



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Programme d'évaluation
et d'actualisation des compétences
des techniciens ambulanciers
paramédics en soins primaires**

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-91829-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

Remerciements

Équipe de rédaction

D^r Jasmin Bouchard
DMR adjoint Estrie
DMR Nunavik

M. Louis-Philippe Tétreault
Agent de planification et de programmation
Corporation d'urgences-santé

M. Serge Grenier
Agent de liaison du MSSS
Cégep de Sainte-Foy, enseignant SPU
CISSS de Chaudière-Appalaches, TAP

Membres du comité

Dr Simon Delisle
DMR Bas-Saint-Laurent
CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^r François Parent
DMR Mauricie et Centre-du-Québec
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M. Michel Demeo, CAQF
CISSS de la Montérégie

D^{re} Anne-Marie Larkin
Directrice médicale PNIC
DMR adjointe Côte-Nord
CISSS de la Côte-Nord

Mme Nadia Langlois,
Responsable de la formation
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Dave Ross
DMR Montérégie
CISSS de la Montérégie
Université de Montréal

M. Nicolas Leblanc, CAQF
CISSS du Bas-Saint-Laurent

M. Christian Shooner, CAQF
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Ont également contribué au développement et à la révision

D^r Wayne Smith
DMR Estrie
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^{re} Elyse Berger
Directrice médicale nationale (2019 –)
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Steve Legault
Coordonnateur national de la formation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Directeurs médicaux régionaux (DMR)

Table des matières

Introduction	1
1 Le programme	4
Procédure provinciale de maintien ou de suspension des privilèges cliniques pour les techniciens ambulanciers paramédics inscrits au registre national de la main-d'œuvre	4
1.1.1 Avis de difficulté clinique significative – Procédure régionale	7
1.1.2 Programme d'évaluation et d'actualisation des compétences (PEACTAPSP) en retrait des activités cliniques – Processus	8
1.2 Procédure provinciale pour l'obtention d'une mention « réussite » au volet pratique du PNIC pour un nouveau diplômé au Québec qui est en situation d'échec au PIPMT	13
1.2.1 Mise en contexte et généralités	13
1.2.2 Processus	15
2 L'évaluation	20
2.1 Objectifs et standards attendus	20
2.1.1 Choix des énoncés de la compétence et de la justification associée	21
2.1.2 Type d'épreuves – Standards attendus	22
2.2 Déroulement du programme	23
2.3 Scénarios – Seuil et conditions particulières de réussite	24
2.3.1 Scénarios.....	24
2.3.2 Seuil et conditions particulières de réussite.....	24
2.3.3 Nombre et choix des scénarios.....	26
2.3.4 Contrainte relative aux choix et au nombre de scénarios évalués	26
2.4 Consignes à l'évaluateur	27
2.4.1 Règles d'interprétation des résultats s'adressant à l'évaluateur et au directeur médical régional	28
2.5 Processus de révision de notes	29
3 La formation adaptée	30
3.1 Formation	30
3.2 Philosophie du programme	30
3.3 Responsabilités	31
3.3.1 Candidat.....	31
3.3.2 Formateur.....	32
3.4 Contenu et durée des formations	33
3.4.1 Contenu des formations	33
3.4.2 Durée des formations	33
3.5 Enseignement stratégique	36
3.5.1 Compétence	36
3.5.2 Savoir-agir complexe	36
3.5.3 Ressources internes et externes.....	37
3.5.4 Types de connaissance	37
3.5.5 Pratique réflexive	38
3.5.6 Approche cognitive.....	38

3.5.7	Styles d'enseignants	39
3.6	Méthodes d'enseignement.....	39
3.7	Plan de formation	40
4	ANNEXES.....	42
	ANNEXE A – Activités pédagogiques.....	42
	ANNEXE B – Modèle d'horaire de 3 jours.....	45
	ANNEXE C – Modèle CDR du dé breffage	52
	ANNEXE D – Les compétences retenues	53
	ANNEXE E – Répertoire des erreurs critiques	60
	ANNEXE F – Formulaire de révision de note PEACTIONSP	62
	ANNEXE G – Cahier des scénarios (document complémentaire)	64
	ANNEXE H – Grille synthèse des résultats (document complémentaire)	64
	ANNEXE I – Classification des niveaux de difficulté (document complémentaire).....	64
	<i>Références.....</i>	<i>65</i>

