



Développement et mise à l'essai du Guide de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents en médecine familiale au Canada

Feedback Guide for direct observation of family medicine residents in Canada: A francophone tool

Miriam Lacasse, Jean-Sébastien Renaud, Luc Côté, Alexandre Lafleur, Marie-Pierre Codsi, Marion Dove, Luce Pélissier-Simard, Lyne Pitre and Christian Rheault

Volume 13, Number 1, 2022

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1088036ar>

DOI: <https://doi.org/10.36834/cmej.72587>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Canadian Medical Education Journal

ISSN

1923-1202 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lacasse, M., Renaud, J.-S., Côté, L., Lafleur, A., Codsi, M.-P., Dove, M., Pélissier-Simard, L., Pitre, L. & Rheault, C. (2022). Développement et mise à l'essai du Guide de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents en médecine familiale au Canada. *Canadian Medical Education Journal / Revue canadienne de l'éducation médicale*, 13(1), 29–54. <https://doi.org/10.36834/cmej.72587>

Article abstract

Background: There are no CanMEDS-FM-based milestone tool to guide feedback during direct observation (DO). We have developed a guide to support documentation of feedback for direct observation (DO) in Canadian family medicine (FP) programs.

Methods: The Guide was designed in three phases with the collaboration of five Canadian FP programs with at least a French-speaking teaching site: 1) literature review and needs study; 2) development of the SPOD Feedback Guide; 3) testing the Guide in a video simulation context with qualitative content analysis.

Results: Phase 1 demonstrated the need for a narrative guide aimed at 1) specifying mutual expectations according to the resident's level of training and the clinical context, 2) providing the supervisor with tools and structure in his observations 3) to facilitate documentation of feedback. Phase 2 made it possible to develop the Guide, in paper and electronic formats, meeting the needs identified. In phase 3, 15 supervisors used the guide for three levels of residence. The Guide was adjusted following this testing to recall the phases of the clinical encounter that were often forgotten during feedback (before consultation, diagnosis and follow-up), and to suggest types of formulation to be favored (stimulating questions), questions of clarification, reflections).

Conclusion: Based on evidence and a collaborative approach, this Guide will equip French-speaking Canadian supervisors performing SPOD in family medicine.



Développement et mise à l'essai du Guide de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents en médecine familiale au Canada

Feedback Guide for direct observation of family medicine residents in Canada: a francophone tool

Miriam Lacasse,¹ Jean-Sébastien Renaud,¹ Luc Côté,¹ Alexandre Lafleur,¹ Marie-Pierre Cods, ² Marion Dove,³ Luce Pélissier-Simard,⁴ Lyne Pitre,⁵ Christian Rheault¹

¹Université Laval, Québec, Canada; ²Université de Montréal, Québec, Canada; ³Université McGill, Québec, Canada; ⁴Université de Sherbrooke, Québec, Canada; ⁵Université d'Ottawa, Ontario, Canada

Correspondance: Miriam Lacasse, MD MSc CCMF FCMF (Université Laval), 1050 rue de la Médecine, local 2552, Université Laval, Québec, G1V 0A6; email : miriam.lacasse@fmed.ulaval.ca

Publié avant numéro : Novembre 17, 2021; Publié mars 22, 2022; RCME 2022, 13(1) <https://doi.org/10.36834/cmej.72587>.

© 2022 Lacasse, Renaud, Côté, Lafleur, Cods, Dove, Pélissier-Simard, Pitre, Rheault; licensee Synergies Partners

Cet œuvre est mise à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International](#). Vous êtes autorisé à partager copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous format. Vous devez créditer l'Œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'Œuvre.

Résumé

Contexte : Il n'existe aucun outil par jalons reposant sur les CanMEDS-MF pour guider la rétroaction en supervision par observation directe (SPOD). Nous avons développé un guide pour soutenir la documentation de la rétroaction en SPOD en médecine familiale (MF) au Canada.

Méthode : La conception du Guide a été effectuée en trois phases avec la collaboration de cinq programmes de MF canadiens ayant minimalement un site d'enseignement francophone : 1) recension des écrits et étude des besoins; 2) élaboration du Guide de rétroaction SPOD; 3) mise à l'essai du Guide en contexte de simulation vidéo avec analyse de contenu qualitative.

Résultats : La phase 1 a démontré le besoin d'un guide narratif ayant pour but 1) de préciser les attentes mutuelles selon le niveau de formation du résident et le contexte clinique, 2) d'outiller et structurer le superviseur dans ses observations 3) de faciliter la documentation de la rétroaction. La phase 2 a permis d'élaborer le Guide, en formats papier et électronique, répondant aux besoins identifiés. En phase 3, 15 superviseurs ont utilisé le guide pour trois niveaux de résidence. Le Guide a été ajusté à la suite de cette mise à l'essai pour rappeler les phases de la rencontre clinique souvent oubliées durant la rétroaction (avant la consultation, diagnostic et suivi), et y suggérer des types de formulation à favoriser (questions stimulantes, questions de clarification, réflexions).

Conclusion : Issu de données probantes et d'une démarche de concertation, ce Guide outillera les superviseurs et résidents francophones canadiens dans leurs activités de SPOD en médecine familiale.

Abstract

Background: There is no CanMEDS-FM-based milestone tool to guide feedback during direct observation (DO). We have developed a guide to support documentation of feedback for direct observation (DO) in Canadian family medicine (FM) programs.

Methods: The Guide was designed in three phases with the collaboration of five Canadian FM programs with at least a French-speaking teaching site: 1) literature review and needs assessment; 2) development of the DO Feedback Guide; 3) testing the Guide in a video simulation context with qualitative content analysis.

Results: Phase 1 demonstrated the need for a narrative guide aimed at 1) specifying mutual expectations according to the resident's level of training and the clinical context, 2) providing the supervisor with tools and structure in his observations 3) to facilitate documentation of feedback. Phase 2 made it possible to develop the Guide, in paper and electronic formats, meeting the needs identified. In phase 3, 15 supervisors used the guide for three levels of residence. The Guide was adjusted following this testing to recall the phases of the clinical encounter that were often forgotten during feedback (before consultation, diagnosis and follow-up), and to suggest types of formulation to be favored (stimulating questions, questions of clarification, reflections).

Conclusion: Based on evidence and a collaborative approach, this Guide will equip French-speaking Canadian supervisors and residents performing DO in family medicine.

Introduction

L'observation directe est une des stratégies essentielles pour documenter la rétroaction quotidienne et cumuler des évaluations de faibles enjeux dans les activités cliniques.¹⁻³ Pour favoriser une rétroaction de qualité, l'évaluation devrait reposer sur un outil pour lequel il existe des preuves de validité.^{2,4} Plusieurs outils d'évaluation en supervision par observation directe (SPOD) sont disponibles en anglais, mais leurs preuves de validité et les bénéfices qui y sont associés sont très variables et peu adaptés aux programmes de résidence en médecine familiale (MF).⁵ Pourtant, l'approche de l'observation directe devrait s'ajuster en fonction des besoins spécifiques de chaque spécialité.⁶

Aucun outil de rétroaction supporté par des preuves de validité et spécifique à l'observation directe en MF n'est disponible en français. Au Canada, chaque programme ou site de résidence en MF utilise généralement un outil développé localement. Ceci contribue à l'hétérogénéité dans l'évaluation des compétences et, conséquemment, à une qualité variable de la rétroaction. D'ailleurs, cette problématique est souvent rapportée par les résidents qui participent à la SPOD et constitue une barrière à son utilisation.^{2,7} La variabilité entre les attentes des différents observateurs est non négligeable. Huth et ses collègues ont identifié cette difficulté et suggèrent d'utiliser des pratiques standardisées de rétroaction.⁷ Néanmoins, la rétroaction écrite est à la base du processus d'évaluation programmatique mis de l'avant par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC),⁸ et la

documentation de la rétroaction dans un contexte d'observation directe constitue une norme d'agrément à laquelle chaque programme doit se conformer.⁹

Cette étude visait le développement d'un guide pour soutenir la rétroaction écrite dans le processus de documentation de la rétroaction en SPOD dans les programmes canadiens francophones de résidence en MF. L'étude a été réalisée en trois phases (Figure 1) avec la collaboration de cinq programmes de MF canadiens ayant au minimum un site d'enseignement francophone : 1) étude de besoins afin d'identifier les besoins normatifs, prescrits, exprimés et perçus;¹⁰ 2) élaboration du Guide de rétroaction SPOD; 3) mise à l'essai du Guide en contexte de simulation vidéo, afin d'y apporter les ajustements pertinents.

Méthodologie

Phase 1 – Étude de besoins

a) Recension des écrits et des outils existants sur la SPOD

Une revue des écrits scientifiques et de la littérature grise a été réalisée pour identifier des sections de documents d'agrément ou des lignes directrices/bonnes pratiques portant sur la SPOD, et répertorier les outils de rétroaction et d'évaluation publiés qui sont utilisés dans la SPOD. Les fiches locales utilisées dans les cinq programmes de médecine familiale canadiens ayant des unités d'enseignement francophones ont été obtenues via les directeurs de programme.

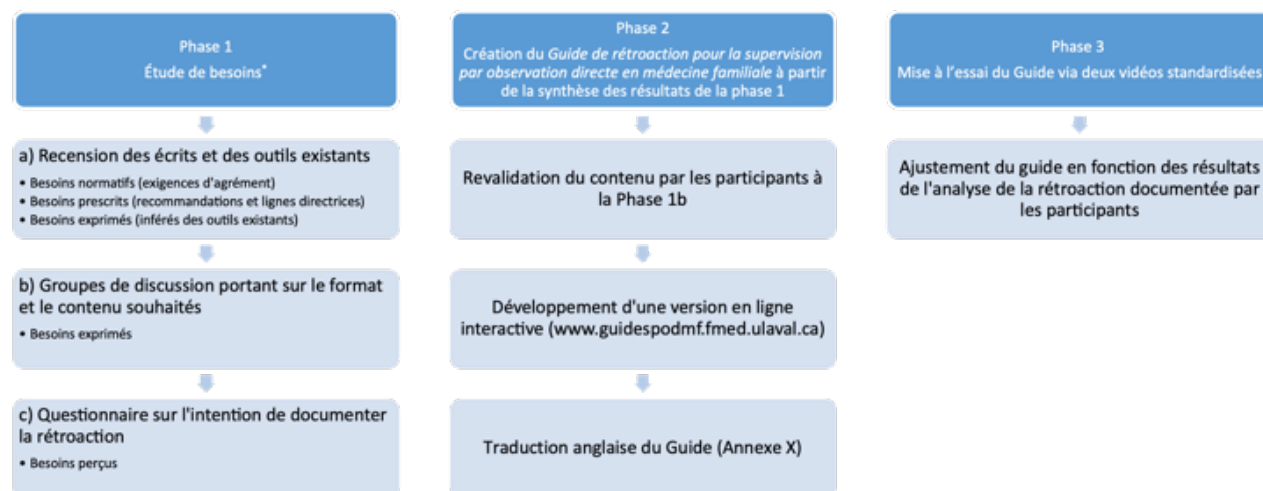


Figure 1. Étapes de développement du Guide de rétroaction pour la SPOD en médecine familiale

*Types de besoins adaptés de Ratnapalan et Hilliard¹⁰

Sources des données et sélection des études

Les bases de données Pubmed, ERIC, Educational Source et CINAHL ont été interrogées en utilisant les concepts [*direct observation*] et [*medical education*], de 1966 à janvier 2019. Une recherche manuelle a permis d'identifier les articles qui n'auraient pas été ciblés par la stratégie initiale. Les études étaient sélectionnées selon les critères suivants :

- nature de la publication : articles de recherche originale, rapports d'innovation ou essais ;
- cible : éducation médicale postdoctorale (résidence) ;
- sujet : observation directe en contexte de travail clinique réel.

Nous avons exclu les éditoriaux, commentaires, articles sur l'observation en contexte de simulation ou d'examen clinique objectif et structuré, articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ou le français.

Extraction des données

Différents types de besoins ont été ciblés, tant pour le format que le contenu de l'outil à développer. Les besoins **normatifs** reflètent les exigences des organismes d'agrément.¹⁰ Ils ont été identifiés à partir des normes d'agrément et autres publications du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).¹¹⁻¹³ Les besoins **prescrits** (ciblant les points du programme de formation à améliorer¹⁰) ont été adaptés de lignes directrices sur l'observation directe.^{4,14-16} Les besoins exprimés (nommés par les résidents et les enseignants¹⁰) ont été inférés à partir du contenu et du format des fiches de rétroaction locales, et en analysant les outils publiés.

Analyse et synthèse des données

Une analyse thématique de contenu déductive, via un tableau de recension des écrits identifiant le pays de l'étude, la (les) discipline(s) ayant pris part au projet, ainsi que le format (normatif, critérié, liste de vérification) et le contenu de l'outil (items évalués), a d'abord été réalisée de manière indépendante par GH et EB, sous la supervision de ML. La synthèse des données a été réalisée conjointement par ces trois personnes.

b) Groupes de discussion portant sur le contenu et le format souhaités

Le guide d'entrevue, créé à partir des résultats de l'analyse des écrits scientifiques et de la littérature grise, a servi à l'animation de quatre groupes de discussion afin d'identifier les **besoins perçus** quant au contenu et au

format souhaités pour le Guide. Les groupes ont été constitués selon le principe de la diversité des participants : genre, programmes de résidence, provenance géographique et années d'expérience en SPOD. Les directeurs de programme n'étaient pas admissibles pour la participation aux groupes de discussion. L'animation de ces groupes s'est faite par entretiens semi-structurés selon les principes reconnus,¹⁷ jusqu'à saturation des données. Les entrevues ont été enregistrées audio, mais non transcrites.¹⁸ Les données ont été extraites à l'aide du logiciel NVivo 12.^{MD}

Une analyse thématique de contenu mixte (déductive et inductive) et triangulée¹⁹ a comparé les perceptions des superviseurs et des résidents afin d'identifier le format et le contenu les plus pertinents à inclure dans le Guide. L'analyse déductive s'est faite selon les besoins normatifs, prescrits et perçus identifiés à la Phase 1a ainsi que selon le cadre des croyances saillantes sous-jacentes à la théorie du comportement planifié détaillée ci-dessous.²⁰ L'analyse inductive s'est faite à partir des éléments proposés par les participants qui ne pouvaient être codés dans la classification précédente. Elle a été effectuée selon des étapes reconnues^{19,21} en respectant le principe de la triangulation des chercheurs, selon lequel au moins deux personnes codifient les données d'abord de manière indépendante, puis en discutent jusqu'à l'obtention d'un consensus.

c) Questionnaire sur les facteurs prédictifs de l'intention à documenter la rétroaction

Dans le contexte d'une étude de besoins, la théorie du comportement planifié (TCP)²⁰ permet d'identifier les facteurs influençant l'intention d'adopter un comportement, ici de documenter la rétroaction en observation directe en médecine familiale. Les participants aux groupes de discussion ont été invités à compléter de manière anonyme un questionnaire validé, construit d'après Gagné et Godin,²² pour mesurer leur intention à documenter la rétroaction, et les facteurs prédisant cette intention. Le questionnaire anonyme a été soumis à chacun des participants de la Phase 1b, ainsi qu'à des superviseurs et résidents volontaires parmi les programmes participants. Les construits mesurés étaient l'intention d'adopter le comportement (i.e. « documenter la rétroaction »), la norme sociale et professionnelle, l'attitude et la perception de contrôle. Chaque construit a été analysé avec au moins trois questions offrant des choix de réponse sur une échelle de Likert à sept choix de réponse (1 : très en désaccord à 7 : très en accord). Des

statistiques descriptives et analyses de régression linéaires multiples (méthode des moindres carrés, avec seuil de signification de .05) ont été effectuées pour identifier les facteurs prédictifs de l'intention à documenter la rétroaction (variables de la théorie du comportement planifié: attitude, norme sociale et perception de contrôle²⁰). Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis a été utilisé pour vérifier si les deux groupes différaient quant aux variables de la théorie du comportement planifié.

Phase 2 — Élaboration du Guide SPOD

Le contenu initial du Guide a été proposé par ML, à partir de jalons déjà établis dans la littérature et des jalons définis par les cinq programmes de médecine familiale impliqués dans le projet : Université Laval, Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Université McGill et Université d'Ottawa.²³⁻³⁰ Le contenu a été validé par l'ensemble des co-auteurs, et par les participants aux groupes de discussion, qui ont suggéré divers ajustements sur la formulation des comportements observables, ainsi que quelques éléments portant sur la forme du Guide.

Les participants aux groupes de discussion à la phase 2 ont été à nouveau sollicités pour valider par des commentaires narratifs le contenu et le format du Guide. Celui-ci a été présenté au comité de programme et à la Table des résidents coordonnateurs de l'Université Laval, responsable du projet, et à des superviseurs d'expérience des cinq programmes participant au projet. Le Guide a été bonifié suite aux commentaires reçus.

Phase 3 — Mise à l'essai du Guide

Une mise à l'essai du Guide a été réalisée auprès d'un échantillon de 19 cliniciens enseignants volontaires parmi ceux inscrits à la journée de formation professorale départementale et représentant la population cible d'utilisateurs du Guide. Cette journée se tenait à l'Université Laval (février 2020) sous la forme d'un atelier visant à analyser le contenu de la rétroaction en SPOD avec et sans le Guide. Pour ce faire, deux vidéos de résidents en contexte de SPOD ont été conçues afin de simuler une SPOD, pour lesquelles les cliniciens enseignants devaient formuler une rétroaction écrite. Les deux vidéos présentaient des scénarios cliniques ciblant la plupart des rôles CanMEDs-MF dans deux environnements différents. Ils ont été conçus par des superviseurs d'expérience (ML, AL) et filmés chacun avec une résidente et un patient simulé.

- Dans la première vidéo, une résidente présentée comme étant à la 8^e période de sa première année (R1-P8) évaluait à l'urgence un patient en exacerbation asthmatique (8 minutes).
- Dans la deuxième vidéo, une résidente réalisait un suivi ambulatoire pour diverses situations cliniques courantes (20 minutes). Des résultats de signes vitaux et d'examen paracliniques fictifs ont été présentés aux résidentes afin de faciliter des discussions authentiques. Les deux résidentes ne connaissaient pas les situations cliniques à l'avance et ont offert une performance spontanée.

Tous les participants à la mise à l'essai ont d'abord observé la première vidéo sans le Guide. Ils ont rédigé une rétroaction écrite via un formulaire en ligne sécurisé, sans consignes particulières. Par la suite, le Guide a été présenté et distribué lors d'une courte session didactique. Ils devaient rédiger à nouveau leur rétroaction à la résidente de la première vidéo, cette fois en utilisant le Guide.

Par la suite, tous les participants ont observé la deuxième vidéo à l'aide du Guide en étant randomisés par distribution aléatoire aux participants des documents décrivant la résidente qui était à observer lors de la situation pédagogique: la moitié du groupe rédigeait une rétroaction en croyant que la résidente était à sa deuxième période de formation (R1-P2), alors que l'autre moitié assumait qu'elle était une résidente finissante (R2-P25).

Ensuite, les participants ont répondu à un questionnaire web s'appuyant sur la théorie du comportement planifié, adapté de celui utilisé à la Phase 1c. Le questionnaire comportait également une question sur leur degré global de satisfaction (échelle à 6 niveaux) à l'égard du Guide. Une question ouverte servait à recueillir leurs commentaires et suggestions pour bonifier le Guide. Les données codifiées et celles provenant du questionnaire ont été synthétisées par des analyses statistiques descriptives à l'aide de SAS 9.4.^{MD}

Une analyse de contenu déductive des rétroactions écrites lors des vidéos a été réalisée par deux cliniciens enseignants expérimentés dans l'analyse de contenu (AL, LC), chacun analysant indépendamment à l'aveugle tous les énoncés de rétroaction dans un ordre aléatoire distinct. Le logiciel NVivo12^{MD} a été utilisé.

Chaque énoncé de rétroaction (une à trois phrases en moyenne) a été codifié cinq fois, soit une seule fois dans chacune des cinq catégories suivantes :

- valence : *positive, négative, indéterminée*;
- phases de la rencontre clinique telles que présentées dans le Guide : *avant la visite, accueil, collecte des données, diagnostic, prise en charge, suivi, indéterminée*;
- rôles CanMEDs-MF : *expert en médecine familiale, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, érudit, leader, professionnel, rétroaction générale*;
- intention pédagogique de la rétroaction, d'après Kennedy et Lingard,³¹ et Côté et collègues^{32,33}: *conseil, question de clarification sur la situation clinique ou les besoins du résident, question cognitivement stimulante ou présentant un défi, réflexion à propos du résident ou sur soi-même comme superviseur, expression d'un accord/désaccord avec l'opinion du résident, indéterminée*;
- alignement au Guide : *aligné vs. non aligné*.

