini pour son niveau de formation ou pour le type de pratique qu'elle exerce.⁶</p>
conseiller pédagogique	<p>Le rôle du conseiller pédagogique comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter le résident dans la discipline de médecine de famille • Discuter avec le résident des objectifs du programme et des objectifs d'apprentissage du résident, et concevoir un plan d'apprentissage approprié • Revoir ce plan régulièrement et aider le résident à trouver, au sein même du programme, les ressources nécessaires pour répondre à ses besoins d'apprentissage • Aider le résident à : <ul style="list-style-type: none"> ○ réfléchir aux choix à faire concernant le programme, ○ comprendre la rétroaction qui lui a été donnée, ○ établir et réviser les objectifs d'apprentissage, ○ définir ses projets de carrière.
continuum de recherche	<p>Les diverses façons dont les médecins de famille, les apprenants et les chercheurs en médecine de famille effectuent de la recherche et l'intensité de cet engagement.¹⁹</p>
curriculum caché	<p>Ensemble d'influences qui se manifeste au niveau de la structure et de la culture organisationnelles et qui a des incidences sur la nature de l'apprentissage, les interactions professionnelles et la pratique clinique²⁰</p>
coordonnateur local	<p>Coordonnateur ou superviseur responsable des résidents dans un centre d'apprentissage.</p> <p>En médecine de famille, les coordonnateurs locaux, aussi appelés coordonnateurs de site sont les membres du personnel administratif responsables pour l'organisation des activités d'enseignement et d'apprentissage à un site d'apprentissage ou une clinique.</p>
développement professionnel continu CPD	<p>Processus permanent d'engagement envers l'apprentissage et le perfectionnement après la formation initiale, qui comprend le suivi et la consignation de l'acquisition de compétences, connaissances et expériences.</p>
directeur de programme	<p>Personne responsable de l'organisation et de la conduite générale du programme de résidence. Elle doit rendre compte à ces égards au vice-vice-doyen aux études postdoctorales et au responsable universitaire de la discipline.</p> <p>Le directeur de programme de compétences avancées est la personne responsable de l'organisation et de la conduite générale de l'ensemble du programme de compétences avancées. Elle doit rendre compte à ces égards au directeur de programme de médecine de famille.</p> <p>Les directeurs de programmes de Catégorie 1 et de Catégorie 2 sont les personnes responsables de l'organisation et de la conduite générale des programmes de compétences avancées individuels. Elles doivent rendre compte à ces égards au directeur de programme de compétences avancées.</p>

Termes	Description
directeur de site	En médecine de famille, la personne responsable et redevable de la conduite et de l'organisation du programme de résidence dans un site de formation en particulier. Cette personne relève du directeur de programme de médecine de famille.
Discipline	Spécialité ou surspécialité reconnue par l'un des collèges de certification, selon la définition de l'American Medical Colleges (manuscrit non publié, 2012).
division/département	Unité organisationnelle autour de laquelle se structurent les services cliniques et universitaires.
domaine de compétence (emploi au singulier ou au pluriel)	Sphères différenciées de compétence qui, prises dans leur ensemble, constituent le cadre général descriptif d'une profession, selon la définition de l'American Medical Colleges (manuscrit non publié, 2012).
doyen	Membre senior du corps professoral à qui est confiée la responsabilité de la supervision générale d'une faculté de médecine.
enseignant	Personne chargée d'enseigner aux résidents dans un milieu de formation. Enseignant, superviseur ou précepteur sont des termes souvent utilisés indifféremment.
enseignement	Comprend l'enseignement formel et informel aux résidents, dont le curriculum caché.
entente interinstitutionnelle (EII)	Entente formelle utilisée dans des circonstances où une faculté de médecine requiert que les résidents acquièrent une partie de leur formation dans une autre faculté de médecine reconnue, en phase avec les politiques et procédures des EII établies par le Collège royal, le CMFC ou le CMQ.
environnement d'apprentissage	Divers lieux, contextes et cultures dans lesquels s'effectue l'apprentissage des résidents. ²¹
Équitable	Contexte : avoir des ressources à sa disposition ou allouer des ressources ; renvoie à une répartition juste et équitable des ressources. ²²
évaluation (d'une personne)	Processus de collecte et d'analyse d'informations sur les habiletés d'une personne en vue de mesurer sa compétence ou sa performance comme médecin, et de les comparer à des critères définis. ¹⁶
évaluation (d'un programme)	Processus basé sur un ensemble de procédures pour fournir aux décideurs des renseignements pertinents sur la qualité des programmes de formation médicale et leurs composantes. ¹⁶
faculté de médecine	Faculté, école ou collège de médecine relevant d'une université/d'universités canadiennes.
gestion des risques liés à la fatigue	Ensemble de pratiques, principes et procédures de prévention de la fatigue qui sont intégrées dans tous les aspects d'une organisation dans le but d'exercer une surveillance, d'évaluer et de minimiser les effets de la fatigue et des risques associés pour la santé et la sécurité du personnel de la santé et de la population de patients qu'il sert. ²³
gestionnaire aux études postdoctorales	Membre senior du personnel administratif dont le rôle consiste à appuyer le vicedoyen aux études postdoctorales en exerçant une surveillance générale de la gestion du bureau des études postdoctorales.
humilité culturelle	L'humilité culturelle est un processus d'autoréflexion permettant de comprendre tout préjugé personnel ou systémique, et de créer et maintenir des processus respectueux et des rapports fondés sur le respect mutuel. L'humilité culturelle comprend un engagement à se percevoir humblement comme un apprenant afin de comprendre l'expérience de l'autre. ²⁴
Institution	Entité qui englobe l'université, la faculté de médecine et le bureau des études postdoctorales.