Liste des tableaux

<i>Tableau 1.1 – État de situation initiale.....</i>	<i>5</i>
<i>Tableau 1.2 - Récidive nécessitant la poursuite du PEACTIONSP</i>	<i>6</i>
<i>Tableau 1.3 – Avis de difficulté clinique significative.....</i>	<i>8</i>
<i>Tableau 1.4 – Processus d'évaluation diagnostique pour les TAP en retrait des activités cliniques.....</i>	<i>11</i>
<i>Tableau 1.5 – Processus d'évaluation diagnostique pour les TAP en retrait des activités cliniques – Section Formations et évaluations certificatives.....</i>	<i>12</i>
<i>Tableau 1.6 – Cheminement dans le PEACTIONSP en version abrégée à la suite d'un échec au PIPMT</i>	<i>14</i>
<i>Tableau 1.7 – Exemple de cheminement dans le PEACTIONSP en version abrégée</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 1.8 – Évaluation diagnostique pour un candidat en échec au PIPMT</i>	<i>18</i>
<i>Tableau 1.9 – Formation adaptée et évaluation certificative finale pour un candidat en échec au PIPMT</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 2.1 – Matrice des compétences particulières versus les compétences générales (MES)</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 2.2 – Échelle descriptive du degré de la compétence</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 3.1 – Cheminement dans le programme.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 3.2 – Durée des formations par compétences</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 3.3 – Exemple de cheminement dans le programme.....</i>	<i>35</i>

Liste des abréviations

CAQF	Chargé de l'assurance qualité et de la formation aux services préhospitaliers d'urgence (anciennement TAPAQ)
DMN	Direction médicale nationale
DMR	Directeur médical régional
ÉSR	Évaluateur sur route
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEACTAPSP	Programme d'évaluation et d'actualisation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics en soins primaires
PSP	Paramédic en soins primaires
RN	Registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TAPI	Technicien ambulancier paramédic instructeur

Définitions

Formation d'appoint ciblée : cette appellation est utilisée pour toutes les formations régionales qui seront données avant l'entrée dans le PEACTAPSP. Cette formation ne peut porter que sur le ou les éléments identifiés comme sous-optimaux. À tout moment, dans ce processus, lorsque le TAP démontre avoir atteint les objectifs de performance clinique, ses privilèges cliniques complets lui sont restitués.

Formation adaptée : cette appellation est utilisée pour toutes les formations qui seront données dans le cadre du PEACTAPSP. Cette formation fait suite aux évaluations prévues dans la structure et doit être adaptée selon les compétences qui doivent être améliorées. La formation adaptée est toujours suivie d'une séance d'évaluation.

Préambule

Ce document vise à refléter les réflexions et recommandations de plusieurs acteurs des services préhospitaliers d'urgence (SPU) impliqués dans la refonte du processus d'uniformisation de l'ancien programme d'évaluation transversale des compétences.

Ce document a été proposé et approuvé par les directeurs médicaux régionaux (DMR) en janvier 2021. De ce document ont découlé deux autres documents, soit le chapitre II sur l'évaluation, le chapitre III sur la formation. Lors de l'implantation du nouveau programme d'évaluation et d'actualisation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics en soins primaires (PEACTAPSP), des formations auront lieu afin de permettre aux parties prenantes de l'utiliser.

Bonne lecture!

D^r Jasmin Bouchard
Président du comité

Introduction

En février 2018, la Direction médicale nationale (DMN) des services préhospitaliers d'urgence, en collaboration avec les directeurs médicaux régionaux (DMR), a créé le Comité provincial du programme d'évaluation et d'actualisation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics en soins primaires (PEACTAPSP). Ce comité a pour mandat de revoir et d'uniformiser le programme d'évaluation des compétences existant qui découle de la procédure provinciale de suspension des privilèges cliniques et d'évaluation transversale des compétences. Ce groupe de travail est composé de membres possédant des expertises diversifiées et provenant de différentes régions administratives, notamment des :

- Directeurs médicaux régionaux;
- Chargés de l'assurance qualité et de la formation aux services préhospitaliers d'urgence (CAQF);
- Enseignants.

Pour assurer une cohérence entre les différents programmes permettant l'obtention et le maintien du statut actif au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers (RN), la Direction médicale nationale (DMN) s'assure d'une cohérence afin d'uniformiser les programmes autorisant l'exercice de la profession au Québec.

Ainsi, le comité a développé un programme à partir de principes directeurs recommandés et approuvés par les directeurs médicaux régionaux lors de la rencontre du 6 février 2018, soit un programme :

- Équitable et uniforme;
- Valide et congruent;
- Respectueux du candidat;
- Motivant pour le candidat et visant à interpeller son sens de la responsabilité professionnelle;
- Utilisant les meilleures méthodes pédagogiques pour favoriser les apprentissages durables et la réussite du candidat;
- Capable de s'adapter à certains besoins particuliers des candidats pour la formation (ex. : trouble d'apprentissage);
- Capable de certifier la compétence du technicien ambulancier paramédic à offrir des soins sécuritaires pour le patient.