Un comité expert de cliniciens enseignants (ML, LCa, AL, LC) avait préalablement fourni une liste d'exemples des rétroactions attendues d'un superviseur utilisant adéquatement le Guide pour adapter sa rétroaction au niveau de formation de la résidente.

Les données codifiées et celles provenant du questionnaire ont été synthétisées par des analyses statistiques descriptives à l'aide de SAS 9.4.^{MD}

Approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval a statué que ce projet n'avait pas à faire l'objet d'une approbation éthique, en vertu de l'article 2.5 de l'Énoncé de politique des trois conseils.

Résultats

Phase 1 – Étude de besoins

a) Revue de la littérature

Au total, 1 097 articles ont été identifiés. 113 articles ont été retenus pour la revue de la littérature (Figure 2). La plupart exposaient un outil de rétroaction en particulier ($n = 85$) et d'autres portaient sur l'observation directe en général ($n = 28$). 18 fiches provenant de cinq programmes

de médecine familiale canadiens ayant des unités d'enseignement francophones ont été répertoriées.

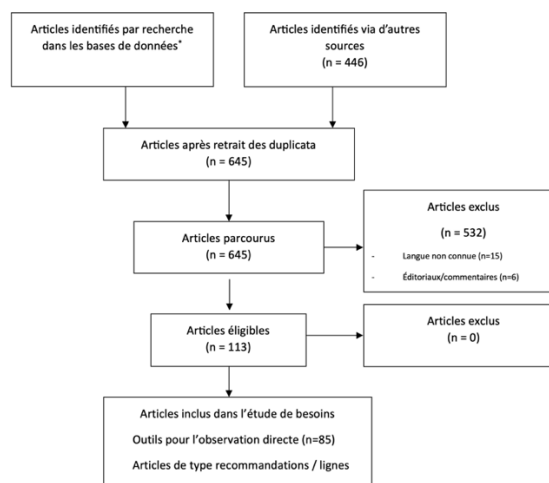


Figure 2. Résultats de la recension des écrits

* PubMed: 393; ERIC: 21; Education source: 80; CINAHL: 157

Besoins normatifs

Les documents normatifs du CMFC ont été révisés pour identifier les besoins normatifs en SPOD dans les programmes canadiens de médecine familiale. Dans les *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille* (Juillet 2018, version 1.2),⁹ la norme 3.4.1.4 met l'accent sur l'observation directe. De plus, le *Rapport sur le Cursus Triple C* identifie des stratégies d'enseignement et d'évaluation portant sur l'observation directe, incluant la supervision et la révision de vidéos ou l'observation directe, où l'enseignant fournit de la rétroaction et du coaching à propos des compétences reconnues et encourage l'autonomie chez le résident. L'observation directe fait aussi partie inhérente du processus d'évaluation en cours de formation.³⁴

Le Continuous Reflective Assessment for Training (CRAFT)⁸ résume le processus d'évaluation programmatique attendu, insistant sur l'importance de la documentation de comportements observables lors de situations cliniques quotidiennes, dans les divers domaines de soins. Ces narratifs d'encadrement sont documentés sur des feuilles de route³⁵ et constituent des évaluations de faible enjeu (*low-stake assessments*) dont l'utilité pour le processus d'évaluation est davantage tributaire des utilisateurs, et non de l'instrument.³⁶ Le CRAFT insiste sur la collaboration entre le superviseur et le résident dans cette documentation de la rétroaction. Il rappelle aussi qu'une évaluation de bonne qualité en milieu de travail repose sur des évaluateurs qualifiés, utilisant un langage commun pour décrire ce qui est observé. Il mentionne enfin que

« Les programmes de résidence doivent s'assurer que les superviseurs possèdent de bonnes capacités d'observation et de rétroaction » (p. 8).

Besoins prescrits

Parmi les 28 articles identifiés portant sur l'observation directe de manière globale, quatre ont été utilisés pour définir les besoins prescrits relatifs à l'environnement, à l'enseignant et à l'apprenant.^{4,14-16}

Les recommandations en lien avec l'**environnement** cherchent entre autres à préciser la visée de l'observation directe, à savoir si elle sera formative ou sommative.¹⁵ Kogan recommande un environnement propice à l'observation directe,¹⁶ alors que Donato soutient la visée formative de l'observation directe.¹⁴ Le programme doit définir les compétences et les objectifs pour guider l'utilisation d'un outil pour l'observation directe.¹⁵ On souligne aussi l'importance de sélectionner un outil de rétroaction adapté à l'observation directe (idéalement choisir un outil existant, sinon en développer un et évaluer sa validité).^{4,15,16} Certaines recommandations ciblent plus spécifiquement les **enseignants** (observateurs), via l'importance des activités de formation professorale portant sur la rétroaction constructive et l'observation directe.¹⁴⁻¹⁶ L'outil proposé devrait les soutenir en vue d'une rétroaction de qualité et d'un plan d'action pour orienter la suite de la formation (incluant les observations directes futures), en ciblant les domaines de soins pertinents à son apprentissage.^{14,16}

Au niveau des **apprenants**, on suggère notamment de les former à l'observation directe et à la rétroaction,^{14,15} et d'encourager une utilisation fréquente de l'outil par chaque apprenant.

Besoins exprimés

Outils publiés : Parmi les 85 articles retenus de la littérature, 29% utilisaient le *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX), un outil largement utilisé dans les programmes de résidence en médecine, alors que 14% des articles étudiaient le *Direct Observation of Procedural Skills* (DOPS). Les caractéristiques de chacun des outils répertoriés dans la littérature médicale sont résumées à l'Annexe 1 (données supplémentaires, en ligne). Au total, 30 outils différents y sont répertoriés, dont seulement 20% ($n = 6$) avaient été étudiés dans un contexte de médecine familiale. La majorité des outils semblaient utilisés dans un contexte d'évaluation généralement quantitative : seulement 20% ($n = 6$) avaient une composante narrative significative.

Outils locaux utilisés dans les programmes canadiens francophones de médecine familiale :

Le format le plus fréquent parmi les outils locaux était le type narratif ($n = 11$) ou narratif guidé ($n = 6$), c'est-à-dire l'utilisation de commentaires avec descriptifs pour guider la rétroaction. Plusieurs sites optaient pour une liste de vérification ($n = 7$) constituée d'éléments à cocher. Quelques sites ont adopté un format normatif ($n = 4$), c'est-à-dire une liste d'éléments à coter, mais où l'échelle fait référence à une norme comparant les étudiants entre eux^{37,38} (supérieur, attendu, inférieur). Le dernier format observé dans les écrits scientifiques est la grille critériée, mais aucune fiche francophone ne l'utilisait. Ce format comporte une liste de comportements (critères) avec des descriptifs de standards minimaux déterminés à l'avance, à atteindre pour chaque niveau de développement.^{37,38}

Pour organiser le contenu des fiches de rétroaction en observation directe, le cadre conceptuel le plus fréquemment utilisé était celui des étapes du déroulement de l'entrevue ($n = 11$) suivi de celui de la méthode clinique centrée sur le patient³⁹ ($n = 5$). Le référentiel de compétences en médecine familiale CanMEDs-MF était peu utilisé ($n = 3$) et une seule fiche utilisait les dimensions de la compétence.⁴⁰ Trois fiches n'avaient aucun cadre ($n = 3$).

b) Groupes de discussion portant sur le format et le contenu souhaité

Besoins exprimés

Les participants aux groupes de discussion (18 superviseurs et 15 résidents) provenaient de sites francophones urbains et ruraux d'enseignement de la médecine familiale de cinq universités canadiennes. La moyenne des années d'expérience en enseignement était de $11,4 \pm 2,1$ ans et la moyenne du nombre d'années d'expérience en SPOD était de $10,5 \pm 1,9$ ans. Les résidents étaient issus autant de milieux ruraux que de milieux urbains; 75% complétaient leur deuxième année de résidence en médecine familiale.

Le *format* narratif ou narratif guidé, encadré par les rôles CanMEDs, était fortement favorisé. Les participants souhaitaient utiliser un outil dont le *contenu* serait adapté au niveau de formation du résident ainsi qu'au contexte, pour guider les enseignants dans leur observation.

Les superviseurs et les résidents recommandaient de documenter les objectifs visés par les résidents lors des activités de supervision par observation directe, et de fournir une rétroaction sur plusieurs observations.

c) Questionnaire sur les facteurs prédictifs de l'intention à documenter la rétroaction

Besoins perçus

Le questionnaire portant sur l'intention à documenter la rétroaction et ses facteurs prédictifs a été renseigné par 44 superviseurs et 25 résidents. Les analyses statistiques (statistiques descriptives, cohérence interne, relations entre les variables de la théorie du comportement planifié) et le modèle de régression multiple illustrant les facteurs prédictifs de l'intention des superviseurs et des résidents à documenter la rétroaction en supervision directe peuvent être consultés sur le site de la revue (données supplémentaires, en ligne).

Tant chez les résidents que les superviseurs, le modèle de régression s'est avéré significatif. Parmi les trois prédicteurs, la perception de contrôle s'est avérée avoir l'influence significative la plus forte sur l'intention comportementale des résidents, $\beta = 0,55$, $t(24) = 2,77$, $p = 0,01$, suivie par la norme sociale, $\beta = 0,51$, $t(24) = 3,48$, $p = 0,002$. L'effet de l'attitude était non significatif. Parmi les trois prédicteurs, seule la perception de contrôle avait une influence significative sur l'intention comportementale des superviseurs, $\beta = 0,55$, $t(41) = 5,02$, $p < 0,0001$.

Le questionnaire abordait aussi le format souhaité pour l'outil de rétroaction : 56% des résidents et 20% des superviseurs préféraient un format électronique, alors que 16% des résidents et 24% des superviseurs préféraient un format papier. Chez les résidents, 28% n'avaient pas de préférence quant au format. Cette proportion était de 56% chez les superviseurs.

Phase 2 — Élaboration du Guide

Le Guide, tel que présenté à l'Annexe A, a été élaboré en tenant compte des résultats mentionnés à la Phase 1. Au niveau des besoins normatifs, le Guide est conforme aux recommandations du Rapport Triple C – partie 2, ainsi qu'aux principes d'évaluation programmatique CRAFT. Du côté des besoins prescrits, le Guide a été conçu en respectant les recommandations des auteurs consultés. Plus spécifiquement, il rend explicites les attentes à différents niveaux de formation adaptés de la littérature et validés par consensus entre les différentes universités participant au projet,^{28,41-48} cible des comportements observables, et ne limite pas la rétroaction à une échelle quantitative.¹⁶ De plus, il respecte les besoins exprimés, notamment l'importance d'un format narratif guidé tant pour les superviseurs que pour les résidents, conservant le vocabulaire CanMEDs et les étapes de l'entrevue médicale

comme cadres de référence, de manière adaptée au niveau de formation du résident. Une version en ligne a également été produite (www.guidespodmf.fmed.ulaval.ca), afin de répondre au besoin formulé par les participants.

Les commentaires obtenus suite à la validation de contenu auprès des participants aux groupes de discussion et des membres des différents comités de programme ont soutenu que le Guide répondait aux besoins exprimés. Les superviseurs ont apprécié le visuel, la facilité d'utilisation du Guide (clair et facile à naviguer); son contenu bien ciblé (rien de superflu), et la structure qu'il offre pour l'observation directe en mettant en parallèle les composantes de la supervision et les composantes cliniques. Ils ont mentionné qu'une formation pour s'approprier ce Guide afin d'en tirer le plein potentiel serait appréciée. Les résidents ont aussi apprécié le visuel, se reconnaissaient dans ce Guide et le trouvaient très pratique par son aspect développemental. Ils ont apprécié la description des composantes de la supervision, et ont recommandé qu'on rappelle sur la première page du Guide la nature formative de l'activité et l'importance particulière du lien de confiance avec le superviseur en SPOD.

Les programmes de médecine familiale de l'Université d'Ottawa et de l'Université McGill ont exprimé le besoin d'offrir une version en anglais à leurs sites de formation anglophones. L'outil a donc été traduit (Annexe B).

Phase 3 – Mise à l'essai du Guide

Dix-neuf cliniciens-enseignants ont participé à l'atelier de mise à l'essai. Parmi eux, quinze (12 médecins de famille et trois travailleurs sociaux ou psychologues impliqués en SPOD) ont fourni des rétroactions écrites (taux de réponse de 79%). Le Tableau 1 présente l'analyse du contenu des rétroactions, et le Tableau 2 présente les résultats de l'évaluation du Guide par les participants lors de l'atelier de mise à l'essai.

Avec ou sans le Guide, la rétroaction portait sur la collecte des données et la prise en charge et fut principalement formulée sous forme de conseils ou désaccords, alignés avec le niveau de formation. Les rôles d'expert, de communicateur et de leader sont principalement ciblés. Le Guide a été ajusté à la suite de cette mise à l'essai, en particulier pour préciser les phases de la rencontre clinique souvent oubliées durant la rétroaction (avant la consultation, diagnostic et suivi), et pour y suggérer des types de formulation à favoriser pour la rétroaction (question stimulante présentant un défi, question de clarification, réflexions).

Tableau 1. Contenu des rétroactions formulées par les cliniciens enseignants (n = 15) lors de 2 simulations de SPOD par vidéo

Codification des énoncés de rétroaction dans cinq catégories*					
	Rétroaction sans Guide	Rétroaction avec Guide			Exemples de rétroactions formulées par écrit par les cliniciens enseignants (n=15)
	Scénario 1 (R1, P8) N = 13	Scénario 1 (R1, P8) N = 12	Scénario 2 (R1, P2) N = 7	Scénario 2 (R2, P25) N = 6	
Valence					
Positive	18	19	29	11	Bonne initiation de décision partagée.
Négative	29	34	18	18	Non verbal un peu sévère.
Indéterminée	12	8	2	7	
Phases de la rencontre					
Avant la visite	1	4	2	0	Trouves-tu que tu t'es bien préparée ?
Accueil	10	10	20	19	Identifier plus rapidement la raison de consultation.
Collecte des données	48	46	20	16	Ne reconnaît pas les indices non verbaux du patient.
Diagnostic	0	0	7	5	Revoir diagnostic différentiel de gonalgie.
Prise en charge	23	13	14	11	Attendre avant de s'avancer sur un plan si incertaine.
Suivi	0	0	0	2	S'assure d'un rendez-vous ultérieur pour le suivi [...]
Indéterminée	5	1	6	3	
Indéterminée	3	2	4	4	
<i>Nombre médian de phases</i>					
Rôles CanMEDs-MF					
Expert en médecine	54	41	19	12	Travailler l'examen du genou.
familiale	16	15	28	20	Réassurance bien dosée.
Communicateur	1	1	0	1	Penser intégrer davantage d'autres professionnels.
Collaborateur	2	3	5	1	Encourage des changements d'hygiène de vie.
Promoteur de la santé	0	0	0	0	
Érudit	24	22	1	5	Gestion dans un premier temps de l'urgence [...]
Leader	2	1	6	8	Explore les craintes et réactions de la patiente.
Professionnel	3	2	5	2	Excellente entrevue pour le niveau.
Rétroaction générale	3	3	3	4	
<i>Nombre médian de rôles</i>					
Intention pédagogique					
Conseils	27	24	19	21	On doit stabiliser le patient et le questionner ensuite.
Questions de clarification	2	0	0	1	Est-ce que ça s'est bien passé ?
Questions stimulantes (défi)	5	5	3	8	Que ferais-tu de différent [pour prioriser] ?
Réflexions	3	1	1	2	Je me demande si l'étudiant aurait [sic] pu détailler un peu plus [...]
Accord/désaccord	31	32	35	18	
Indéterminée	0	0	0	0	Peu empathique à l'inconfort manifesté par le patient.
Alignement au Guide					
Aligné					
Non aligné	52	51	38	40	Limiter le contrat initial : trop de sujets ce jour. (R2,P25)
% de rétroactions alignées	26	20	24	14	Éviter de faire des trop gros contrats initiaux. (R1,P2)
	60%	75%	58%	77%	

* Pour chaque catégorie, les auteurs ont fractionné la rétroaction reçue en énoncés d'une à trois phrases qui portaient sur le même thème. Il était donc attendu que le nombre d'énoncés varie pour chaque catégorie. n = nombre de cliniciens enseignants ayant fourni une rétroaction écrite; les nombres indiqués dans le tableau représentent le nombre d'occurrences dans le texte pour chacun des éléments de la colonne de gauche

Tableau 2. Évaluation du Guide par les cliniciens enseignants (n=12) sur échelle de Likert à 7 items (1 très en désaccord à 7 très en accord)

Question			Moyenne	Écart-type
Attitude (construits indirects)	1	M'aidera à considérer un large éventail des rôles CanMEDs-MF lors de ma rétroaction	5.25	0.45
	2	M'aidera à considérer l'ensemble des étapes de la démarche clinique lors de ma rétroaction	5.08	0.79
	3	M'aidera à échanger une rétroaction adaptée au niveau de formation du résident	5.25	0.75
	4	M'aidera à échanger une rétroaction spécifique	5.00	0.85
	5	M'aidera à prévoir les objectifs de la prochaine supervision par observation directe d'un résident	5.25	0.87
	6	M'aidera à documenter par écrit la rétroaction aux résidents	5.00	0.74
	7	Me permettra de mieux dépister les résidents en difficulté	4.50	1.00
	8	Complicera mon travail de superviseur*	2.42	1.00
	9	Brimera mon jugement de superviseur*	1.33	0.65
	10	Aura peu d'effet sur la qualité de ma rétroaction*	2.08	0.90
MOYENNE			5.05	0.45
Attitude (construits directs)	19	Inutile-Utilile	5.08	0.67
	20	Nuisible-Bénéfique	5.08	0.51
	21	Déplaisant-Plaisant	4.45	0.69
	22	Difficile-Facile	4.25	0.75
	23	Irréaliste-Réaliste	4.67	1.07
	24	Angoissant-Rassurant	4.42	0.90
MOYENNE			4.66	0.56
Perception de contrôle	11	Je me sentirai davantage outillé pour échanger mes rétroactions si j'utilise le Guide francophone de rétroaction pour la supervision par observation directe en médecine familiale	4.82	0.60
	12	Je me sentirai capable d'utiliser le Guide francophone de rétroaction	4.83	0.72
	13	Je n'aurai pas le temps d'utiliser le Guide francophone de rétroaction*	3.17	0.94
	14	J'aurai besoin de formation pour être en mesure d'utiliser le Guide francophone de rétroaction*	2.58	1.00
	MOYENNE		4.46	0.44
Norme sociale	15	Les résidents que je supervise trouveront important que j'utilise le Guide francophone de rétroaction	3.83	0.94
	16	Mes collègues cliniciens enseignants trouveront important que j'utilise le Guide francophone de rétroaction	3.67	0.78
	17	Le directeur du programme de médecine familiale trouvera important que j'utilise le Guide francophone de rétroaction	4.75	0.97
	MOYENNE		4.08	0.77
Intention	18	INTENTION : Je vais utiliser le Guide francophone de rétroaction	4.92	0.51
Degré global de satisfaction	25	Degré global de satisfaction	4.75	0.45

Note * = item inversé en raison du sens de l'énoncé de l'item (accord = jugement négatif plutôt que positif)

Les commentaires des participants ($n = 8$) mentionnaient que le Guide est un outil pertinent, qui peut être complexe et fastidieux à utiliser, surtout au début. Une formation et une période d'appropriation sont fortement recommandées.

Discussion

Le développement du Guide de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents en MF au Canada s'inscrivait dans le cadre d'une démarche rigoureuse comportant une étude de besoins en trois phases, des cycles itératifs d'élaboration, ainsi qu'une mise à l'essai. Le Guide élaboré mise sur le besoin de soutenir une **rétroaction narrative** touchant à un **ensemble de phases de la rencontre clinique** (« Composantes cliniques » illustrées sous forme d'une série de flèches circulaires) et de **rôles CanMEDs-MF** (détaillés dans les pages suivant le schéma principal). Tel que convoité par les participants, le Guide présente les comportements observables attendus en **fonction des différentes étapes de formation** via des rubriques développementales déterminées par consensus

entre cinq programmes de médecine familiale francophones canadiens (quatre colonnes à droite du schéma, illustrant quatre étapes de transition adaptées au modèle de Continuum de la compétence développé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada⁵¹). Enfin, le Guide rappelle les **concepts clés de la supervision par observation directe** issus de la littérature et des constatations effectuées lors de la mise à l'essai du Guide (« Composantes de la supervision » dans la colonne de gauche).