Termes	Description
Interprofessionnel	Désigne un contexte dans lequel des personnes d'au moins deux professions (p. ex., des médecins et des infirmières) collaborent à l'élaboration des plans de soins spécifiques pour les patients. Ces professionnels partagent les mêmes objectifs et responsabilités, et prennent les décisions en commun. Chacun conserve son pouvoir décisionnel en tant que professionnel (CanMEDS/ CanMEDS-MF). ⁵
intervenant de la formation des résidents	Personne ou organisation intéressée ou touchée par la formation des résidents.
Intraprofessionnel	Se dit d'un contexte dans lequel deux personnes exerçant une même profession (p. ex., la médecine), collaborent à l'élaboration de plans de soins et prennent des décisions à propos des soins aux patients (CanMEDS/ CanMEDS-MF). ⁵
mauvais traitement	Comportement non professionnel, dont l'intimidation, le harcèlement ou l'abus ou les trois.
mentorat	Orientation, souvent entourant la planification de la carrière, le développement professionnel et le mieux-être, offerte aux apprenants par des personnes qui ne participent pas à leur évaluation.
milieu de formation	Hôpital, clinique ou autre milieu de formation qui contribue aux expériences éducatives des résidents. En médecine de famille, le but des milieux de formation varie. Certains sites sont responsables de l'enseignement clinique et de l'administration (milieux de formation administratifs) alors que d'autres s'occupent principalement de l'enseignement clinique (milieux de formation clinique). Aussi appelé site de formation.
objectif(s)	Énoncé fondé sur les résultats qui décrit ce que le résident sera en mesure de faire à la fin de l'expérience d'apprentissage, de l'étape de formation ou du programme de résidence.
perfectionnement du corps professoral	Vaste éventail d'activités qu'utilisent les milieux de formation pour renouveler les connaissances des enseignants ou les aider dans leurs rôles. ²⁵
personnel administratif	Personnel administratif de programme et personnel administratif des études postdoctorales, tels que définis ci-dessous.
personnel administratif de programme	Personnes qui offrent du soutien au directeur de programme en s'acquittant de tâches administratives liées à la planification, l'orientation et la coordination du programme de résidence.
personnel administratif des études postdoctorales	Personnes qui appuient le vice-doyen aux études postdoctorales dans la coordination et l'administration liées à la supervision des programmes de résidence ; le gestionnaire aux études postdoctorales, ou l'équivalent, est inclus dans ce groupe.
pratique autonome	Pratique dont les médecins autorisés doivent rendre compte, dans leur propre champ de pratique, qui se déroule normalement sans supervision.
programme de résidence	Programme agréé de formation des résidents dans l'une des disciplines reconnues à l'échelle nationale au Canada, offert par une faculté de médecine également reconnue, et supervisé par un directeur de programme et un comité du programme de résidence.
programme de compétences avancées de Catégorie 1 et de Catégorie 2	Les programmes de compétences avancées de Catégorie 1 sont agréés selon des compétences nationales propres aux domaines définies et reconnues par le CMFC pour l'évaluation. Les programmes de Catégorie 2 ont des compétences propres aux domaines établies au palier local, par l'université, pour l'évaluation. Suite à la réussite d'un programme de Catégorie 1, les résidents sont admissibles à faire une demande de Certificat de compétence additionnelle (CCA). Les résidents qui complètent des programmes de Catégorie 2 ne sont pas admissibles aux CCA.