La recension des écrits et des outils existants (Phase 1) a permis de constater à quel point les outils disponibles dans des spécialités autres que la médecine familiale étaient encore beaucoup orientés vers l'évaluation, tel que rapporté dans une revue systématique de Kogan en 2009.⁵ Par ailleurs, bien que l'évaluation programmatique recommande de documenter des rétroactions narratives par des observateurs multiples dans différents contextes,⁵² la plupart des outils répertoriés utilisent un format quantitatif sous forme de grilles normatives, critériées ou

de listes de vérification.⁵ Notre Guide documente plutôt des rétroactions narratives par des observateurs multiples dans différents contextes. La rétroaction narrative a démontré son utilité pour l'évaluation des habiletés de communication dans des contextes d'examen cliniques objectifs et structurés (ECOS), surpassant les limites associées à l'utilisation d'échelles quantitatives.⁵³ Elle a aussi démontré des éléments de validité en lien avec les commentaires écrits sur des fiches d'évaluation de fin de stage.⁵⁴ À l'externat, une étude a démontré une corrélation variant entre 0,35 et 0,49 entre les commentaires narratifs et les scores d'examen de fin de stage.⁵⁵

Nos groupes de discussion ont mis en évidence l'importance de clarifier les attentes des superviseurs et des résidents en fonction du niveau de formation, afin de guider les observations. Gingerich et ses collaborateurs ont suggéré d'attirer l'attention des évaluateurs sur les performances attendues juste avant l'observation.⁵⁶ Diller a aussi identifié que l'évaluation narrative en milieu de travail dans un programme de résidence pouvait être associée à une surreprésentation de certaines compétences, alors que d'autres compétences sont moins souvent commentées.⁵⁷ Le développement du Guide arrive donc à point comme outil de formation professorale pour les programmes, en tant que ressource précisant les jalons attendus pour alimenter une rétroaction narrative dans une perspective d'évaluation programmatique. La clarification de ces jalons permet aussi aux résidents de mieux suivre leur développement, facilitant ainsi l'identification d'objectifs de travail pour leurs activités d'observation directe.

Le pouvoir prédictif sur l'intention comportementale de l'attitude, de la norme sociale et de la perception de contrôle a été estimé chez les résidents et les superviseurs à l'aide d'une analyse de régression linéaire multiple. Bien que les tailles d'échantillons pour ces deux groupes soient très petites, il apparaît que selon l'étude de Knofczynski et Mundfrom,⁵⁸ elles soient néanmoins acceptables pour une analyse de régression étant donnée la force des associations entre les variables, d'une part, et le faible nombre de prédicteurs dans le modèle, d'autre part. Tel qu'identifié dans une étude antérieure, l'attitude et la perception de contrôle sont des facteurs importants pour prédire l'intention d'utiliser des feuilles de route pour documenter la rétroaction.⁵⁹ L'aspect visuel attrayant et la disponibilité d'une version interactive en ligne (www.guidespodmf.fmed.ulaval.ca) ont été mis de l'avant afin de favoriser une attitude positive face au Guide. Aussi,

l'intensification de la perception de contrôle comme facteur essentiel à la documentation de la rétroaction a permis d'orienter la formation professorale à offrir en lien avec l'utilisation du Guide, afin de s'assurer que les résidents et les enseignants soient confortables avec l'outil. Par ailleurs, le choix de développer un Guide et non une fiche de rétroaction permet aux utilisateurs de différents sites ou d'universités distinctes d'utiliser un même guide pour rédiger leur rétroaction à l'aide des feuilles³⁵ de route déjà mises en place localement et souvent tributaires d'une interface informatique préétablie.

Lors de la mise à l'essai du Guide, les superviseurs ont su l'utiliser pour trois niveaux de formation. L'étude a cependant identifié des lacunes dans la diversité et la formulation de la rétroaction. Presque toutes les rétroactions touchaient les rôles d'expert, de communicateur et de leader. Cela fut aussi observé dans d'autres spécialités médicales :

- en médecine interne, l'expertise médicale et la gestion du temps ou des ressources prédominaient aussi dans les rétroactions données aux résidents;⁶⁰
- en médecine d'urgence, les rôles de collaborateur, de promoteur de la santé, d'érudit, et de gestionnaire représentaient moins de 25% des commentaires écrits.⁶¹

Par ailleurs, le contenu similaire de la rétroaction avec versus sans le Guide (Scénario 1) pourrait s'expliquer par l'expérience des superviseurs ayant participé à l'atelier de formation. Effectuer la même collecte de données auprès d'un échantillon d'enseignants plus novices pourrait mener à des résultats différents.

Ce projet comporte diverses limites. D'abord, comme les bases de données utilisées répertorient des périodiques principalement anglophones, aucun outil francophone n'a été identifié dans la littérature. Ceci a été compensé en répertoriant les outils locaux des différents programmes canadiens francophones. Par ailleurs, un biais de volontariat a pu influencer les résultats des groupes de discussion et des questionnaires. Toutefois, l'utilisation ultérieure dans les milieux permettra de corriger certains aspects du Guide qui auraient pu ne pas être soulignés par les volontaires. En outre, la faible taille de notre échantillon, réunissant uniquement des superviseurs associés au réseau de l'Université Laval, ne permettait pas de procéder à des inférences statistiques sur la valeur

ajoutée du Guide en lien avec la qualité de la rétroaction. L'objectif de la phase 3 se limitait à améliorer la qualité du Guide. Enfin, puisque le Guide comporte des pages détaillées explicitant les compétences attendues pour les quatre étapes de transition, il pourrait être perçu initialement comme plutôt dense et donc difficile à utiliser en contexte clinique de SPOD. La version en ligne permet de simplifier le visuel et de rendre plus interactive la consultation des détails explicitant les compétences. De plus, un module de formation en ligne illustrant l'utilisation du Guide a été développé en soutien à l'implantation du Guide dans les milieux.

Conclusion

Le Guide de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents en médecine familiale au Canada est issu d'une collaboration entre les programmes canadiens de médecine familiale ayant des sites francophones. La démarche rigoureuse suivie, comportant une étude de besoins en trois phases, des cycles itératifs d'élaboration, ainsi qu'une mise à l'essai, permettent de proposer aux superviseurs et aux résidents un outil ayant une validité de contenu et une acceptabilité appréciables au plan national. Un module de formation a été développé, et son impact sur la qualité de la rétroaction perçue par les résidents est en cours d'évaluation. Les versions française et anglaise du Guide pourraient être validées à plus large échelle, ou encore adaptées en fonction des besoins pour différents programmes de résidence.

Comment utiliser le Guide de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents en médecine familiale au Canada?

Ce Guide a été conçu avec l'objectif d'enrichir la rétroaction échangée lors des activités de supervision par observation directe dans les programmes de médecine familiale au Canada. Il permet d'identifier les comportements observables attendus à différentes étapes de transition au cours de la formation des résidents.

Le schéma permet d'identifier en un coup d'oeil quelques éléments importants à observer en fonction des différents moments d'une entrevue médicale, et d'ajuster les attentes de l'observateur en fonction du niveau de l'étape de formation du résident. Les attentes quant aux principaux comportements observables lors des divers moments de la consultation médicale sont développées dans le schéma de droite, en fonction de quatre étapes de la résidence en médecine familiale. Le résident et/ou le superviseur cible(nt) un ou plusieurs moments de la consultation et documente(nt) la rétroaction en fonction de l'étape où est rendu le résident dans sa formation. Une liste plus détaillée de comportements observables attendus à chacune des quatre étapes est disponible aux pages suivantes du Guide, afin d'alimenter le vocabulaire utilisé dans la rétroaction.

Pour bien utiliser ce Guide:

- 1) Identifier, en discutant avec le résident et les autres cliniciens enseignants, à quelle **étape de formation** se trouve le résident
 - a) **Transition** vers la médecine familiale (trois à six premiers mois, selon le moment du premier stage de médecine familiale, où l'on recherche la fiabilité);
 - b) Acquisition des **compétences** en médecine familiale (le reste de la 1^{re} année de résidence, où l'on recherche à être fonctionnel);
 - c) **Consolidation** des compétences en médecine familiale (la majorité de la 2^e année de résidence, où l'on recherche l'autonomie);
 - d) Transition vers la **pratique** (les derniers mois de formation, où l'on recherche l'efficacité).
- 2) Avant l'observation, le résident et l'enseignant naviguent à travers le Guide pour cibler des comportements à observer.
- 3) Pendant l'observation, l'enseignant clique sur les différentes composantes cliniques de l'entrevue vis-à-vis la bonne étape de transition, pour visualiser l'ensemble des comportements attendus à cette étape; il copie et colle les comportements à commenter dans la fiche de rétroaction proposée par son programme de médecine familiale, et planifie sa rétroaction.
- 4) Après l'observation, le résident et l'enseignant échangent une rétroaction en fonction des comportements observés et établissent un plan d'action pour la prochaine observation en ciblant les comportements moins observés de l'étape en cours, ou en encourageant la pratique de comportements de l'étape suivante.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Financement : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Les sources de financement pour ce projet ont été :

- Subvention de la Famille Wooster de l'Association canadienne pour l'Éducation Médicale ;
- Subvention du Fonds de Recherche et d'Enseignement du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Laval ;
- Chaire de leadership en enseignement en pédagogie des sciences de la santé AMC-MD de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Remerciements : Merci à Caroline Simard, Gabrielle Hogue et Emy Bujold pour leur soutien à la revue de littérature; à Pascal Lalancette pour son soutien aux analyses de la phase 1; à Célia de Bruyn, Florence Lévesque, Daniel Nuncio-Naud et Lucie Poulin pour leur participation aux vidéos; à Josée d'Amours et Lucie Carignan pour leur expertise en enseignement clinique dans la planification de l'analyse des données de validation; et à Frédéric Douville pour son soutien dans l'élaboration des questionnaires.

Références

1. Lorwald AC, Lahner FM, Nouns ZM, et al. The educational impact of mini-clinical evaluation exercise (Mini-CEX) and direct observation of procedural skills (DOPS) and its association with implementation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2018;13(6):e0198009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198009>
2. Kogan JR, Conforti LN, Yamazaki K, Lobst W, Holmboe ES. Commitment to change and challenges to implementing changes after workplace-based assessment rater training. *Acad Med*. 2017;92(3):394-402. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001319>
3. Holmboe E, Durning S, Hawkins R. Practical guide to the evaluation of clinical competence. 2nd ed 2018. xii, 338 p.
4. Fromme HB, Karani R, Downing SM. Direct observation in medical education: a review of the literature and evidence for validity. *Mt. Sinai J. Med.* New York. 2009;76(4):365-71. <https://doi.org/10.1002/msj.20123>
5. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE, Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA*. 2009;302(12):1316-26. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1365>
6. Gauthier S, Melvin L, Mylopoulos M, Abdullah N. Resident and attending perceptions of direct observation in internal medicine: a qualitative study. *Med Ed*. 2018;52(12):1249-58. <https://doi.org/10.1111/medu.13680>
7. Huth K, Schwartz S, Li SA, et al. "All the ward's a stage": a qualitative study of the experience of direct observation of handoffs. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2018. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9867-5>
8. Lawrence K, van der Goes T, Crichton T, et al. Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille. Mississauga, ON: 2018.
9. Collège des médecins de famille du Canada. *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine familiale*. Mississauga, ON: 2018.
10. Ratnapalan S, Hilliard RI. Needs assessment in postgraduate medical education: a review. *Med Ed Online*. 2002;7(1):4542. <https://doi.org/10.3402/meo.v7i.4542>
11. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, et al. Coursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1. Mississauga, ON (Canada) Collège des médecins de famille du Canada. 2011. Contract No.: 30 juillet 2015.
12. Oandasan ID, Saucier E. Rapport sur le cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre. Mississauga, ON: 2013.
13. College of Family Physicians of Canada. Standards of Accreditation for Residency Programs in Family Medicine. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada, 2018.
14. Donato AA. Direct observation of residents: a model for an assessment system. *Am. J. Med*. 2014;127(5):455-60. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.01.016>
15. Hauer KE, Holmboe ES, Kogan JR. Twelve tips for implementing tools for direct observation of medical trainees' clinical skills during patient encounters. *Med teach*. 2011;33(1):27-33. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.507710>
16. Kogan JR, Hatala R, Hauer KE, Holmboe E. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of direct observation of clinical skills in medical education. *Perspect Med Educ*. 2017;6(5):286-305. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0376-7>
17. Stalmeijer RE, McNaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med Teach*. 2014;36(11):923-39. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2014.917165>
18. Halcomb EJ, Davidson PM. Is verbatim transcription of interview data always necessary? *Appl Nurs Res*. 2006;19(1):38-42. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.06.001>
19. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qual Meth*. 2006;5(1):80-92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
20. Ajzen I. The theory of planned behaviour. *Organ Behav Hum Dec Proc*. 1991;50(2):179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
21. Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Eval*. 2006;27:237-46. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
22. Gagné C, Godin G. *Les théories sociales cognitives : guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Québec 1999.
23. Groupe de travail sur le processus de certification. *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : les objectifs d'évaluation en médecine familiale*. Collège des médecins de famille du Canada, 2010.

24. Programme de résidence en médecine familiale. Performance benchmarks according to level of training: Université McGill; 2012. Récupéré sur le site: <https://www.mcgill.ca/familymed/education/postgrad/curriculum-overview/evaluation-benchmarks>
25. Lacasse M, Theoret J, Tessier S, Arsenault L. Expectations of clinical teachers and faculty regarding development of the CanMEDS-Family Medicine competencies: Laval developmental benchmarks scale for family medicine residency training. *Teach learn med.* 2014;26(3):244-51. <https://doi.org/10.1080/10401334.2014.914943>
26. Accreditation Council for Graduate Medical Education, The American Board of Family Medicine. *The Family Medicine Milestone Project 2015*. Récupéré sur le site: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf>
27. Programme de médecine de famille. *Critères pour la résidence en médecine familiale*: Université d'Ottawa; 2015. Récupéré sur le site: https://www.med.uottawa.ca/fm_forms/ResidentPage/familymedicine/assets/documents/postGrad/evaluation-forms/Core%20FM%20Benchmarks%202015.pdf
28. Schultz K, Griffiths J, Lacasse M. The application of entrustable professional activities to inform competency decisions in a family medicine residency program. *Acad Med.* Medical Colleges. 2015;90(7):888-97. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000671>
29. Programme de médecine de famille. *Guide de notation de la Fiche d'appréciation du stage clinique intégré de médecine de famille*. Université de Montréal; 2018. Récupéré sur le site: <https://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/activites-pedagogiques/evaluation-et-remediation/fasc/guide-de-notation-fasc-mf-2018-vf/>
30. Champagne L, P-SL. Suivi des patients au bureau : jalons de progression / Suivi des patients hospitalisés : Jalons de progression: Université de Sherbrooke; 2019 [cited Programme de médecine familiale].
31. Kennedy TJ, Lingard LA. Questioning competence: a discourse analysis of attending physicians' use of questions to assess trainee competence. *Acad Med.* 2007;82(10):S12-S5. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318140168f>
32. Côté L, Gromaire P, Bordage G. Content and rationale of junior and senior preceptors responding to residents' educational needs revisited. *Teach Learn Med.* 2015;27(3):299-306. <https://doi.org/10.1080/10401334.2015.1044659>
33. Côté L, Bordage G. Content and conceptual frameworks of preceptor feedback related to residents' educational needs. *Acad Med.* 2012;87(9):1274-81. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182623073>
34. DS. *Un guide pour transposer les recommandations du Cours Triple C axé sur le développement des compétences en un cursus pour le programme de résidence*. Mississauga, ON: 2013.
35. Donoff MG. Field notes: assisting achievement and documenting competence. *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* 2009;55(12):1260-2, e100-2
36. van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Driessen EW, et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Med Teach.* 2012;34(3):205-14. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.652239>
37. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* (London, England). 2001;357(9260):945-9. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04221-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04221-5)
38. Yudkowsky R, Park YS, Downing SM, editors. *Assessment in health professions education*. 2e édition ed. New York: Routledge; 2020. <https://doi.org/10.4324/9781315166902>
39. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2001;322(7284):444-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>
40. Allen T, Bethune C, Brailovsky C, et al. *Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: the evaluation objectives in family medicine*. Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada, 2010.
41. Lacasse M, Rheault C, Tremblay I, et al Développement, validation et implantation d'un outil novateur critérié d'évaluation de la progression des compétences des résidents en médecine familiale. *Péd Méd* 2017;18(2):83-100. <https://doi.org/10.1051/pmed/2018007>
42. Crichton T, Schultz K, Lawrence K, et al. Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Récupéré sur le site: [https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Education/Certification in Family Medicine Examination/Assessment-Objectives-full-document-FRE.pdf](https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Education/Certification%20in%20Family%20Medicine%20Examination/Assessment-Objectives-full-document-FRE.pdf) [Accessed on 11 déc 2020]
43. Université McGill. *Performance benchmarks according to level of training*. 2012. Récupéré sur le site: <https://www.mcgill.ca/familymed/education/postgrad/curriculum-overview/evaluation-benchmarks> [Accessed on 11 déc 2020]
44. Programme de médecine de famille de l'Université de Montréal. *Guide de notation de la Fiche d'appréciation du stage clinique intégré de médecine de famille: Université de Montréal*; 2018. Récupéré sur le site: <https://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/activites-pedagogiques/evaluation-et-remediation/fasc/guide-de-notation-fasc-mf-2018-vf/>
45. Université d'Ottawa. *Critères pour la résidence en médecine familiale* 2015. Récupéré sur le site: https://www.med.uottawa.ca/fm_forms/ResidentPage/familymedicine/assets/documents/postGrad/evaluation-forms/Core%20FM%20Benchmarks%202015.pdf
46. Champagne L. P-SL. Suivi des patients au bureau : Jalons de progression et Suivi des patients hospitalisés : Jalons de progression: Programme de médecine familiale, Université de Sherbrooke; 2019.
47. Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Family Medicine. *Family medicine milestones* 2015. Récupéré sur le site: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf> [Accessed on 11 déc 2020]
48. Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. *Critères pour la résidence en médecine familiale* Ottawa. 2015. Récupéré sur le site:

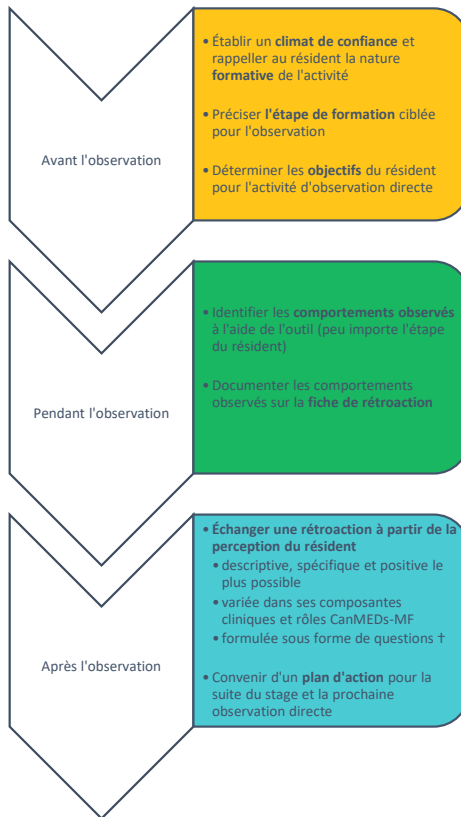
- <https://med.uottawa.ca/family/sites/med.uottawa.ca/family/files/criteresmf-fmbenchmarks2015.pdf>. [Accessed on 14 déc 2020]
49. Osgood CE. The nature and measurement of meaning. *Psychol Bull.* 1952;49(3):197-237. <https://doi.org/10.1037/h0055737>
 50. Osgood C, Suci G, Tannenbaum P. The measurement of meaning. Urbana, IL: University of Illinois Press; 1957.
 51. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Le continuum de la compétence: la compétence par conception*. Ottawa, Canada: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. Récupéré sur le site: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/cbd/cbd-competence-continuum-diagram-legal-f.pdf>. [Accessed on 8 déc 2020].
 52. Govaerts M, van der Vleuten CP. Validity in work-based assessment: expanding our horizons. *Med Ed.* 2013;47(12):1164-74. <https://doi.org/10.1111/medu.12289>
 53. Wilby KJ, Govaerts MJB, Dolmans D, Austin Z, van der Vleuten C. Reliability of narrative assessment data on communication skills in a summative OSCE. *Patient Educ Couns.* 2019;102(6):1164-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.018>
 54. Ginsburg S, van der Vleuten CPM, Eva KW. The hidden value of narrative comments for assessment: a quantitative reliability analysis of qualitative data. *Acad Med.* 2017;92(11):1617-21. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001669>
 55. Cianciolo AT, Hingle S, Hudali T, Beason AM. Evaluating clerkship competency without exams. *Clin Teach.* 2020;17(6):624-8. <https://doi.org/10.1111/tct.13114>
 56. Gingerich A, Schokking E, Yeates P. Comparatively salient: examining the influence of preceding performances on assessors' focus and interpretations in written assessment comments. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2018;23(5):937-59. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9841-2>
 57. Diller D, Cooper S, Jain A, Lam CN, Riddell J. Which Emergency medicine milestone sub-competencies are identified through narrative assessments? *West. J. Emerg. Med.* 2019;21(1):173-9. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.12.44468>
 58. Knofczynski G, Mundfrom D. Sample sizes when using multiple linear regression for prediction. *Educ. Psychol. Meas.* 2008;68(3):431-42. <https://doi.org/10.1177/0013164407310131>
 59. Lacasse M, Douville F, Desrosiers É, Côté L, Turcotte S, Légaré F. Using field notes to evaluate competencies in family medicine training: a study of predictors of intention. *Can Med Educ J.* 2013;4(1):e16-25. <https://doi.org/10.36834/cmej.36600>
 60. Renting N, Dornan T, Gans RO, et al. What supervisors say in their feedback: construction of CanMEDS roles in workplace settings. *Adv. Health Sci. Educ.* 2016;21(2):375-87. <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9634-9>
 61. Sherbino J, Kulasegaram K, Worster A, Norman G. The reliability of encounter cards to assess the CanMEDS roles. *Adv. Health Sci. Educ.* 2013;1(5):987-96. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9440-6>

Annexe A

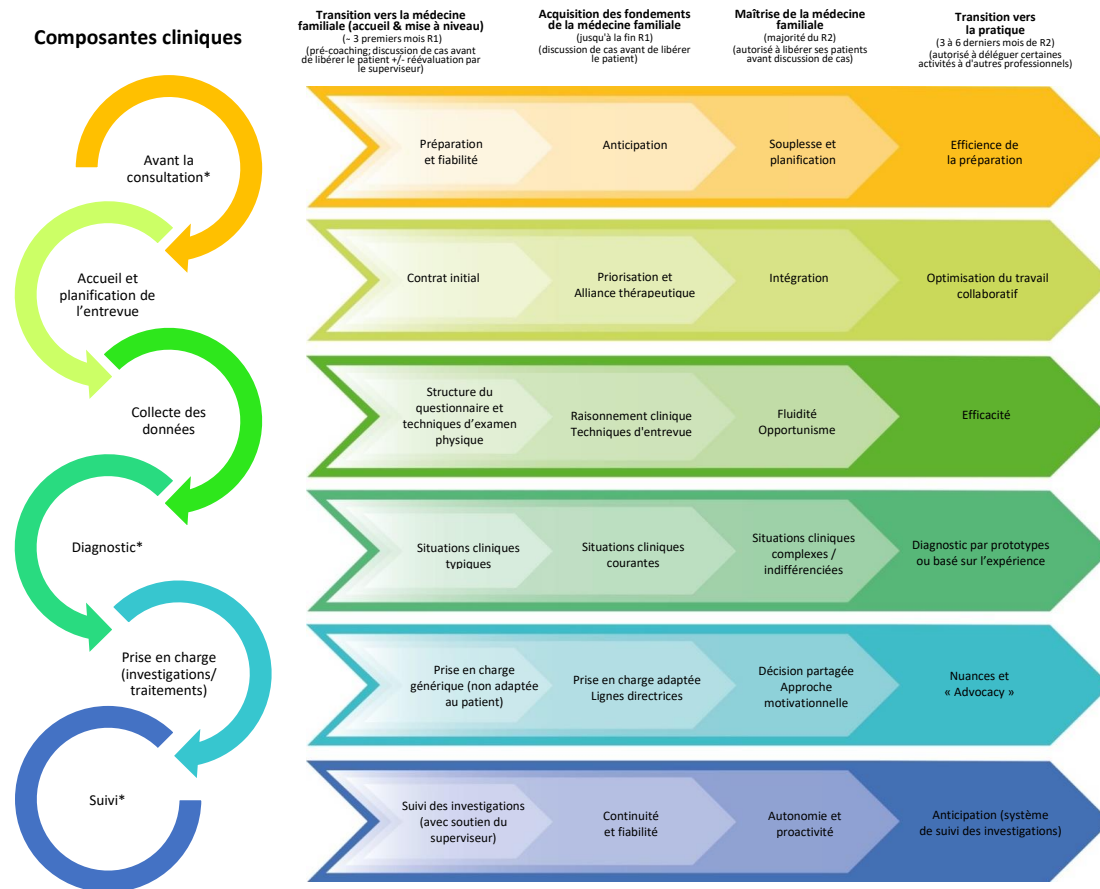
Guide de rétroaction pour la supervision par observation directe en médecine familiale

Miriam Lacasse, Luc Côté, Jean-Sébastien Renaud, Alexandre Lafleur Christian Rheault (Université Laval); Marion Dove (Université McGill); Marie-Pierre Coudi (Université de Montréal); Lyne Pitre (Université d'Ottawa); Luce Pélissier-Simard (Université de Sherbrooke). Développement et validation d'un outil de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents dans les programmes de médecine familiale au Canada - Phase 1 : étude de besoins et validation de contenu. Ce projet a été rendu possible par une Subvention de la famille Wooster de l'Association canadienne pour l'éducation médicale.

Composantes de la supervision



Composantes cliniques



Graphisme : Martin Bélanger et Guillaume Sénéchal, Faculté de médecine, Université Laval

* Phases de la rencontre souvent oubliées durant la rétroaction

† Types de formulations à favoriser pour la rétroaction :

- Questions **stimulantes** présentant un **défi**
 - Peux-tu m'expliquer ton raisonnement?
 - Si la patiente avait plutôt eu le symptôme « X », en quoi cela aurait-il modifié ton diagnostic différentiel?
- Questions de **clarification**
 - Comment tu prévois faire le suivi de ce patient?
- Stimulation d'une **réflexion**
 - Crois-tu que notre prise en charge est bien adaptée à ce patient?

Contenu adapté des objectifs d'évaluation en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada (Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Brailovsky C, Bethune C, van der Goes T, Dhillon K, Pélissier-Simard L, Ross S, Hawrylyshyn S, Potter M. Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. (https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Assessment-Objectives-Full-document-FRE.pdf) et de jalons en médecine familiale définis par divers programmes de médecine familiale canadiens et par l'Association of American Medical Colleges:

- Université Laval (Lacasse M., Rheault C., Tremblay L., Renaud J.-S., Coché F., St-Pierre A., Théorêt J., Tessier S., Arsenault L., Simard M.-L., Simard C., Savard, I., Côté L., Castel J. Développement, validation et implémentation d'un outil novateur ciblé d'évaluation de la progression des compétences des résidents en médecine familiale. Pédagogie Médicale. 2017;18:83-100)
- Université McGill (Performance Benchmarks According to Level of Training. 2012. <https://www.mcgill.ca/familymed/education/postgrad/curriculum-overview/evaluation-benchmarks>)
- Université de Montréal (Programme de médecine de famille de l'Université de Montréal. Guide de notation de la Fiche d'appréciation du stage clinique intégré de médecine de famille. 2018. <https://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-locaux-de-programme/activites-pedagogiques/evaluation-et-remediation/fasc/guide-de-notation-fasc-mf-2018-v1/>)
- Université d'Ottawa (Critères pour la résidence en médecine familiale. 2015. <https://www.med.ottawa.ca/fm-forms/ResidentPage/familymedicine/assets/documents/postGrad/evaluation-forms/Corse%20FPM%20Benchmarks%202015.pdf>)
- Université de Sherbrooke (Chapagne L., Pélissier-Simard L., Suivi des patients au bureau : Jalons de progression / Suivi des patients hospitalisés : Jalons de progression. Programme de médecine familiale, Université de Sherbrooke, juin 2019.)
- Université Queen (Schultz K., Griffiths J., & Lacasse M. (2015). The application of entrustable professional activities to inform competency decisions in a family medicine residency program. *Academic Medicine*, 90(7), 888-897)
- Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Family Medicine. 2015. (<https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf>)

Kennedy & Lingard (Acad Med, 2007)
Côté & Bording (Acad Med, 2012)



Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape de Transition vers la médecine familiale

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
 Avant la visite	• Lit les dossiers avant les consultations et sollicite un « pré-coaching »/ au besoin					Rôles administratifs • Est fiable pour la gestion de ses absences et de ses gardes (avise un collègue/ superviseur s'il doit s'absenter et essaie de se faire remplacer)	Comportements professionnels • Répond aux appels lorsqu'il est de garde • Se présente à l'heure prévue
 Accueil et planification de l'entrevue	• Établit un contrat initial dans la majorité de ses entrevues, avec parfois de la difficulté à prioriser ou présenter un contrat réaliste	• Accueille le patient et se présente • Vérifie le lien entre le patient et la ou les personnes qui l'accompagnent • Établit l'agenda de la consultation (identifie les points qu'il veut aborder ainsi que la raison de consultation du patient)				• S'adapte aux caractéristiques et aux modes de fonctionnement propres au contexte de soins/milieu de stage • Emploie efficacement les outils technologiques d'accès à l'information	Comportements professionnels • Maintient son apparence personnelle pour faciliter le confort et la confiance du patient sur une base individuelle • Respecte le patient dans tous les aspects de sa personne et de son style de vie • Respecte le temps du patient/des collègues, et reconnaît lorsqu'il n'est pas à l'heure • Démonstre de la compassion et fait preuve d'empathie envers ses patients • Évite de demander des faveurs au patient, n'accepte pas de cadeaux inappropriés • Demande de l'aide lorsqu'il atteint les limites de sa compétence Éthique • Assure la confidentialité en tout temps et respecte le secret professionnel • Obtient un consentement libre et éclairé aux actes de soins qu'il pose • Respecte l'autonomie du patient
 Collecte des données	• Questionne le patient de façon assez ciblée (pour infirmer ou confirmer ses hypothèses); peut consacrer encore beaucoup de temps aux éléments secondaires • Complète au besoin la cueillette d'information auprès des tiers, avec la permission du patient si possible • Explore le vécu et le contexte du patient (méthode clinique centrée sur le patient), mais parfois de façon un peu stéréotypée • Effectue un examen physique reproductible avec des techniques d'examen fréquentes adéquates, et reconnaît les anomalies cliniques la plupart du temps	• S'assure d'un contact verbal et non verbal approprié • Adopte une attitude plutôt égalitaire avec son patient • Respecte les inconforts du patient durant l'entrevue et l'examen physique et module ses interventions en conséquence • Explique ses gestes et se préoccupe du confort du patient • Laisse à son interlocuteur le temps de s'exprimer		• Évalue les facteurs de risque pouvant avoir un impact sur la santé (habitudes de vie, contexte de vie, etc.) • Vérifie l'immunisation de ses patients			
 Diagnostic	• Identifie la majorité des éléments clés permettant de générer un diagnostic différentiel approprié pour la plupart des situations typiques de 1re ligne • Démonstre son ouverture d'adapter le diagnostic lorsqu'on lui présente une autre vision/information • Reconnaît les signes d'une condition potentiellement urgente et recherche l'aide appropriée • Génère une liste de problèmes pour un patient avec maladie(s) chronique(s)				Apprentissage autonome • Reconnaît ses limites et en tient compte • Gère son incertitude en consultant principalement ses superviseurs • Tient compte des données probantes disponibles, mais les applique parfois directement sans les ajuster au patient sur une base individuelle		
 Prise en charge (investigations/traitements)	• Propose et explique un plan d'investigation plutôt générique, mais approprié aux hypothèses, pour la plupart des situations typiques de 1re ligne • Tire des conclusions cohérentes à son évaluation (jugement clinique) • Reconnaît les indications et contre-indications des techniques de base (colonne A), obtient un consentement approprié, s'y prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques correctes; dispose du matériel de façon sécuritaire • Propose de revoir le patient si approprié		Collaboration interprofessionnelle • Exerce son activité professionnelle en respectant celle des autres	• Assure le bien-être et la sécurité du patient • Fait la promotion de saines habitudes de vie et prodigue des conseils préventifs • Applique la plupart des recommandations de dépistage en fonction de l'âge du sexe et des facteurs de risque			
 Suivi	• Assure le suivi des investigations avec le soutien d'un superviseur	Rédaction et tenue de dossiers • Écrit lisiblement avec une syntaxe et une orthographe appropriées • Rédige une note respectant les règles et qui représente fidèlement la situation. • Évite une surutilisation des abréviations médicales	Collaboration interprofessionnelle • Sollicite à bon escient et avec respect les autres professionnels, sans toujours bien connaître le réseau • Dans ses demandes de consultation, précise la raison et fournit les informations pertinentes			• Suggère un délai de suivi raisonnable à ses patients	Comportements professionnels en clinique • Parle des patients/ collègues d'une façon positive • Effectue ses activités professionnelles avec honnêteté et intégrité • Lorsqu'il y a erreur ou omission, reconnaît sa contribution et applique les mesures correctrices appropriées pour l'avenir Position d'apprentissage • Agit de manière fiable et honnête en supervision • Démonstre une ouverture à la rétroaction en la percevant comme moyen de progression • Transmet des données vérifiées et appropriées en supervision

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape d'Acquisition des fondements de la médecine familiale

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
 Avant la visite	- Identifie les informations pertinentes à rechercher au dossier et les retrouve de façon efficace - Anticipe les éléments à discuter et à faire (se réapproprie le dossier avant la visite) - Résume et utilise les éléments pertinents du dossier médical antérieur du patient		Tient compte des informations provenant des évaluations des autres professionnels et médecins		- Effectue les lectures et discussions nécessaires pour consolider ses apprentissages avant une visite de suivi - Rencontre volontiers des patients présentant des situations cliniques plus difficiles, pour se développer professionnellement (en les planifiant en observation directe, par exemple)	Organise son temps et son matériel en fonction du contexte de travail	- Position d'apprentissage - Recherche à s'exposer aux problèmes cliniques complexes en vue d'apprendre et de s'améliorer - Adapte sa disponibilité de manière à répondre aux besoins des patients suivis par un collègue absent
 Accueil et planification de l'entrevue	Évalue plusieurs problèmes lors d'une visite en les priorisant selon leur urgence/importance, tout en répondant aux attentes du patient	- Adopte une proximité / distance relationnelle adéquate - Établit rapidement une alliance de travail avec la plupart de ses patients - Établit, priorise et négocie un contrat initial explicite, en tenant compte des besoins exprimés et des priorités cliniques	Vérifie périodiquement l'adhésion du patient et de ses proches à la prise en charge déterminée précédemment			- Gestion de la pratique - Tient compte du temps disponible pour réaliser ses tâches cliniques	Se positionne comme médecin traitant et assure la continuité des soins
 Collecte des données	- Questionne le patient/l'examine de manière ciblée en fonction d'hypothèses diagnostiques en tenant compte de ses facteurs de risque - Effectue un examen physique utilisant adéquatement (au besoin) des techniques d'examen plus spécialisées - Intègre la perspective du patient de manière fluide et pertinente, tant pour le vécu (perception, craintes, idées, attentes) que pour le contexte de vie (méthode clinique centrée sur le patient) - Interagit avec le patient durant l'examen physique - Au besoin, évalue la dangerosité de la situation	- Écoute - Alloue suffisamment de temps pour écouter activement le patient, sans l'interrompre; accorde du temps pour des silences appropriés - Remarque les indices verbaux et non verbaux du patient et y réagit - Expression verbale/non verbale - Adopte une attitude verbale et non verbale favorisant les échanges - Adopte une posture détendue, présente rarement des signes d'insécurité - Fournit des réponses non verbales appropriées aux énoncés du patient - Ajuste son style de communication aux particularités (âge, culture, limitations, etc.) du patient et vérifie si le patient a bien compris - Maintient l'entrevue centrée sur les objectifs à atteindre	- Collaboration avec les patients et leur famille - Clarifie les objectifs de soins souhaités par le patient et sa famille, en particulier devant des conditions chroniques	Recherche et identifie activement les situations à risque élevé pour la santé		- Gestion de la pratique - Met à jour les outils de suivi (liste de problèmes, liste de médicaments, feuille sommaire, etc.)	- Comportements professionnels - Tente de comprendre ce qui précipite un comportement difficile ou la non-observance et adapte sa réaction en conséquence - N'impose pas au patient ses croyances personnelles
 Diagnostic	- Considère un éventail d'hypothèses diagnostiques fondées sur la prévalence des problèmes et leur dangerosité; en cible rapidement quelques-uns pour les situations cliniques courantes - Ajuste son diagnostic selon l'évolution du problème/la réponse au traitement	- Explique clairement ses impressions diagnostiques dans les situations cliniques courantes, en tenant compte de la compréhension du patient - Vérifie avec le patient s'il a des questions et y répond adéquatement					
 Prise en charge (investigations/traitements)	- Identifie les investigations et traitements appropriés pour les situations cliniques courantes de première ligne, en s'adaptant à la situation du patient, à son opinion et à l'évolution de sa maladie - Intègre les aspects psycho-sociaux (perceptions, craintes, impact, attentes; et contexte de vie) dans sa prise en charge - Reconnaît les indications et contre-indications de plusieurs techniques courantes (colonne B), obtient un consentement approprié, s'y prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques correctes; dispose du matériel de façon sécuritaire - Démontre un jugement clinique approprié - Face à une condition potentiellement urgente, initie une réponse adaptée en priorisant adéquatement et demande rapidement l'aide requise - Planifie un suivi dans les délais requis	- Explique clairement au patient son plan d'investigation et de traitement - Vérifie avec le patient s'il a des questions et y répond adéquatement - Rassure le patient de façon appropriée en fonction du contexte	- Collaboration interprofessionnelle - Participe au partage des tâches au sein de son équipe - Sensibilise le patient et ses proches à l'importance d'impliquer un autre professionnel dans les soins qui le concerne - Rédige des demandes de consultation claires et pertinentes - Sollicite les autres spécialistes ou professionnels adéquatement, en fonction de leur rôle - Communique aux membres de l'équipe les informations pertinentes sur l'évolution de la situation médicale du patient	- Met en œuvre spontanément des stratégies de promotion de la santé et de prévention judicieusement adaptées aux besoins des patients - Intègre les recommandations de dépistage en fonction de l'âge et du sexe, des antécédents et des facteurs de risque du patient, tout en encourageant une décision partagée quant aux dépistages souhaités - Conseille le patient ou sa famille au sujet des immunisations appropriées en fonction de l'âge et des facteurs de risque du patient (travail, voyages, habitudes, de vie, etc.)	- Lecture critique - Propose des conduites fondées les lignes directrices pour les problèmes courants - Gère son incertitude en consultant principalement des lignes directrices, des articles de synthèse ou des applications pour trouver réponse à ses questions cliniques avant de consulter le superviseur - Enseignement au patient - Donne des conseils appropriés à la situation (enseignement au patient) : auto-gestion, risques et effets secondaires, résultats attendus du traitement, quand venir consulter, etc. - Enseignement aux étudiants - Explicite ses actions aux étudiants qu'il supervise - Adapte le contenu de son enseignement au niveau de connaissances de l'étudiant	- Gestion des ressources - Rédige les formulaires ou effectue les démarches appropriées afin que son patient obtienne les investigations et soins requis en temps opportun - Orient le patient vers les ressources présentes dans le milieu pour les situations cliniques courantes de première ligne - Gestion de la pratique - Se questionne sur le coût et la disponibilité des ressources	Explique de manière adaptée les risques et bénéfices des interventions et les conséquences de ne pas intervenir
 Suivi après la consultation	- Structure sa note par problèmes, en rendant explicite le raisonnement clinique qui a amené au diagnostic et à la conduite proposée - Se montre fiable pour gérer les résultats d'investigations, en tentant de trouver des réponses avant de solliciter le superviseur; le consulte pour des situations complexes	- Rédaction et tenue de dossiers - Tient des dossiers clairs, témoignant d'une compréhension adéquate des problèmes et de leur bonne gestion - Transmet rapidement (<24h) ses dossiers pour approbation - Fait bon usage du dossier médical électronique et de ses outils de communication pour assurer les soins aux patients	- Collaboration interprofessionnelle - Précise des demandes de consultation dans le but de favoriser un travail collaboratif et efficace - Participe aux rencontres inter-professionnelles en considérant l'apport de chacun			- Gestion de la pratique - Assure la continuité des soins (ou planifie qui le fera) en prévoyant un délai de suivi raisonnable - Retourne les appels en temps opportun - Fonctionne avec un débit représentant au moins la moitié de celui attendu en début de pratique	Lorsqu'il y a erreur ou omission, avise le patient de manière appropriée