Termes	Description
	(Exception : le Programme du clinicien érudit qui est reconnu comme un Programme de Catégorie 1.)
résident	Personne inscrite dans un programme de résidence agréé à la suite d'un programme admissible de formation prédoctorale, menant à la certification ou l'attestation dans une discipline reconnue. ¹⁴
responsabilité sociale	Orientation des activités de formation, de recherche et de prestation de services axées sur les préoccupations prioritaires en matière de santé de la collectivité, de la région et de la nation. La détermination des préoccupations prioritaires en matière de santé relève des gouvernements, des organismes de soins de santé, des professionnels de la santé et du public, en collaboration. ²⁶
responsable universitaire de la discipline	Personne responsable d'un département ou d'une division clinique (p. ex., directeur de département, chef de division).
ressource	Englobe les ressources pédagogiques, cliniques, techniques, financières et humaines (p. ex., les enseignants et le personnel administratif) nécessaires pour offrir un programme de résidence.
sécurité culturelle	La sécurité culturelle est un résultat basé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoirs dans le système de santé et s'efforce de les aborder. Il en résulte un contexte sans racisme ou discrimination, où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé. ^{24,24}
sécurité physique	État qui englobe la protection contre les risques biologiques, comme la vaccination, la radioprotection, la protection respiratoire et l'exposition à des liquides corporels ; il comprend également la protection contre les risques liés aux espaces physiques, y compris lorsque les soins sont prodigués durant les visites à domicile, les déplacements et les rencontres avec des patients violents. ²⁷
sécurité professionnelle	État qui englobe la protection contre les allégations de faute professionnelle incluant l'assurance professionnelle, l'assistance à la divulgation d'événements indésirables, la confidentialité des dossiers universitaires et professionnels, ainsi que les procédures de signalement assurant la protection des renseignements personnels et l'absence de représailles. ²⁷
sécurité psychologique	État qui englobe la prévention, la protection et l'accès aux ressources pour lutter contre la détresse psychologique, l'alcoolisme ou les toxicomanies, l'intimidation et le harcèlement. ²⁷
temps protégé	Temps alloué à une personne afin d'exécuter une tâche ou de participer à une activité.
vice-doyen aux études postdoctorales	Membre senior du corps professoral à qui est confiée la responsabilité de la conduite et de la supervision générale des études postdoctorales au sein de la faculté de médecine.
visite interne	Évaluation réalisée pour déterminer les points forts et les éléments à améliorer du programme de résidence ou l'institution, ou des deux.

Références

1. Collège des médecins de famille du Canada. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; Dans : portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/About_Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2016. Dans : portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Resources/PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf. Date de consultation : Le 10 juillet 2017.
3. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Commission de vérité et de réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Winnipeg, MB : Commission de vérité et de réconciliation du Canada. Dans : trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf. Date de consultation : Le 10 juillet 2017.
4. Collège des médecins de famille du Canada. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences*. Page web. www.cfpc.ca/Triple_C. Date de consultation : Le 10 juillet 2017.
5. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éd. *CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2017. Dans : portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Medecine-familiale-2017-FR.pdf. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
6. Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Brailovsky C, et collab. *Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Dans : portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Assessment-Objectives-full-document-FRE.pdf. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
7. Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada — La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2019. Dans : patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
8. Collège des médecins de famille du Canada. *Quatre principes de la médecine familiale*. Dans : <https://www.cfpc.ca/fr/about-us/vision-mission-principles>. Date de consultation : Le 8 juin 2020.
9. Lawrence K, van der Goes T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, et collab. *L'Évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018. Dans : portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/About_Us/CRAFT_FRE_Final_Aug29.pdf. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
10. Blau E, Cambell G, Chase C, Dhillon P, Miller K, Geller B, et collab. *Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2018. Dans :