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape de Maîtrise de la médecine familiale

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
 Avant la visite		• Met à jour le dossier médical avant le rendez-vous, selon les rapports d'investigations et de consultation reçus				• Fait preuve de souplesse dans l'organisation du travail clinique • Répond aux demandes imprévues de ses patients et détermine la meilleure façon d'y faire face (offrir RV, référer au dépannage, etc.)	• Anticipe les facteurs qui pourraient avoir un impact sur ses consultations et demande conseil pour les gérer adéquatement
 Accueil et planification de l'entrevue	• Envisage les aspects pertinents à la rencontre, autres que les raisons de consultation du patient	• Annonce une mauvaise nouvelle avec tact et sensibilité • Identifie les raisons de consultation non clairement exprimées et réajuste au besoin son contrat initial	• Anime efficacement une rencontre interdisciplinaire ou familiale			• Priorise efficacement les patients instables lorsque plusieurs urgences surviennent de façon simultanée • Exploite de façon optimale le temps disponible pour l'entrevue	
 Collecte des données	• Interagit confortablement avec le patient durant l'évaluation : s'ajuste au rythme et aux propos du patient, adopte une séquence efficiente ajustée aux exigences de la situation clinique • Clarifie les objectifs de soins du patient	Écoute • Reconnaît l'intensité de la difficulté perçue par le patient; évite de minimiser (valide le vécu) • Valide sa compréhension du problème auprès du patient (fait savoir au patient ce qu'il a compris de ses propos, et reformule au besoin) Expression verbale/non verbale • Utilise judicieusement les questions ouvertes et fermées pour optimiser le recueil de données • Reconnaît ses sentiments et gère bien sa réaction en présence d'un patient difficile (contretransfert)	• Intègre les proches à la démarche en respectant l'autodétermination et la vie privée du patient	• Repère les patients plus vulnérables ou marginalisés et cherche à répondre à leurs besoins			
 Diagnostic	• Considère un éventail d'hypothèses diagnostiques fondées sur la prévalence des problèmes et leur dangerosité; en cible rapidement quelques-uns pour les situations cliniques complexes ou indifférenciées, en tentant d'être uniciste • Travaille activement avec le patient pour arriver à une décision partagée concernant la définition des problèmes. • Se satisfait d'un diagnostic symptomatique (ex. : dyspepsie) lorsqu'on ne peut confirmer le diagnostic étiologique	• Explique clairement ses impressions diagnostiques dans les situations cliniques complexes ou indifférenciées, en tenant compte de la compréhension du patient					
 Prise en charge (investigations/traitements)	• Utilise (ou n'utilise pas) de manière appropriée diverses investigations en fonction des circonstances • Identifie les traitements appropriés pour les problèmes complexes/multiples, peu fréquents ou indifférenciés • Ajuste la médication en tenant compte des particularités du patient (IRC, âge, interactions potentielles, etc.) • Intègre plusieurs problèmes dans son plan de traitement • Travaille activement avec le patient pour arriver à une décision partagée concernant les objectifs à atteindre, les priorités d'intervention et les méthodes de traitement. • Reconnaît les indications et contre-indications de plusieurs techniques plus spécialisées (colonne C), obtient un consentement approprié, s'y prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques adroites; dispose du matériel de façon sécuritaire; anticipe les complications potentielles spécifiques à chaque patient • Prend des décisions cliniques en contexte d'incertitude	Structure d'entrevue • Explique le contrat final en s'assurant de la compréhension et de la satisfaction du patient Expression verbale/non verbale • Encourage la discussion, les questions et la rétroaction du patient; ajuste son plan en fonction de la situation du patient. • Implique le patient et sa famille pour trouver un terrain d'entente (décision partagée), par exemple pour déterminer le niveau d'intervention médicale • Gère de façon appropriée les situations relationnelles à risque (refus de traitement, patient agressif/difficile, conflit de travail, etc.)	Collaboration avec les patients et leur famille • Convient avec le patient et ses proches du plan d'intervention approprié, compte tenu du niveau de risque acceptable et du niveau de soins souhaité • Consulte au besoin les membres de la famille/aidants pour orienter les interventions Collaboration interprofessionnelle • Sollicite les autres spécialistes ou professionnels adéquatement et en utilisant sa connaissance du réseau • Identifie les obstacles à la mise en place du plan d'intervention et participe à la recherche de solutions appropriées • Anticipe les investigations ou informations requises avant la consultation • Travaille en partenariat avec les divers acteurs du réseau (CLSC, pharmacies communautaires, etc.) afin d'offrir les meilleurs soins au patient et à ses proches	• Met une énergie appropriée à mobiliser un patient en utilisant notamment l'approche motivationnelle • Conseille le patient au sujet du dépistage pertinent, même si le patient ne consulte pas spécifiquement pour un examen médical périodique (opportunisme) • Facilite les efforts d'auto-gestion des conditions chroniques, en encourageant l'utilisation de services et ressources communautaires • Gère les résistances des patients et de leur famille aux face aux recommandations préventives (vaccination, etc.) • Fait des démarches auprès de certaines instances à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau pour faciliter l'accès aux services requis en temps opportun	Lecture critique • Gère son incertitude en consultant non seulement des lignes directrices, articles de synthèse ou applications, mais aussi la littérature scientifique pour trouver réponse à ses questions cliniques • Choisit avec soin les investigations qu'il demande, dans une perspective de limiter le surdiagnostic Enseignement au patient • Individualise les conseils de suivi, de manière appropriée à la situation (enseignement au patient) • Explique l'incertitude inhérente au diagnostic, à l'investigation, aux traitements proposés ou au pronostic Enseignement aux étudiants • Reconnaît dans une situation clinique les opportunités d'apprentissage	Gestion de la pratique • S'organise pour répondre aux divers besoins et demandes des patients au moment approprié • Ajuste son niveau de fonctionnement et son rythme au contexte • Avise les autorités concernées lors de la survenue d'événements indésirables • Coordonne l'équipe de soins (ex. : code bleu, appel aux consultants, lien avec les services communautaires) avec aide au besoin Gestion des ressources • Oriente le patient vers les ressources présentes dans le milieu ou à l'extérieur du réseau pour les situations cliniques complexes ou indifférenciées • Utilise judicieusement les ressources et considère le coût dans ses choix d'investigation et de prise en charge, en appliquant les recommandations de Choisir avec soin	• Comprend et respecte son rôle de médecin et les responsabilités du patient : exprime au patient et à ses proches la non recevabilité d'une demande inappropriée
 Suivi après la consultation	• Rédige des notes ciblées et succinctes reflétant de manière évidente son raisonnement clinique, avec emphase sur la conduite, les conseils de départ et son plan d'action pour les prochaines visites	Rédaction et tenue de dossiers • Transmet ses dossiers le jour de la consultation pour approbation	Collaboration interprofessionnelle • Coordonne l'organisation d'une référence urgente • Participe aux rencontres inter-professionnelles en considérant l'apport de chacun	• Documente au dossier les interventions en lien avec les soins de santé préventifs		Gestion de la pratique • Réorganise son horaire pour rendre possible un suivi rapproché requis même si son horaire est comblé • Assure le suivi des investigations demandées d'une manière proactive (sans intervention du superviseur)	

Comportements à observer plus spécifiquement pendant l'étape de Transition vers la pratique

	Expert en médecine familiale	Communicateur	Collaborateur	Promoteur de la santé	Érudit	Leader	Professionnel
Avant la visite 			Reconnaît les situations où le leadership d'autres membres de l'équipe doit être favorisé			Gestion de la pratique • Prépare adéquatement sa rencontre avec les patients (début sa note dans le DME, lectures, discussion avec les pairs, spécialistes et professionnels) • Organise son temps en fonction du contexte de pratique (bureau, SRV, urgence, hospitalisation, etc.) • Prend les devants pour aider l'équipe clinique (tâches ou responsabilités qui ne lui sont pas officiellement assignées)	• Reconnaît les facteurs qui pourraient avoir un impact sur ses consultations et travaille pour les résoudre avant de rencontrer le patient
Accueil et planification de l'entrevue 		• Démonstre de la flexibilité dans sa façon de conduire l'entrevue • Développe et entretient un lien de confiance avec les patients avec qui les interactions peuvent être difficiles (clientèles marginales, défavorisées et/ou présentant des troubles de la personnalité)	Collaboration interprofessionnelle • Anticipe les raisons de consultation afin de prévoir des éléments de collaboration interprofessionnelle avant la visite médicale				
Collecte des données 	• Questionne le patient/l'examine parfois en parallèle, afin de gagner en efficience	Expression verbale/non verbale • Reste calme devant une situation difficile ou qui semble sans issue et exprime au patient ce qu'il pense ou ressent • Utilise des stratégies pour gérer ses émotions et les situations de contre-transfert				Gestion de la pratique • Gagne en efficience en rédigeant certains éléments de sa note pendant l'entrevue, tout en maintenant un contact visuel lors des moments importants de la rencontre • Fonctionne avec un débit compatible avec le début de pratique • Coordonne l'équipe de soins (ex. : code bleu, soins dispensés à ses patients par divers consultants et professionnels de la santé, etc.)	
Diagnostic 	• Est à l'aise d'utiliser le temps comme outil diagnostic • Utilise de façon sécuritaire le diagnostic par prototypes (processus inconscient et automatique, non hypothético-déductif)						
Prise en charge (investigations/traitements) 	• Réfléchit la prise en charge avec le patient • Gère l'incertitude en encourageant la prise de décision partagée • Dans une situation d'incertitude, est capable de prévoir les signaux d'alarme à surveiller et d'en informer le patient • Enseigne aux patients en s'adaptant à eux et leur famille avec sensibilité • Prescrit méthodiquement et correctement les médicaments pour lesquels il faut tenir compte de considérations particulières (médicaments à usage limité et substances contrôlées) • Reconnaît les indications et contre-indications de certaines techniques spécialisées (colonne D), obtient un consentement approprié, se prépare adéquatement et démontre des habiletés techniques efficaces; dispose du matériel de façon sécuritaire • Assure la prise en charge des situations où l'intérêt et/ou le bien-être du patient est menacé • Applique les mesures appropriées dans les situations cliniques d'exception à la règle du consentement aux soins (inaptitude, dangerosité, etc.) • Propose des interventions pertinentes adaptées aux situations particulières	• Partage avec le patient une façon de voir sa situation de santé qui donne un sens à ses symptômes ou ses problèmes • Répond honnêtement et gère habilement les critiques ou plaintes des patients • Gère habilement des questions névralgiques, complexes ou pénibles (soigneusement à une société d'aide à l'enfance, échanges sur la sexualité et les facteurs de risque, aptitude à conduire, détermination de l'aptitude, etc.)	Collaboration interprofessionnelle • Personnalise les soins auprès de patients complexes (avec conditions chroniques et comorbidités) pour aider le patient à atteindre ses objectifs de soins • Coordonne l'équipe de soins dans la prise en charge de patients avec des conditions chroniques Collaboration avec les patients et leur famille • Favorise l'alliance thérapeutique avec les gens présents en entrevue plutôt que de prendre position pour certains en cours d'entrevue	• Répond de manière appropriée aux besoins particuliers des clientèles vulnérables ou marginalisées	• Recherche la réponse à certaines questions cliniques dans la littérature scientifique, qu'il interprète de manière critique au chevet du patient • Tient compte spontanément des données probantes disponibles dans son utilisation des outils diagnostiques et thérapeutiques • Personnalise les lignes directrices ou les résultats d'études scientifiques pour en assurer l'applicabilité au patient sur une base individuelle Enseignement aux étudiants • Fait expliciter à l'étudiant sa démarche clinique • Pose des questions pour susciter la réflexion des étudiants et faire émerger leurs besoins d'apprentissage • Donne une rétroaction ciblée sur les comportements observés de l'étudiant		
Suivi 		• Complète ses notes immédiatement après chaque patient en notant l'essentiel pour le suivi	• Mobilise les proches et les membres de l'équipe pour résoudre un problème • Coordonne la séquence des interventions auprès des membres d'une équipe en contexte de soins aigus	• Agit à titre de défenseur du patient et de sa communauté en veillant à leur meilleur intérêt dans le système de santé • Prend part à des activités pour améliorer la santé de sa communauté		• Anticipe les investigations importantes à recevoir par un système personnel de suivi (recherche de résultats manquants, rappel de patients) • Effectue une facturation adéquate	Éthique • Lorsqu'une erreur a été commise, reconnaît sa contribution, la discute avec les personnes appropriées, tente de clarifier ce qui est arrivé et applique la mesure corrective appropriée pour l'avenir (divulgaration des événements indésirables) Réflexion sur la pratique • Fait systématiquement une auto-réflexion sur sa pratique, pour approfondir sa connaissance de soi et en tirer des leçons positives

Gestes techniques proposés à chacune des étapes de la résidence en médecine familiale(adapté des objectifs d'évaluation du CMFC³)

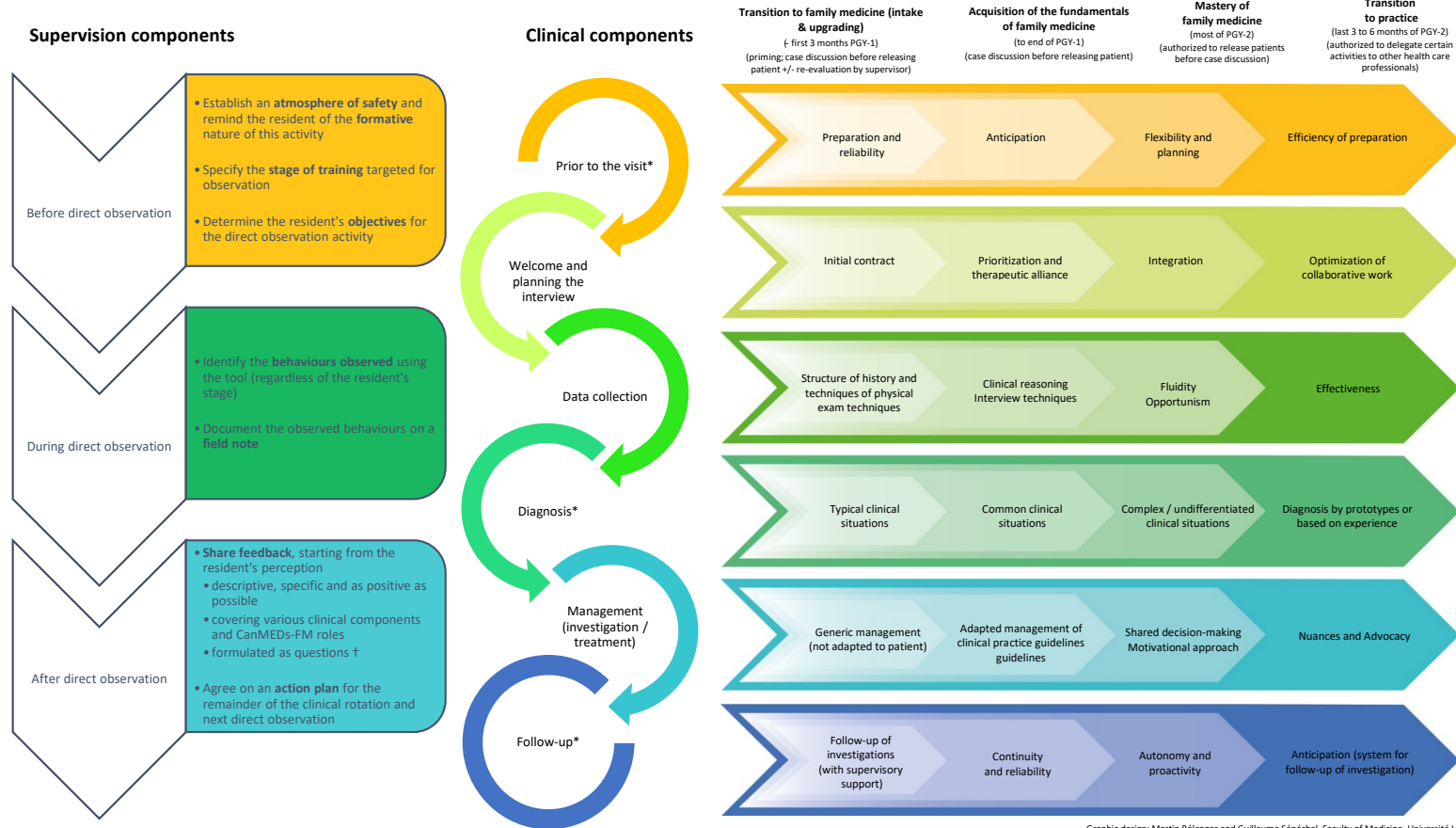
	A	B	C	D
Étape du formation	Techniques de base Transition vers la médecine familiale (3 à 6 premiers mois R1)	Techniques courantes Acquisition des fondements de la médecine familiale (jusqu'à fin R1)	Techniques plus spécialisées Maîtrise de la médecine familiale majorité du R2)	Techniques spécialisées Transition vers la pratique (3 à 6 derniers mois de R2)
Interventions tégumentaires	Cryothérapie des lésions cutanées Cautérisation des lésions cutanées Grattage de la peau pour identification de champignons Utilisation de la lampe de Wood Rogner une callosité cutanée Infiltration d'un anesthésique local	Débridement de plaie Insertion de sutures; simple, point de matelassier et sous-cuticulaire Réparation de laceration; suture et application de colle Bloc digital d'un doigt ou d'un orteil	Incision et drainage d'abcès/kyste Biopsie cutanée; rasage, à l'emporte-pièce et excisionnelle Excision de lésions dermiques, p. ex. papillome, naevus ou kyste Évacuation d'un hématome sous-unguéal Drainage d'un panaris aigu Exérèse partielle d'un ongle d'orteil Excision cunéiforme d'un ongle incarné Exérèse d'un corps étranger, p. ex. hameçon, écharde ou morceau de verre Interventions avec anesthésie locale	
Interventions oculaires	Examen du fond d'oeil Instillation de fluorescéine Application d'un pansement oculaire	Examen à la lampe à fente Mesure d'une tension intra-oculaire	Exérèse d'un corps étranger cornéen ou conjonctival	
Interventions auriculaires	Exérèse de cérumen		Exérèse d'un corps étranger	
Interventions nasales			Exérèse d'un corps étranger Cautérisation d'une épistaxis antérieure	Tamponnement nasal antérieur
Interventions gastro-intestinales		Incision et drainage d'une hémorroïde externe thrombosée Anuscopie/rectoscopie	Insertion d'une sonde naso-gastrique	
Interventions génito-urinaires et santé de la femme	Cryothérapie ou chimiothérapie des condylomes Test de Papanicolaou	Insertion d'un cathéter transurétral Insertion d'un stérilet	Aspiration d'un kyste mammaire Biopsie de l'endomètre par aspiration	Insertion et ajustement d'un diaphragme ou d'un pessaire
Interventions obstétricales		Rupture artificielle des membranes Accouchement vaginal normal Épisiotomie et réparation		
Interventions musculo-squelettiques		Pose d'une attelle aux extrémités blessées Pose d'une écharpe—extrémité supérieure Réduction d'une luxation de la tête radiale (subluxation du coude) Aspiration et injection dans l'articulation du genou Aspiration et injection dans l'articulation de l'épaule Injection de l'épicondyle latéral (tennis elbow) Aspiration et injection des bourses, p. ex. rotulienne, sous-acromiale	Réduction d'une luxation d'un doigt Réduction d'une luxation de l'épaule Application d'un plâtre à l'avant-bras Application d'une attelle cubitale en gouttière Application d'un plâtre scaphoïdien Application d'un plâtre sous le genou	
Interventions de réanimation (en laboratoire de simulation)	Injection intramusculaire Injection sous-cutanée Injection transdermique	Insertion d'une canule orale Ventilation par masque et ballon Intubation endotrachéale Défibrillation cardiaque Ponction veineuse Gaz artériel Ponction lombaire chez l'adulte	Injectons et mise en place d'une canule Installation d'une ligne intraveineuse périphérique; adulte et enfant Accès veineux périphérique—nourrisson	

- Les gestes techniques devraient pouvoir être exécutés de façon autonome à l'étape indiquée. Un geste effectué après révision de la théorie avec le superviseur ou sous supervision directe est considéré comme exécuté de façon autonome si le superviseur n'a pas ou n'aurait pas eu à intervenir.
- Tous les gestes nommés peuvent être effectués à n'importe quelle période avec une supervision appropriée.
- Toutes les techniques indiquées n'ont pas à être exécutées de façon autonome pour réussir le programme de résidence mais doivent être connues.

Annexe B

Feedback guide for direct observation supervision of family medicine residents

Miriam Lacasse, Luc Côté, Jean-Sébastien Renaud, Alexandre Lafleur, Christian Rheault (Université Laval); Marion Dove (Université McGill); Marie-Pierre Coudi (Université de Montréal); Lyne Pitre (Université d'Ottawa); Luce Pélissier-Simard (Université de Sherbrooke). *Développement et validation d'un outil de rétroaction francophone pour l'observation directe des résidents dans les programmes de médecine familiale au Canada - Phase 1: étude de besoins et validation de contenu.* This project was made possible by a Wooster Family Grant from the Canadian Association for Medical Education. This guide was developed and tested in French, and translated into English by Affaires francophones de la Faculté de médecine, Université d'Ottawa, with the collaboration of Marion Dove (McGill University) and Theresa van der Goes (University of British Columbia).



Graphic design: Martin Bélanger and Guillaume Sénéchal, Faculty of Medicine, Université Laval

* Phases of the clinical encounter often forgotten in the feedback

† Types of formulations to prefer for feedback :

- **Probing/challenging** question
 - Can you make your reasoning explicit?
 - If the patient had the symptom « X », how would this have changed your differential diagnosis?
- **Clarification** question
 - How do you plan follow-up for this patient?
- **Reflexive thinking**
 - Do you think our management plan is well suited for this patient?

Kennedy & Lingard (Acad Med, 2007)
Côté & Boudage (Acad Med, 2012)

Adapted from the evaluation objectives in family medicine published by The College of Family Physicians of Canada ((Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Bralovsky C, Bethune C, van der Goes T, Dhillion K, Pélissier-Simard L, Ross S, Hawrylyshyn S, Potter M. Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020 (https://portal.cfp.ca/ressources/docs/updates/fm/education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Assessment-Objectives-Full-document-FR-EN.pdf)) and the family medicine milestones defined for the various family medicine programs in Canada and by the Association of American Medical Colleges:

- Université Laval (Lacasse M, Rheault C, Tremblay L, Renaud J-S, Coché F, St-Pierre A, Théorêt J, Tessier S, Arsenault L, Simard M-L, Simard C, Savard J, Côté L, Castel J. Développement, validation et implantation d'un outil novateur critérié d'évaluation de la progression des compétences des résidents en médecine familiale. Pédagogie Médicale. 2017;18:83-100)
- McGill University (Performance Benchmarks According to Level of Training. 2012. <https://www.mcgill.ca/familymed/education/postgrad/curriculum-overview/evaluation-benchmarks>)
- Université de Montréal (Programme de médecine de famille de l'Université de Montréal. Guide de notation de la Fiche d'appréciation du stage clinique intégré de médecine de famille. 2018. <https://medfam.umontreal.ca/ressources/directeurs-fiche-de-progression/archives-pedagogiques/evaluation-et-representation-fiche-de-notation-fam-mf-2018-vf/>)
- University of Ottawa (Core FM Benchmarks. 2015. https://www.med.ottawa.ca/fm_forms/ResidentPage/familymedicine/assets/documents/postGrad/evaluation-forms/Core%20FM%20Benchmarks%202015.pdf)
- Université de Sherbrooke (Champagne L, Pélissier-Simard L. Suivi des patients au bureau: Jalons de progression / Suivi des patients hospitalisés: Jalons de progression. Programme de médecine familiale, Université de Sherbrooke, juin 2019.)
- Queen's University (Schultz K, Griffiths J, & Lacasse M. (2015). The application of entrustable professional activities to inform competency decisions in a family medicine residency program. *Academic Medicine*, 90(7), 888-897)
- Association of American Medical Colleges (<https://www.aacme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf>)



Behaviours to observe more specifically during the transition to family medicine

	Family Medicine Expert	Communicator	Collaborator	Health Advocate	Scholar	Leader	Professional
 Prior to the visit	Reads charts prior to consultations and requests priming if necessary					Administrative roles Is reliable in managing personal absences and on-call periods (notifies a colleague or supervisor of a necessary absence and tries to find a replacement)	Professional behaviours - Responds to calls when on duty or on call - Arrives on time
 Welcome and planning the interview	Initiates agenda setting in most interviews, with occasional difficulty prioritizing or introducing a realistic agenda	- Welcomes the patient and introduces self - Inquires how the patient is related to the people accompanying the patient - Establishes an agenda for the consultation (determines the points to be addressed and the patient's reason for consultation)				- Adapts to the specific characteristics and operating modes of the care setting / clinical-rotation environment - Makes efficient use of technological access-to-information tools	Professional behaviours - Maintains personal appearance to facilitate patient comfort and confidence on an individual basis - Respects the patient in all aspects of their person and lifestyle - Respects the patient's / colleague's time, and acknowledges it when late - Shows compassion and empathy toward patients - Avoids asking patient for favours; does not accept inappropriate gifts - Seeks assistance when limits of personal competence are reached Ethics - Ensures confidentiality at all times and protects confidential information - Obtains free and informed consent for acts of treatment and care - Respects the patient's autonomy
 Data Collection	- Questions the patient in a fairly focused way (to rule out or confirm hypotheses); may devote a lot of time to secondary elements - Collects necessary supplementary data from third parties with the patient's consent, if possible - Explores the patient's experience and setting (patient-centred clinical method), but sometimes in a checklist fashion - Performs a reproducible physical exam with appropriate, routine examination techniques, and recognizes most clinical abnormalities - Explains procedures and ensures the patient's comfort	Therapeutic alliance - uses appropriate verbal and non-verbal communication - Adopts an egalitarian approach to each patient - Recognizes the patient's discomfort during the history and physical exam and modulates intervention accordingly - Gives whoever is speaking time enough to express themselves		- Evaluates the risk factors that can adversely affect health (living habits, living environment, etc.) - Check's patients' immunization history			
 Diagnosis	- Identifies most key elements to form a differential diagnosis appropriate for most typical primary care presentations - Shows openness to adapting the diagnosis when presented with another view / information - Recognizes signs of a potentially urgent condition and seeks appropriate assistance - Generates a list of problems for a patient with chronic disease(s)				Self-directed learning - Recognizes and takes into account personal limitations - Manages uncertainty by consulting primarily with supervisors - Considers the available evidence, but sometimes applies it directly without adjusting it to the patient on an individual basis		
 Management (investigation / treatment)	- Proposes and explains a rather generic, but appropriate plan of investigations given the hypotheses, for most typical primary care presentations - Draws consistent conclusions from personally made evaluations (clinical judgment) - Knows the indications and contraindications of the core procedures (column A), obtains appropriate consent and prepares appropriately for those procedures, and demonstrates correct technical skills; disposes of equipment safely - Suggests follow-up of the patient if appropriate		Interprofessional collaboration Carries out professional activity while respecting that of others	- Ensures patient well-being and safety - Promotes healthy life habits and provides advice on prevention - Implements most screening recommendations commensurate with patient age, gender and risk factors			
 Follow-up	Provides follow-up of investigations with the support of a supervisor	Notes and record-keeping - Writes legibly with correct syntax and spelling - Complies with the rules for drafting notes and accurately represents situations - Avoids using medical abbreviations too much	Interprofessional collaboration - Solicits other professionals wisely and respectfully, sometimes without full familiarity with the network - When making referrals, specifies the reason and provides relevant information			Suggests reasonable follow-up timeframes to patients	Professional clinical behaviours - Speaks about patients/ colleagues in a positive way - Carries out professional activities with honesty and integrity - Recognizes personal contributions to errors and omissions and applies the appropriate corrective measures for the future Learning stance - Acts reliably and honestly under supervision - Shows openness to feedback, seeing it as a means for improving - Transmits verified, appropriate data under supervision

Behaviours to observe more specifically during the acquisition of family medicine fundamentals

	Family Medicine Expert	Communicator	Collaborator	Health Advocate	Scholar	Leader	Professional
 Prior to the visit	- Determines the relevant information to be found from a chart and finds it efficiently - Anticipates the items to discuss and (reviews the chart prior to the visit. - Summarizes and uses relevant data in the patient's previous medical chart		Takes into account assessments done by other professionals and medical practitioners		- Reads and discusses information required for consolidating learning before a follow-up visit - Willingly sees patients presenting with more difficult clinical situations, as part of their own professional development (by scheduling them for direct observation, for example)	Organizes time and equipment based on the work setting	Learning stance - Purposely seeks exposure to complex clinical problems in order to learn and improve - Adjusts availability to meet the needs of patients under the care of an absent colleague
 Welcome and planning the interview	Evaluates several problems during a visit by prioritizing them according to their urgency / importance, while meeting the patient's expectations	- Adopts appropriate boundaries with the patient depending on their relational issues - Quickly establishes a working alliance with most patients - Establishes, prioritizes and negotiates an explicit initial agenda taking into account expressed needs and clinical priorities	Periodically verifies the patient's and the patient's significant others' compliance with agreed-upon treatment			Practice management Is mindful of the time available for completing clinical tasks	Adopts the stance of attending physician and ensures continuity of care
 Data collection	- Questions the patient / examines the patient in a targeted manner based on diagnostic hypotheses and taking into account the patient's risk factors - Performs a physical exam with adequate use (if necessary) of more specialized examination techniques - Integrates the patient's perspective in a fluid and relevant way for both experience (feelings, ideas, function, expectations) and living environment (patient-centred clinical method) - Interacts with the patient during the physical exam - If necessary, evaluates patient's danger to self and others	Listening - Allocates sufficient time for listening actively to the patient, without interrupting; allows time for appropriate silences - Notes and responds to patient's verbal and non-verbal cues Verbal / non-verbal expression - Employs verbal and non-verbal communication conducive to exchange - Adopts a relaxed posture, rarely shows signs of insecurity - Provides appropriate non-verbal answers to patient statements - Adjusts personal communication style to the patient's needs (age, culture, limitations, etc.) and checks if the patient has understood what is said - Keeps the interview focused on the objectives	Collaboration with patients and their families Clarifies the goals of care sought by the patient and family, especially when dealing with chronic conditions	Actively seeks out and identifies high-risk situations for health		Practice management Keeps the monitoring tools up-to-date (list of problems, list of medications, summary forms, etc.)	Professional behaviours - Tries to understand what precipitates difficult behaviour or non-compliance and adapts response accordingly - Does not impose personal beliefs on patients
 Diagnosis	- Considers a range of diagnostic hypotheses based on the prevalence and health risk of problems; quickly targets a few for common clinical situations - Adjusts the diagnosis as the problem evolves / responds to treatment	- Explains diagnostic impressions clearly in routine clinical situations, taking into account the patient's understanding - Checks with the patient if there are outstanding questions and answers them adequately					
 Management (investigation / treatment)	- Identifies appropriate investigations and treatments for common primary care clinical problems, while adapting to the patient's situation, opinion and disease course - Integrates psycho-social aspects (feelings, ideas, function, expectations and living environment) into management - Recognizes indications and contraindications for several routine procedures (column B), obtains appropriate consent and prepares appropriately for those procedures, and demonstrates correct technical skills; arranges equipment safely - Shows appropriate clinical judgment - Faced with a potentially urgent condition, initiates an appropriate response by prioritizing adequately and quickly requests the required assistance - Schedules follow-up in the required timeframe	- Clearly explains the investigation and treatment plan to the patient - Checks with the patient if there are outstanding questions and answers them adequately - Reassures the patient in an appropriate manner commensurate with the situation	Interprofessional collaboration - Participates in the team's sharing of tasks - Raises the patient's and the significant others' awareness of the importance of involving another professional in dispensing care - Writes clear and relevant referrals - Seeks out other specialists or professionals appropriately, according to their roles - Inform team members of relevant information about changes in the patient's medical condition	- Spontaneously implements health promotion and prevention strategies judiciously adapted to patient needs - Integrates screening recommendations commensurate with patient's age, gender, history and risk factors, while encouraging a shared agenda for screening - Advises the patient and the patient's family about appropriate immunizations based on patient's age and risk factors (work, travel, life habits, etc.)	Critical reading - Proposes guideline-based courses of action for routine problems - Manages uncertainty by consulting primarily guidelines, review articles or apps to find answers to clinical questions before consulting with the supervisor Patient instruction - Gives advice appropriate to the situation (patient instruction): self-management, risks and side effects, expected treatment outcomes, when to consult again, etc. Student instruction - Explains personal actions to the students under his or her supervision - Adapts the teaching to the students' level of knowledge	Resource management - Completes forms or takes appropriate steps to ensure the patient receives the required investigations and care in a timely manner - Refers the patient to resources in the community for routine first-line clinical situations Practice management - Duly considers the cost and availability of resources	Explains in an appropriate manner the risks and benefits of interventions and the consequences of not intervening
 Post-consultation follow-up	- Structures notes in terms of problems, making explicit the clinical reasoning that led to the diagnosis and proposed course of action - Shows reliability in managing the results of investigations, trying to find answers before asking the supervisor; consults the supervisor in complex situations	Notes and record-keeping - Keeps charts clear, demonstrating an adequate understanding of the problems and their proper management - Promptly (<24 h) submits charts for approval - Makes good use of electronic medical records and communication tools when providing patient care	Interprofessional collaboration - Is precise in making referrals for the sake of fostering effective collaboration - Participates in interprofessional meetings and considers everyone's contribution.			Practice management - Ensures continuity of care (or plans who will provide it) by determining reasonable periods for follow-up - Returns calls in a timely manner - Patient load is at least half of that expected at start of practice	Inform the patient of errors or omissions in an appropriate manner

Behaviours to observe more specifically while gaining mastery of family medicine

	Family Medicine Expert	Communicator	Collaborator	Health Advocate	Scholar	Leader	Professional
Prior to the visit 		• Updates the medical chart before appointments based on investigation results and feedback from referrals				• Shows flexibility in organization of clinical work • Responds to unexpected requests from patients and determines the best way to handle them (offers appointment, refers to walk-in clinics, etc.)	• Anticipates the factors that could adversely affect a consultation and seeks advice on how to manage them appropriately
Welcome and planning the interview 	• Foresees the relevant aspects of the visit, other than the patient's reasons for consulting	• Delivers bad news with tact and sensitivity • Identifies the reasons for consultation that were not clearly expressed and readjusts the initial agenda if necessary	• Efficiently leads an interdisciplinary or family meeting			• Effectively prioritizes unstable patients when faced with several simultaneous emergencies • Makes the best use of the time available for the appointment	
Data Collection 	• Interacts comfortably with the patient during the assessment: adjust to the patient's pace and discourse, adopts an efficient sequence suited to the requirements of the clinical situation • Clarifies the goals of care for the patient	Listening • Recognizes the intensity of the patient's perceived difficulty; avoids minimizing (validates the experience) • Validates personal understanding of the problem with the patient (lets the patient know what is understood from the patient's discourse and rephrases if necessary) Verbal / non-verbal expression • Uses open and closed questions judiciously to optimize data collection • Recognizes personal feelings and properly manages response to a difficult patient (countertransference)	• Involves the significant others in the agenda while respecting the patient's self-determination and privacy	• Detects patients who are more vulnerable or marginalized and seeks to address their needs			
Diagnosis 	• Considers a range of diagnostic hypotheses based on the prevalence and health risk of problems; in complex or undifferentiated clinical situations, quickly targets a few while aiming for a unified diagnosis • Works actively with the patient to arrive at a shared decision concerning the definition of the problems • Is satisfied by a symptomatic diagnosis (e.g., dyspepsia) when an etiological diagnosis cannot be confirmed	• Explains diagnostic impressions clearly in complex or undifferentiated clinical situations, taking into account the patient's understanding					
Management (investigation / treatment) 	• Depending on the circumstances, appropriately chooses which investigations to use or not use • Identifies the appropriate treatments for complex / compound, infrequent or undifferentiated problems • Adjusts medication taking into account the patient's needs (CR), age, potential interactions, etc.) • Integrates several problems into the treatment plan • Works actively with the patient to arrive at a shared decision concerning goals of care, intervention priorities and treatment methods • Recognizes the indications and contraindications for several more specialized techniques (column C), obtains appropriate consent and prepares appropriately for those procedures, and adroitly demonstrates technical skills; arranges equipment safely; anticipates potential patient-specific complications • Makes clinical decisions in the face of uncertainty	Interview structure • Explains the management plan ensuring patient understanding and satisfaction Verbal / non-verbal expression • Encourages discussion, questions and feedback from the patient; adjusts the plan to suit the patient's situation. • Involves the patient and the family in finding common ground (shared decision), for example, in determining the level of medical intervention • Appropriately manages interpersonal situations at risk (refusal of treatment, aggressive / difficult patient, work-related conflict, etc.)	Collaboration with patients and their families • Comes to agreement with the patient and the significant others on the appropriate intervention plan, taking into account acceptable level of risk and desired level of care • Consults with family members / caregivers as needed to reorient interventions Interprofessional collaboration • Solicits other specialists or professionals adequately and makes use of familiarity with the care network • Identifies obstacles to implementing the intervention plan and participates in identifying appropriate solutions • Anticipates the investigations or information required prior to the consultation • Works in partnership with care network members (CLSC, community pharmacies, etc.) to provide the best care for the patient and the significant others	• Fosters appropriate change using a motivational approach • Counsels the patient about relevant screening, even if the patient is not consulting specifically for a periodic medical exam (opportunism) • Facilitates patient's effort to self-manage chronic conditions by encouraging the use of community services and resources • Manages the resistance of patients and their families to recommended prevention measures (vaccination, etc.) • Takes steps with authorities, whether in the care network or not, to facilitate patient access to required services in a timely manner	Critical reading • Manages uncertainty by consulting not only guidelines, review articles and apps, but also scientific literature to find answers to clinical questions • Carefully selects the investigations for referral, with a view to limiting overdiagnosis Patient instruction • Individualizes follow-up advice in a manner appropriate to the situation (patient instruction) • Explains the characteristic uncertainty of the diagnosis, investigation, proposed treatment or prognosis Student instruction • Recognizes learning opportunities in a clinical situation	Practice management • Is organized to meet the various needs and requests of patients at the appropriate time • Adjusts level and rhythm of work to the setting • Notifies the relevant authorities of adverse events • Coordinates the care team (e.g., Code Blue, mobilizing consultants, links with community services) with assistance as needed Resource management • Refers the patient to resources in the community or outside the network for complex or undifferentiated clinical situations • Makes judicious use of resources and considers their cost when making investigation and treatment choices by applying the recommendations of Choosing Wisely Québec	• Understands and respects the role of the family doctor and the patient's responsibilities: informs the patient and significant others of the inadmissibility of an inappropriate request
Post-consultation follow-up 	• Writes focused, succinct notes that clearly reflect personal clinical reasoning, with emphasis on course of action, advice upon discharge, and action plan for future visits	Notes and record-keeping • Transmits charts the day of consultation for approval	Interprofessional collaboration • Coordinates the organization of an urgent referral • Participates in interprofessional meetings and considers everyone's contribution	• Documents in the chart the interventions related to preventive health care		Practice management • Reorganizes personal schedule, even when it's full, to accommodate a necessary, earlier-than-normal follow-up visit • Proactively follows up on requested investigations (without supervisor intervention)	