-
- [portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Education/Certification in Family Medicine Examination/Assessment-Objectives-full-document-FRE.pdf#page=199](https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Education/Certification%20in%20Family%20Medicine%20Examination/Assessment-Objectives-full-document-FRE.pdf#page=199). Date de consultation : Le 21 juin 2020.
11. Boyer EL. *Scholarship Reconsidered: Priorities of the Professoriate*. Princeton, NJ: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1990.
 12. Walsh A, Antao V, Bethune C, Cameron S, Cavett T, Clavet D, et collab. *Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale : Un référentiel pour le développement professoral*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2015. Dans : [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/ PDFs/FTA GUIDE MC FRE Apr REV.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/PDFs/FTA_GUIDE_MC_FRE_Apr_REV.pdf). Date de consultation : Le 21 juin 2020.
 13. Kitty D, Funnell S, éd. *CanMEDS-MF Supplément sur la santé autochtone*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2020.
 14. Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence. *Normes générales d'agrément des programmes de résidence*. Ottawa, ON : Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence ; 2020. Dans : <http://www.canrac.ca/canrac/general-standards-f>. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
 15. University of Michigan. *Teaching Strategies: Experiential Learning and Field Work*. Page Web. Dans : crlt.umich.edu/tstrategies/tsel. Date de consultation : Le 1^{er} avril 2020.
 16. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Projet de terminologie en éducation médicale : Glossaire provisoire*. Ottawa (Ontario), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2012. Dans : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/educational-initiatives/terminology-medical-education-project-f>. Date de consultation : le 10 octobre 2016.
 17. Organisation mondiale de la santé. *Constitution*. Page Web. Dans <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
 18. Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. *Competency-based medical education: theory to practice*. *Med Teach*; 2010;32(8):638-645.
 19. Pimlott N, Katz A. L'écologie de l'engagement des médecins de famille dans la recherche. *Can Fam Physician*; 62(5): e231-e235 ; 2016. Dans : <https://www.cfp.ca/content/62/5/e231>. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
 20. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa, ON : Association des facultés de médecine du Canada ; 2010. Dans : [https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/2010-FMEC-MD FR.pdf](https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/2010-FMEC-MD_FR.pdf). Date de consultation : Le 10 octobre 2016.
 21. Great Schools Partnership. *The Glossary of Education Reform*. Portland, ME: Great Schools Partnership; 2012. Dans : edglossary.org/learning-environment. Date de consultation : Le 10 octobre 2016.
 22. Oxford University Press. *Oxford English Dictionary* website. Dans : en.oxforddictionaries.com/definition/equitable. Date de consultation : Le 10 octobre 2016.
 23. Groupe de travail sur la gestion des risques liés à la fatigue. *Trousse de gestion des risques liés à la fatigue*; 2018. Dans : <https://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2018/11/Fatigue-Risk-Management-ToolkitFr.pdf>. Date de consultation : Le 1^{er} avril 2020.

-
- 24 First Nations Health Authority. Cultural Identity. Page web. www.fnha.ca/wellness/cultural-humility. Dans : Date de consultation : Le 13 mai 2019.
 - 25 Centra JA. Types of faculty development programs. *J Higher Educ.* 1978;49(2):151-162.
 - 26 Boelen C, Heck J. Organisation mondiale de la santé. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé; 1995. Dans: apps.who.int/iris/handle/10665/59441. Date de consultation : Le 21 juin 2020.
 27. Université de Montréal. *Sécurité des résidents*. Page Web. Dans : medpostdoc.umontreal.ca/etudiants/reglement-et-politiques/guide-de-securite/. Date de consultation : Le 1^{er} avril 2020.