Behaviours to observe more specifically during the transition to practice

	Family Medicine Expert	Communicator	Collaborator	Health Advocate	Scholar	Leader	Professional
Prior to the visit 			Recognizes situations in which the leadership of other team members is preferable			Practice management - Prepares adequately for patient visits (opens a note in the electronic medical record; reads; discusses with peers, specialists and professionals) - Organizes schedule based on the practice setting (office, walk-in clinic, emergency, in hospital, etc.) - Takes initiative in assisting the clinical team (tasks and responsibilities not formally assigned)	Recognizes the factors that could adversely affect a consultation and strives to resolve them before meeting with the patient
Welcome and planning the interview 		- Shows flexibility in conducting the interview - Develops and maintains a relationship of trust with patients with whom interactions may be difficult (marginalized or disadvantaged patients or patients with a personality disorder)	Interprofessional collaboration Anticipates the reasons for consultation in order to set up options for interprofessional collaboration prior to the medical visit				
Data Collection 	Questions the patient / sometimes examines the patient in parallel, to improve efficiency	Verbal / non-verbal expression - Remains calm when faced with a difficult or seemingly hopeless situation and informs the patient of personal thoughts and feelings - Uses strategies to manage personal emotions and countertransference situations				Practice management - Improves efficiency by adding to the interview note during the interview, while maintaining eye contact during critical moments - Patient volume is compatible with the start of practice - Coordinates the care team (e.g., Code Blue, care dispensed to personal patients by other consultants and health care professionals, etc.)	
Diagnosis 	- Is comfortable using time as a diagnostic tool - Safely uses prototype diagnoses (unconscious and automatic process), not hypothetico-deductive models						
Management (investigation / treatment) 	- Reflects on management with the patient - Manages uncertainty by encouraging shared decision making - In a context of uncertainty, is able to anticipate the alarm signals to watch for and inform the patient of them - Teaches patients with sensitivity by adapting teaching to them and their families - Methodically and correctly prescribes drugs for which special considerations must be taken into account (limited use drugs and controlled substances) - Recognizes the indications and contraindications for certain specialized techniques (column D), obtains appropriate consent and prepares appropriately for those procedures, and demonstrates efficient technical skills; disposes of equipment safely - Manages situations in which the patient's interests and well-being are threatened - Takes appropriate steps in clinical situations that are exceptions to the rule of consent (incapacity, danger to self and others, etc.) - Proposes relevant interventions adapted to specific situations	- Shares with the patient a way of looking at their health situation that makes sense of their symptoms and problems - Responds honestly to and skilfully handles a patient's criticisms or complaints - Skilfully handles sensitive, complex or distressing issues (mandatory children's aid reporting, discussing sexuality and risk factors, fitness to drive a vehicle, determining competence, etc.)	Interprofessional collaboration - Customizes care for complex patients (with chronic conditions and comorbidities) to help them achieve their goals of care - Coordinates the care team in managing patients with chronic conditions Collaboration with patients and their families - Fosters a therapeutic alliance with the people present in the interview rather than taking a position for some during the interview	Responds appropriately to the particular needs of vulnerable or marginalized clients	- Searches the scientific literature for answers to certain clinical questions and interprets them critically at the patient's bedside - Spontaneously takes available evidence into account when using diagnostic and therapeutic tools - Personalizes the guidelines or results of scientific studies to ensure their applicability to the patient on an individual basis Student instruction - Explains personal clinical approach to the student - Asks questions to prompt student reflection and bring out their learning needs - Provides targeted feedback on the student's observed behaviours		
Follow-up 		Complete notes immediately after each patient visit, highlighting what is essential for follow-up	- Mobilizes the significant others and the team members to solve a problem - Coordinates the sequence of interventions with team members in an acute care setting	- Advocates for patients and their communities by watching out for their best interests in the health care system - Participates in activities to improve the health of the local community		- Anticipates important investigations to be received using a personal system for follow-up (search for missing results, patient recall) - Issues proper invoices	Ethics - When an error has been made, acknowledges personal contribution, discusses it with the appropriate parties, tries to clarify what happened and applies corrective action for the future (reports adverse events) Reflection on practice - Systematically reflects on personal practice to deepen self-knowledge and draw positive lessons from it

Procedural skills suggested at each transition step for the family medicine residence(adapted from CFPC's evaluation objectives¹)

	A	B	C	D
Training stage	Core procedures Transition to family medicine (first 3 to 6 months PGY-1)	Routine procedures Acquisition of family medicine fundamentals (to end of PGY-1)	More specialized procedures Mastery of family medicine (most of PGY-2)	Specialized procedures Transition to practice (last 3 to 6 months of PGY-2)
Integumentary Procedures	Cryotherapy of skin lesions Electrocautery of skin lesions Skin scraping for fungus determination Use of Wood's lamp Pare skin callus Infiltration of local anesthetic	Wound debridement Insertion of sutures; simple, mattress, and subcuticular Laceration repair; suture and gluing Digital block in finger or toe	Abscess incision and drainage Skin biopsy; shave, punch, and excisional Excision of dermal lesions, e.g., papilloma, nevus, or cyst Release subungual hematoma Drainage acute paronychia Partial toenail removal Wedge excision for ingrown toenail Removal of foreign body, e.g., fish hook, splinter, or glass Local Anesthetic Procedures	
Eye Procedures	Fundoscopy Instillation of fluorescein Application of eye patch	Slit lamp examination Measurement of intraocular pressure	Removal of corneal or conjunctival foreign body	
Ear Procedures	Removal of cerumen		Removal of foreign body	
Nose Procedures			Removal of foreign body Cautery for anterior epistaxis	Anterior nasal packing
Gastrointestinal Procedures		Incise and drain thrombosed external hemorrhoid Anoscopy/proctoscopy	Nasogastric tube insertion	
Genitourinary and Women's Health Procedures	Cryotherapy or chemical therapy genital warts Pap smear	Placement of transurethral catheter Insertion of intrauterine device	Aspirate breast cyst Endometrial aspiration biopsy	Diaphragm or pessary fitting and insertion
Obstetrical Procedures		Artificial rupture of membranes Normal vaginal delivery Episiotomy and repair		
Musculoskeletal Procedures		Splinting of injured extremities Application of sling—upper extremity Reduce dislocated radial head (pulled elbow) Aspiration and injection, knee joint Aspiration and injection, shoulder joint Injection of lateral epicondyle (tennis elbow) Aspiration and injection of bursae, e.g., patellar, subacromial	Reduction of dislocated finger Reduce dislocated shoulder Application of forearm cast Application of ulnar gutter splint Application of scaphoid cast Application of below-knee cast	
Resuscitation Procedures (in simulation lab)	Intramuscular injection Subcutaneous injection Intradermal injection	Oral airway insertion Bag-and-mask ventilation Endotracheal intubation Cardiac defibrillation Venipuncture Arterial blood gas Adult lumbar puncture	Injections and cannulations Peripheral intravenous line; adult and child Peripheral venous access—infant	

- The resident should be able to perform the technical procedure autonomously at the indicated stage. A procedure performed after reviewing the theory with the supervisor or under direct supervision is considered to be performed autonomously if the supervisor did not intervene or would not have had to intervene.
- The resident may perform any of the indicated procedures at any period under appropriate supervision.
- The resident does not have to perform all the indicated procedures autonomously to successfully complete the residency program, but must know all of them.

Données supplémentaires – Outils utilisés en observation directe répertoriés dans la littérature

OUTIL DE DOCUMENTATION	PAYS (N = NB D'ARTICLES)	DISCIPLINES (N = NB D'ARTICLES)	FORMAT	CONTENU
ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE (ACIR) & HISTORY AND PHYSICAL EXAM (HPE) CHECKLIST ¹	É-U	Multidisciplinaire	Critérié Liste de vérification	14 items Non spécifié 58 items (<i>history, examination, counseling, communication</i>)
ASSESSMENT OF BASIC PHYSICAL EXAMINATION SKILLS ²	É-U	Médecine interne	Liste de vérification	45 items (non specified)
ASSESSMENT TOOL FOR CLINICOSOCIAL CASE STUDY ³	Inde	Médecine communautaire	Normatif 1 à 3 = <i>unsatisfactory</i> 4 à 6 = <i>satisfactory</i> 7 à 9 = <i>superior</i>	10 items (<i>medical interviewing skills, socioeconomic classification, environmental conditions, social history, family planning and immunization, nutritional assessment, physical examination skills, epidemiological findings, counseling skills, overall competence</i>)
CLINICAL OBSERVED PERFORMANCE EVALUATION (COPE) ⁴	Irlande	Chirurgie	Critérié 1 = <i>poor</i> 2 = <i>doubtful</i> 3 = <i>acceptable</i> 4 = <i>competent</i> 5 = <i>proficient</i>	5 items (<i>history, examination, communication, interpretation, overall rating</i>)
CLINICAL-PERFORMANCE BIOPSY (CPB) ^{1, 5, 6}	É-U	Médecine familiale	Critérié + partie narrative	3 items (<i>history taking and physical examination, interpersonal skills, clinical problem solving</i>)
COMMUNICATION BEHAVIORS CHECKLIST ¹	É-U	Urgence	Liste de vérification + critérié (<i>poor, good, excels</i>)	34 items (<i>introductions, rapport, conflict management, information gathering, contracting/informing, non-verbal communication, summary scores</i>)
COMPETENCE-BASED ASSESSMENT ⁶	É-U	Rhumatologie	Critérié	(<i>history taking, examination rating, diagnostic skills rating, management plan rating, communication skills rating</i>)
COMPETENCY ASSESSMENT TOOL (CAT) ⁷	É-U	Médecine interne	Liste de vérification	19 items (<i>communication, pain and symptom management, ethical and legal aspects of care, psychosocial/cultural/spiritual aspects of care; hospice care and referrals</i>)
CRITICAL CARE DIRECT OBSERVATION TOOL (CDOT) ⁸	É-U	Urgence	Liste de vérification Critérié	19 items (<i>emergency stabilization, focused history and physical exam, diagnostic studies, diagnosis, professional values, patient centered communication, team management, systems-based management</i>) 9 items (<i>patient care, systems-based management, professional values, interpersonal and communication skills</i>)
DEMING MANAGEMENT METHOD ¹	É-U	Urgence	Critérié	16 items (<i>communication, counseling</i>)
DIRECT OBSERVATION DATA COLLECTION FORM ⁹	É-U	Urgence	Normatif (<i>excels, meets expectations, areas to work on</i>) + partie narrative	50 items (<i>history/data gathering, physical examination, synthesis/ddx, management, disposition</i>)
DIRECT OBSERVATION OF PROCEDURAL SKILLS (DOPS) ¹⁰⁻²⁵	Royaume-Uni (n=7) Australie (n=3) Inde (n=2) Iran (n=2) Arabie Saoudite (n=1) Turquie (n=1)	Spécialités chirurgicales (chx générale, anesthésie, gyn/ob) (n=9) ORL (n=2) Review (n=2) Histopathologie (n=1) Pédiatrie (n=1) Urgence (n=1)	Critérié ou normatif Échelle : variable + partie narrative (variable)	Variable Déroulement de l'ensemble du contexte entourant le geste technique : 7-12 items Exemples - <i>Clinical knowledge</i> - <i>Consent</i> - <i>Preparation</i> - <i>Vigilance</i> - <i>Infection control</i> - <i>Technical ability</i> - <i>Insight</i> - <i>Team interaction</i> - <i>Documentation/post-procedure management</i> - <i>Overall performance for this procedure</i> Compétences ²³ : (<i>Communication and teamwork, situation awareness, judgement and decision making, leadership</i>) 23 – 29 items (<i>history, examination, communication</i>)
EMERGENCY MEDICINE (PGY1, PGY2 OR PGY3) DIRECT OBSERVATION SKILLS LIST ¹	É-U	Urgence	Normatif	23 – 29 items (<i>history, examination, communication</i>)
FIRST-YEAR RESIDENT OUTPATIENT CORE COMPETENCIES ¹	É-U	Médecine familiale	Critérié	11 items (<i>history, communication, counseling</i>)
INTEGRATED DIRECT OBSERVATION ENCOUNTER EXAMINATION (IDOCCE) ^{26, 27}	Moyen-Orient	Non spécifié	Critérié (<i>Unsatisfactory, satisfactory</i>) + partie narrative (<i>comments</i>)	10 — 11 items (<i>data gathering skills, reasoning and analysis skills, decision making skills, professional attitude</i>)
INTERNAL MEDICINE RESIDENT EVALUATION FORM (IMREF) ²⁸	É-U	Médecine familiale	Critérié 1 à 3 = <i>unsatisfactory</i> 4 à 6 = <i>satisfactory</i>	7 items (<i>patient care, medical knowledge, practice-based learning and improvement, interpersonal and communication skills, professionalism, system-based practice, overall clinical competence</i>)

Données supplémentaires – Outils utilisés en observation directe répertoriés dans la littérature

LONGITUDINAL EVALUATION OF PERFORMANCE ⁶	É-U	Non spécifié	7 à 9 = <i>superior</i> Normatif	8 items (<i>examination & consultation skills, clinical judgement & diagnosis, technical ability & manual dexterity, communication skills, professionalism, knowledge, organisation, overall clinical competence</i>)
MAASTRICHT HISTORY-TAKING AND ADVICE SCORING LIST ¹	É-U	Médecine familiale	Critérié	11 items (<i>communication, counseling</i>)
MEDICAL INTERVIEW SKILLS CHECKLIST (MISC) ¹	É-U	Médecine familiale	Critérié	83 items (<i>history, communication, counseling</i>)
MINICARD ^{1, 6, 29, 30}	É-U	Médecine interne	Critérié (<i>excellent, good, marginal, poor</i>) + partie narrative	12 items (<i>History, physical exam, assessment of findings, presentation of plan to patient/counseling/behavioral change</i>)
MINI-CEX ³¹⁻⁶²	É-U (n=8) Australie/Nouvel le-Zélande (n=6) Canada (n=5) Inde (n=5) Royaume-Uni (n=3) Argentine (n=2) Suisse (n=2) Arabie Saoudite (n=1) Chine (n=1) France (n=1) Pakistan (n=1)	Médecine interne (n=13) Spécialités chirurgicales (chx générale, gyn/ob anesthésie) (n=9) Review (n=4) Cardiologie (n=2) Pédiatrie (n=2) Médecine familiale (n=1) Multi (n=1) Urgence (n=1)	Critérié 1 à 3 = <i>unsatisfactory</i> 4 à 6 = <i>satisfactory</i> 7 à 9 = <i>superior</i> Ou Normatif 1–2 = <i>below expectations</i> 3 = <i>borderline</i> 4 = <i>meets expectations</i> 5-6 = <i>above expectations</i> + partie narrative (variable)	7 items (<i>medical interviewing skills, physical examination skills, humanistics qualities professionalism OU communication skills, clinical judgement, counseling skills</i> ⁴¹ , <i>organization/efficiency, overall clinical competence</i>) **DIFFÉRENT POUR ANESTHÉSIE ^{35, 60} (<i>Clinical knowledge, patient assessment, planning, preparation, organization/efficiency, vigilance, problem solving, insight, technical proficiency, documentation, team interaction, risk minimisation</i>)
NON-TECHNICAL SKILLS FOR SURGEONS (NOTSS) ⁶³	Royaume-Uni	Chirurgie	Critérié 1 = <i>poor</i> 2 = <i>marginal</i> 3 = <i>acceptable</i> 4 = <i>good</i> + partie narrative	12 items (<i>situation awareness, decision making, communication and teamwork, leadership</i>)
PROFESSIONALISM MINI EVALUATION EXERCISE ⁶	É-U	Non spécifié	Non spécifié	24 items (<i>doctor-patient relationship skills, reflective skills, time management, interprofessional relationship skills</i>)
REVISED INFANT VIDEO QUESTIONNAIRE ¹	É-U	Pédiatrie	Liste de vérification	51 items (<i>history, examination, communication, counseling</i>)
SANS NOM (A THREE-TIERED EVALUATION TOOL MODELED AFTER THE DEMING MANAGEMENT METHOD) ⁶⁴	É-U	Urgence	Normatif 1 = <i>performance « one standard deviation or more below expected »</i> 2 = <i>performance « as expected »</i> 3 = <i>performance « one standard deviation or more above below »</i>	16 items (<i>interpersonal skills</i>)
SANS NOM ⁶⁵	É-U	Orthopédie	Critérié et liste de vérification	41 items (<i>information gathering, relationship development, educational/shared information, closing, used translator, fatigue, clinical reasoning, professionalism, knowledge, practice-based learning and improvement and professionalism, cost containment considered/discussed, medical record review</i>)
SANS NOM ⁶⁶	É-U	Médecine interne	Liste de vérification + partie narrative	History-taking skills: 14 items (<i>data gathering skills, communication skills, humanistic behaviors</i>) Physical Exam skills: 8 items (<i>general technique, rational use of exam, specific exam skill</i>) Counseling skills: 12 items (<i>principles of Informed decision-making, general communication skills, humanistic behaviors</i>)
STANDARDIZED DIRECT OBSERVATION ASSESSMENT TOOL ^{1, 6, 67, 68}	É-U	Urgence	Normatif 1 = <i>needs improvement</i> 2 = <i>meets expectations</i> 3 = <i>above expectations</i>	26 items (<i>data gathering, synthesis/differential diagnosis, management, disposition</i>)
STRUCTURED CLINICAL OBSERVATION (SCO) ^{1, 6, 69-71}	É-U	Pédiatrie	Liste de vérification +/-critérié (0 = <i>no</i> , 1 = <i>partial</i> , 2 = <i>yes</i>)	31 - 46 items (<i>data gathering, interpersonal skills, physical examination, information giving +/- opening the interview, personal manner</i>)
360 – DEGREE EVALUATION FORM ¹	É-U	Radiologie	Critérié 1 à 5 = <i>strongly disagree à strongly agree</i>	10 items (<i>communication, counseling, professionalism</i>)

Données supplémentaires – Outils utilisés en observation directe répertoriés dans la littérature

Références

1. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE, Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA*. 2009;302(12):1316-26. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1365>
2. Li JT. Assessment of basic physical examination skills of internal medicine residents. *Acad Med* 1994;69(4):296-9. <https://doi.org/10.1097/00001888-199404000-00013>
3. Gohel M, Singh US, Bhandari D, Phatak A. Developing and pilot testing of a tool for "clinicosocial case study" assessment of community medicine residents. *Education for health* (Abingdon, England). 2016;29(2):68-74. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.188684>
4. Markey GCgsi, Browne K, Hunter K, Hill AD. Clinical observed performance evaluation: a prospective study in final year students of surgery. *Adv. Health Sci. Educ.* 2011;16(1):47-57. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9240-9>
5. Ross R. A clinical-performance biopsy instrument. *Acad Med*. 2002;77(3):268. <https://doi.org/10.1097/00001888-200203000-00021>
6. Pelgrim EAMepeun, Kramer AWM, Mokkink HGA, Van den Elsen L, Grol RPTM, Van der Vleuten CPM. In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a literature review. *Adv. Health Sci. Educ.* 2011;16(1):131-42. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9235-6>
7. Ross DD, Shpritz DW, Wolfsthal SD, et al. Creative solution for implementation of experiential, competency-based palliative care training for internal medicine residents. *J Cancer Educ*. 2011;26(3):436-43. <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0235-x>
8. Schott M, Kedia R, Promes SB, et al. Direct observation assessment of milestones: problems with reliability. *West. J. Emerg. Med.* 2015;16(6):871-6. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.9.27270>
9. Dorfsman ML, Wolfson AB. Direct observation of residents in the emergency department: a structured educational program. *Acad Emerg Med*. 2009;16(4):343-51. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00362.x>
10. Amini A, Shirzad F, Mohseni MA, Sadeghpour A, Elmi A. designing direct observation of procedural skills (dops) test for selective skills of orthopedic residents and evaluating its effects from their points of view. *RDME*. 2015;4(2):147-52. <https://doi.org/10.15171/rdme.2015.026>
11. Awad Z, Hayden L, Muthuswamy K, Ziprin P, Darzi A, Tolley NS. Does direct observation of procedural skills reflect trainee's progress in otolaryngology? *Clin Otolaryngol*. 2014;39(3):169-73. <https://doi.org/10.1111/coa.12251>
12. Barton JR, Corbett S, van der Vleuten CP. The validity and reliability of a Direct Observation of Procedural Skills assessment tool: assessing colonoscopic skills of senior endoscopists. *Gastrointest Endosc*. 2012;75(3):591-7. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.09.053>
13. Bindal NNBunu, Goodyear H, Bindal T, David Wall D. DOPS assessment: a study to evaluate the experience and opinions of trainees and assessors. *Med teach*. 2013;35(6):e1230-e4. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.746447>
14. Chuan A, Thillainathan S, Graham PL, Jolly B, Wong DM, Smith N, Barrington MJ. Reliability of the direct observation of procedural skills assessment tool for ultrasound-guided regional anaesthesia. *Anaesth Intensive Care*. 2016;44(2):201-9. <https://doi.org/10.1177/0310057X1604400206>
15. Delfino AE, Chandratilake M, Altermatt FR, Echevarria G. Validation and piloting of direct observation of practical skills tool to assess intubation in the Chilean context. *Med teach*. 2013;35(3):231-6. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.737967>
16. Erfani Khanghahi M, Ebadi Fard Azar F. Direct observation of procedural skills (DOPS) evaluation method: systematic review of evidence. *MJIRI*. 2018;32:45. <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.45>
17. Finall A. Trainers' perceptions of the direct observation of practical skills assessment in histopathology training: a qualitative pilot study. *J clinical pathology*. 2012;65(6):538-40. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2012-200682>
18. Kara CO, Mengi E, Tumkaya F, Topuz B, Ardic FN. Direct observation of procedural skills in otorhinolaryngology training. *Turk.Arch.Otorhinolaryngol*. 2018;56(1):7-14. <https://doi.org/10.5152/tao.2018.3065>
19. Kumar N, Singh NK, Rudra S, Pathak S. Effect of formative evaluation using direct observation of procedural skills in assessment of postgraduate students of obstetrics and gynecology: prospective study. *JAMP*. 2017;5(1):1-5.
20. Kundra S, Singh T. Feasibility and acceptability of direct observation of procedural skills to improve procedural skills. *Indian pediatrics*. 2014;51(1):59-60. <https://doi.org/10.1007/s13312-014-0327-x>
21. Lee V. Maximising direct observation of procedural skills for learning in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2018;30(1):111-2. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12928>
22. Naeem N. Validity, reliability, feasibility, acceptability and educational impact of direct observation of procedural skills (DOPS). *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*. 2013;23(1):77-82.
23. Siau K, Dunkley P, Valori R, et al. Joint advisory group on gastrointestinal e. changes in scoring of direct observation of procedural skills (DOPS) forms and the impact on competence assessment. *Endoscopy*. 2018;50(8):770-8. <https://doi.org/10.1055/a-0576-6667>
24. Siau K, Levi R, Howarth L, et al. Validity evidence for direct observation of procedural skills in paediatric gastroscopy. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr*. 2018;67(6):e111-e6. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002089>
25. Watson MJ, Wong DM, Kluger R, et al. Psychometric evaluation of a direct observation of procedural skills assessment tool for ultrasound-guided regional anaesthesia. *Anaesthesia*. 2014;69(6):604-12. <https://doi.org/10.1111/anae.12625>
26. Abouna GM, Hamdy H. The Integrated Direct Observation Clinical Encounter Examination (IDOCEE)--an objective assessment of students' clinical competence in a problem-based learning curriculum. *Med Teach*. 1999;21(1):67. <https://doi.org/10.1080/014215999800066>

Données supplémentaires – Outils utilisés en observation directe répertoriés dans la littérature

27. Hamdy H, Prasad K, Williams R, Salih FA. Reliability and validity of the direct observation clinical encounter examination (DOCEE). *Med ed*. 2003;37(3):205-12. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01438.x>
28. Shelesky G, D'Amico F, Marfatia R, Munshi A, Wilson SA. Does weekly direct observation and formal feedback improve intern patient care skills development? A randomized controlled trial. *Fam Med*. 2012;44(7):486-92.
29. Donato AA, Park YS, George DL, Schwartz A, Yudkowsky R. Validity and feasibility of the minicard direct observation tool in 1 training program. *J Grad Med Ed*. 2015;7(2):225-9. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00532.1>
30. Donato AA, Pangaro L, Smith C, et al. Evaluation of a novel assessment form for observing medical residents: a randomised, controlled trial. *Med Ed*. 2008;42(12):1234-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03230.x>
31. Al Ansari A, Ali SK, Donnon T. The construct and criterion validity of the mini-CEX: a meta-analysis of the published research. *Acad Med*. 2013;88(3):413-20. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280a953>
32. Allery L. Assess trainees in the clinical workplace using the Mini-CEX (mini clinical evaluation exercise). *Education for Primary Care*. 2006;17(3):270-4. <https://doi.org/10.1080/14739879.2006.11864073>
33. Berz JPB, Cheng T, Quintiliani LM. Milestones-based direct observation tools in internal medicine resident continuity clinic. *BMC med ed*. 2017;17(1):240. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1077-y>
34. Boker A. Toward competency-based curriculum: Application of workplace-based assessment tools in the National Saudi Arabian Anesthesia Training Program. *Saudi J. Anaesth*. 2016;10(4):417-22. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.179097>
35. Castanelli DJ, Jowsey T, Chen Y, Weller JM. Perceptions of purpose, value, and process of the mini-Clinical Evaluation Exercise in anesthesia training. *Can j anaesthesia*. 2016;63(12):1345-56. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0740-9>
36. Cook DA, Beckman TJ. Does Scale Length Matter? A comparison of nine- versus five-point rating scales for the mini-ceX. *Adv. Health Sci. Educ*. 2009;14(5):655-64. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9147-x>
37. De Lima AA, Henquin R, Thierer J, et al. A qualitative study of the impact on learning of the mini clinical evaluation exercise in postgraduate training. *Med teach*. 2005;27(1):46-52. <https://doi.org/10.1080/01421590400013529>
38. Durning SJ, Cation LJ, Markert RJ, Pangaro LN. Assessing the reliability and validity of the mini-clinical evaluation exercise for internal medicine residency training. *Acad Med*. 2002;77(9):900-4. <https://doi.org/10.1097/00001888-200209000-00020>
39. Goel A, Singh T. The usefulness of Mini Clinical Evaluation Exercise as a learning tool in different pediatric clinical settings. *Int. j. appl. basic med*. 2015;5(Suppl 1):S32-4. <https://doi.org/10.4103/2229-516X.162266>
40. Gupta S, Sharma M, Singh T. The acceptability and feasibility of mini-clinical evaluation exercise as a learning tool for pediatric postgraduate students. *Int J App Basic Med Res*. 2017;7(Suppl 1):S19-S22. https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_152_17
41. Hatala R, Ainslie M, Kassen BO, Mackie I, Roberts JM. Assessing the mini-Clinical Evaluation Exercise in comparison to a national specialty examination. *Med Ed*. 2006;40(10):950-6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02566.x>
42. Hawkins RE, Margolis MJ, Durning SJ, Norcini JJ. Constructing a validity argument for the mini-Clinical Evaluation Exercise: a review of the research. *Acad Med* 2010;85(9):1453-61. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181eac3e6>
43. Humphrey-Murto S, Côté M, Pugh D, Wood TJ. Assessing the Validity of a Multidisciplinary Mini-Clinical Evaluation Exercise. *Teach Learn Med* . 2018;30(2):152-61. <https://doi.org/10.1080/10401334.2017.1387553>
44. Joshi MK, Singh T, Badyal DK. Acceptability and feasibility of mini-clinical evaluation exercise as a formative assessment tool for workplace-based assessment for surgical postgraduate students. *J. Postgrad. Med*. 2017;63(2):100-5. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.201411>
45. Khalil S, Aggarwal A, Mishra D. implementation of a mini-clinical evaluation exercise (mini-cex) program to assess the clinical competence of postgraduate trainees in pediatrics. *Indian pediatrics*. 2017;54(4):284-7. <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1089-z>
46. Kogan JR, Conforti L, Bernabeo E, Iobst W, Holmboe E. Opening the black box of clinical skills assessment via observation: a conceptual model. *Med ed*. 2011;45(10):1048-60. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04025.x>
47. Kroboth FJ, Hanusa BH, Parker SC. Didactic value of the clinical evaluation exercise. Missed opportunities. *Journal of general internal medicine*. 1996;11(9):551-3. <https://doi.org/10.1007/BF02599606>
48. Lee V, Brain K, Martin J. Factors Influencing Mini-CEX Rater Judgments and Their Practical Implications: A Systematic Literature Review. *Acad Med*. 2017;92(6):880-7. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001537>
49. Liao K-C, Pu S-J, Liu M-S, Yang C-W, Kuo H-P. Development and implementation of a mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) program to assess the clinical competencies of internal medicine residents: from faculty development to curriculum evaluation. *BMC med ed*. 2013;13:31. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-31>
50. Lima AA, Barrero C, Baratta S, Costa YC, Bortman G, Carabajales J, . . . Van Der Vleuten C. Validity, reliability, feasibility and satisfaction of the Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) for cardiology residency training. *Med teach*. 2007;29(8):785-90. <https://doi.org/10.1080/01421590701352261>
51. Lorwald AC, Lahner FM, Nouns ZM, et al. The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and direct observation of procedural skills (dops) and its association with implementation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2018;13(6):e0198009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198009>
52. Malhotra S, Hatala Rmc, Courneya C-A. Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise. *Med teach*. 2008;30(4):414-9. <https://doi.org/10.1080/01421590801946962>
53. Margolis MJ, Clauser BE, Cuddy MM, et al. Use of the mini-clinical evaluation exercise to rate examinee performance on a multiple-station clinical skills examination: a validity

Données supplémentaires – Outils utilisés en observation directe répertoriés dans la littérature

- study. *Acad Med* 2006;81(10 Suppl):S56-60.
<https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000236514.53194.f4>
54. Nair BR, Alexander HG, McGrath BP, et al. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX) for assessing clinical performance of international medical graduates. *Med. J. Aust.* 2008;189(3):159-61. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01951.x>
55. Norcini JJ. The Mini Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX). *Clin Teach.* 2005;2(1):25-30. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2005.00060.x>
56. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals.* 2003;138(6):476-81. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
57. Pottier P, Cohen Aubart F, Steichen O, et al. Validity and reproducibility of two direct observation assessment forms for evaluation of internal medicine residents' clinical skills]. *La Revue de medecine interne.* 2018;39(1):4-9. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.10.424>
58. Singh T, Kundra S, Gupta P. Direct observation and focused feedback for clinical skills training. *Indian pediatrics.* 2014;51(9):713-7. <https://doi.org/10.1007/s13312-014-0487-8>
59. Weller JM, Castanelli DJ, Chen Y, Jolly B. Making robust assessments of specialist trainees' workplace performance. *BJA.* 2017;118(2):207-14. <https://doi.org/10.1093/bja/aew412>
60. Weller JM, Jolly B, Misur MP, et al. Mini-clinical evaluation exercise in anaesthesia training. *BJA.* 2009;102(5):633-41. <https://doi.org/10.1093/bja/aep055>
61. Weller JM, Jones A, Merry AF, et al. Investigation of trainee and specialist reactions to the mini-Clinical Evaluation Exercise in anaesthesia: implications for implementation. *BJA: The British Journal of Anaesthesia.* 2009;103(4):524-30. <https://doi.org/10.1093/bja/aep211>
62. Yusuf L, Ahmed A, Yasmin R. Educational impact of mini-clinical evaluation exercise: a game changer. *PJMS.* 2018;34(2):405-11. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14667>
63. Beard J, Marriott J, Purdie H, Crossley J. Assessing the surgical skills of trainees in the operating theatre: a prospective observational study of the methodology. *Health Technology Assessment.* 2011;15(24):1-168. <https://doi.org/10.3310/hta15010>
64. Jouriles NJ, Emerman CL, Cydulka RK. Direct observation for assessing emergency medicine core competencies: interpersonal skills. *Acad Emerg Med.* 2002;9(11):1338-41. <https://doi.org/10.1197/aemj.9.11.1338>
65. Phillips DP, Zuckerman JD, Kalet A, Egol KA. Direct observation: assessing orthopaedic trainee competence in the ambulatory setting. *JAAOS.* 2016;24(9):591-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-15-00401>
66. Smith J, Jacobs E, Li Z, Vogelstein B, Zhao Y, Feldstein D. Successful implementation of a direct observation program in an ambulatory block rotation. *J grad med ed.* 2017;9(1):113-7. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00167.1>
67. Shayne P, Gallahue F, Rinnert S, Anderson CL, Hern G, Katz E. Reliability of a core competency checklist assessment in the emergency department: the Standardized Direct Observation Assessment Tool. *Acad Emerg Med.* 2006;13(7):727-32. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.01.030>
68. LaMantia J, Kane B, Yarris L, et al. Real-time inter-rater reliability of the Council of Emergency Medicine residency directors standardized direct observation assessment tool. *Acad emerg med.* 2009;16 Suppl 2:S51-7. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00593.x>
69. Dattner L, Lopreiato JO. Introduction of a direct observation program into a pediatric resident continuity clinic: feasibility, acceptability, and effect on resident feedback. *Teach Learn Med.* 2010;22(4):280-6. <https://doi.org/10.1080/10401334.2010.512545>
70. Hamburger EK, Cuzzi S, Coddington DA, et al. Observation of resident clinical skills: outcomes of a program of direct observation in the continuity clinic setting. *Acad ped.* 2011;11(5):394-402. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.02.008>
71. Zimmer KP, Solomon BS, Siberry GK, Serwint JR. Continuity-structured clinical observations: assessing the multiple-observer evaluation in a pediatric resident continuity clinic. *Peds.* 2008;121(6):e1633-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2637>

Données supplémentaires – Phase 1c (résultats): Évaluation des facteurs prédictifs de l'intention à documenter la rétroaction

Un questionnaire portant sur l'intention à documenter la rétroaction et ses facteurs prédictifs a été renseigné par 44 superviseurs et 25 résidents. Cette annexe présente les analyses statistiques (statistiques descriptives, cohérence interne, relations entre les variables de la théorie du comportement planifié¹) et le modèle de régression multiple illustrant les facteurs prédictifs de l'intention des superviseurs et des résidents à documenter la rétroaction en supervision directe.

Statistiques descriptives et cohérence interne

Le Tableau A présente les valeurs du coefficient alpha de Cronbach et les statistiques descriptives pour l'attitude envers le comportement, la norme sociale, la perception de contrôle sur le comportement et l'intention d'adopter le comportement (i.e., documenter la rétroaction) au cours des six prochains mois. Il apparaît aussi que pour chacune des quatre variables, les moyennes observées sont plus élevées chez les superviseurs que chez les résidents. Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis a montré que ces différences sont statistiquement significatives.

Le Tableau B, présente les coefficients de corrélation de Spearman entre l'attitude, la norme sociale, la perception de contrôle et l'intention pour les résidents (bas de la matrice des corrélations) et les superviseurs (haut de la matrice des corrélations). Ces corrélations sont toutes positives et significatives. Elles sont de force modérée à forte chez les résidents (entre 0,68 et 0,81) et de force modérée chez les superviseurs (entre 0,50 et 0,64).²

Tableau A. Moyennes et écarts-types pour l'attitude, la norme sociale, la perception de contrôle et l'intention

Variable	Résidents			Superviseurs			Kruskal-Wallis (p)
	α de Cronbach	Moyenne	Écart-type	α de Cronbach	Moyenne	Écart-type	
Attitude	0,94	4,88	1,31	0,84	5,75	0,81	0,0009
Norme sociale	0,63	4,55	1,11	0,74	6,24	0,95	< 0,0001
Perception de contrôle	0,93	4,52	1,20	0,73	5,61	0,72	< 0,0001
Intention	0,92	4,19	1,55	0,84	5,94	1,08	< 0,0001

Tableau B – Matrice des corrélations entre l'attitude, la norme sociale, la perception de contrôle et l'intention pour les résidents et les superviseurs

		Superviseurs			
	Variable	Attitude	Norme sociale	Perception de contrôle	Intention
Résidents	Attitude	1,00	0,62	0,58	0,64
	Norme sociale	0,70	1,00	0,50	0,54
	Perception de contrôle	0,75	0,69	1,00	0,68
	Intention	0,68	0,80	0,81	1,00

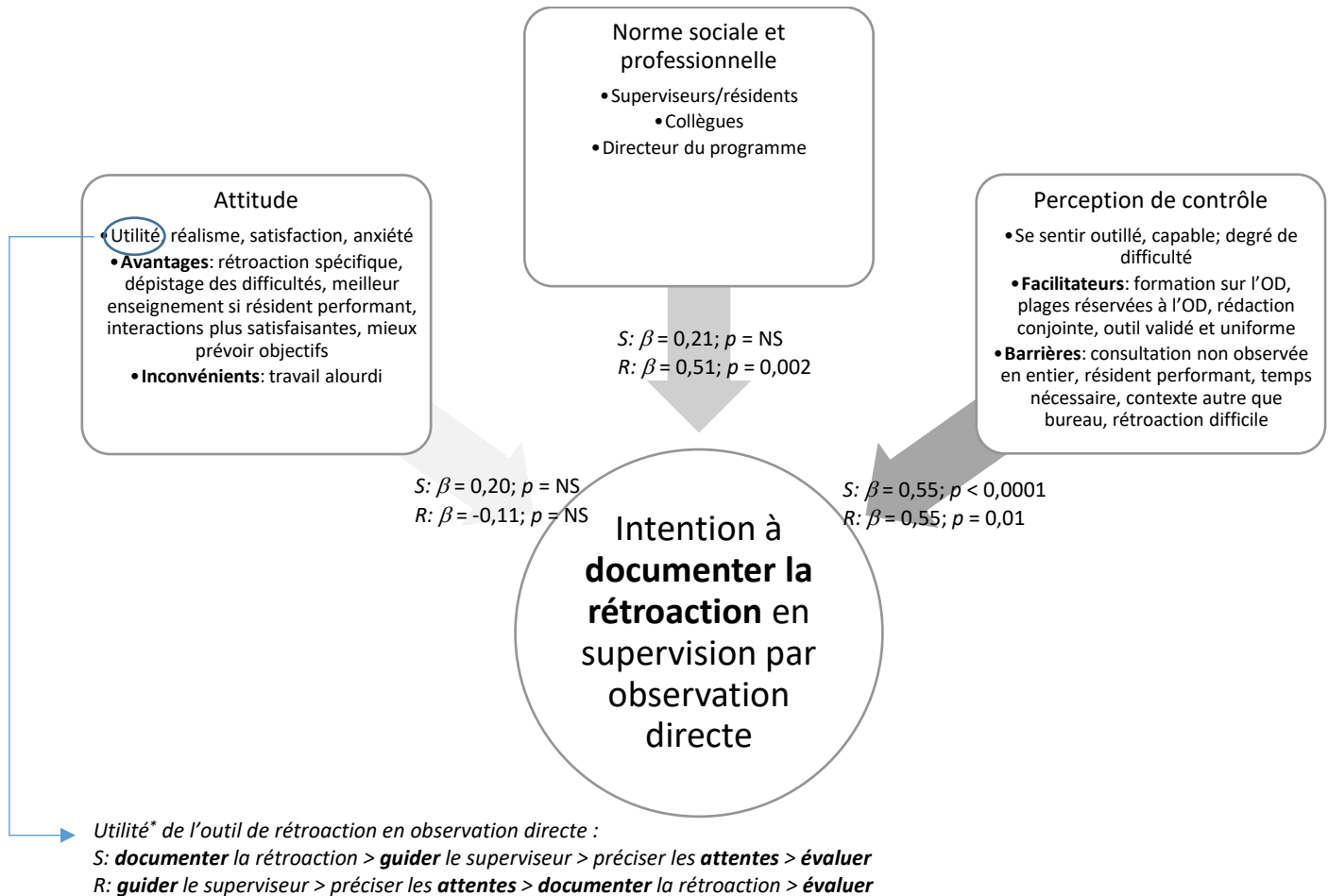
NB. Toutes les corrélations de Spearman sont significatives au seuil alpha de 0,05. Le coefficient de corrélation de Pearson arrive à cette même conclusion.

Analyses de régression multiple

Des analyses de régression linéaire multiples ont ensuite été réalisées pour estimer la relation entre les variables à l'étude (attitude, norme sociale et perception de contrôle) et l'intention comportementale (estimée en calculant le score moyen aux items mesurant l'intention), ainsi que la force de cette relation (Annexe V). Chez les résidents, le modèle de régression s'est avéré significatif, $F(3, 21) = 36,21$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,84$. Parmi les trois prédicteurs, la perception de contrôle s'est avérée avoir l'influence significative la plus forte sur l'intention comportementale, $\beta = 0,55$, $t(24) = 2,77$, $p = 0,01$, suivie par la norme sociale, $\beta = 0,51$, $t(24) = 3,48$, $p = 0,002$. L'effet de l'attitude était non significatif. Chez les superviseurs, le modèle de régression s'est aussi avéré significatif, $F(3, 41) = 46,52$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,77$. Parmi les trois prédicteurs, seule la perception de contrôle a une influence significative sur l'intention comportementale, $\beta = 0,55$, $t(41) = 5,02$, $p < 0,0001$.

(voir Figure page suivante)

Figure – Modèle de régression multiple illustrant les facteurs prédictifs de l'intention des superviseurs à documenter la rétroaction en supervision directe



S : superviseur; R : résident.

*Pour les superviseurs, l'utilité souhaitée pour un outil de rétroaction en observation directe était principalement de documenter la rétroaction (M=6,47, E.-T.=0,89), de guider le superviseur dans ses observations (M=6,27, E.-T.=0,78) et de préciser les attentes au résident (M=6,04, E.-T.=0,95). Les résidents, quant à eux, voyaient l'utilité surtout pour guider leurs superviseurs (M=5,72, E.-T.=1,31), mais aussi pour préciser les attentes (M=5,52, E.-T.=1,39) et documenter la rétroaction (M=5,44, E.-T.=1,53). Évaluer le résident était un objectif moins important tant pour les superviseurs (M=5,09, E.-T.=1,73) que pour les résidents (M=4,88, E.-T.=1,83).

Références

1. Ajzen I. The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211
2. Schober P, Boer C, Schwarte L. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*. 2018;126(5):1763-8. DOI:doi: 10.1213/ANE.0000000000002864