Une revue de la littérature en pédagogie des sciences de la santé a été effectuée afin de proposer les grands principes directeurs du programme (Smith et Bouchard, 2018).

Le programme d'évaluation et de formation offre un processus juste et équitable afin de certifier les compétences du technicien ambulancier paramédic en soins primaires, et ainsi assurer des soins préhospitaliers sécuritaires pour les patients. Ce programme est développé selon les principes relatifs à l'approche par compétences. Il s'agit d'une approche reconnue et amplement utilisée en pédagogie des sciences de la santé.

L'approche par compétences favorise le développement des apprentissages durables, répondant ainsi aux besoins des apprenants et des patients du 21^e siècle. Les compétences évaluées proviennent du programme d'études en soins préhospitaliers d'urgence, plus spécifiquement de la reconnaissance des acquis de compétences en SPU, comme cela a été proposé par le ministère de l'Enseignement supérieur (MES), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et le milieu clinique.

Ces compétences ont d'abord été développées et validées par le MES à partir d'une analyse de la situation de travail (2006) des techniciens ambulanciers paramédics (TAP), des besoins des patients et de ceux de la société. Nous sommes d'avis que tous les TAP doivent être compétents pour avoir le privilège d'exercer la profession de TAP auprès de la population québécoise. Ainsi, le candidat doit démontrer ses compétences d'intervention cliniques particulières dans différentes situations d'intervention. En effet, la pratique actuelle des soins préhospitaliers d'urgence exige qu'un praticien puisse exercer les privilèges cliniques conformément aux prescriptions des protocoles d'intervention clinique.

Le programme place le candidat au centre de nos préoccupations pour faciliter son apprentissage, et ainsi favoriser sa réussite. Il offre une plus grande flexibilité pour accompagner le candidat. Ce dernier doit cependant comprendre qu'il est le principal responsable de ses apprentissages. Il doit s'engager activement dans la démonstration de ses compétences cliniques pour assurer les soins qu'il dispense aux patients. Le programme est ainsi renommé et restructuré pour mieux refléter l'importance d'interpeller l'apprenant comme principal acteur du développement et du maintien de ses compétences pour assurer la sécurité du patient qu'il soigne.

Le programme répond aux principes de validité et de fidélité spécifiques aux examens à forts enjeux. Ainsi, le principe de validité est démontré par la standardisation des scénarios, les outils d'évaluation et le matériel utilisés lors des évaluations.

Le principe de fidélité consiste à s'assurer de l'uniformité entre les évaluations pour une performance comparable. Pour ce faire, de la formation est offerte aux évaluateurs et aux responsables régionaux, spécifiquement sur les règles et procédures relatives à l'évaluation certificative et à l'application du programme, afin de s'assurer que ce dernier est utilisé selon les façons de faire et les intentions pour lequel il est conçu.

Une évaluation du programme doit suivre son implantation et une révision périodique doit être effectuée pour s'assurer d'offrir un programme de qualité, tout en respectant les grands principes directeurs, et de s'adapter à l'évolution de la profession.

Le chapitre 1 présente la mise à jour de la procédure de retrait des privilèges cliniques, les règles régissant l'utilisation du PEACTION et l'adaptation de ce programme dans le contexte du programme d'intégration professionnel en milieu de travail (PIPMT), notamment en ce qui concerne l'évaluation certificative et la gestion des échecs, lorsqu'applicable. Le chapitre 2 définit les règles et les procédures relatives à l'évaluation certificative des compétences. Le chapitre 3 traite des intentions et des stratégies pédagogiques relatives à la formation spécifique aux besoins des candidats concernés, conformément aux principes relatifs à l'approche par compétences.

Comité provincial

1 Le programme

Procédure provinciale de maintien ou de suspension des privilèges cliniques pour les techniciens ambulanciers paramédics inscrits au registre national de la main-d'œuvre

En vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, la suspension des privilèges cliniques est une mesure d'exception, applicable par les DMR, lors de situations particulières, lorsque ces derniers évaluent que le TAP ne démontre pas la capacité à prodiguer des soins sécuritaires aux patients. Lorsqu'applicable, un retrait des privilèges doit être fait à la DMN et au registre national par le DMR, selon les délais prescrits par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2). Le suivi doit être assuré dans le registre national tout au long du processus.

Il est de la responsabilité du DMR, ou de son représentant, et de l'équipe de formation d'utiliser le PECTAPSP. Le TAP reste le principal intéressé et son engagement, en tant qu'apprenant, est nécessaire à sa réussite. Ainsi, ce processus exige une implication concertée de tous les acteurs (apprenant, formateur, DMR, CAQF, employeur et syndicat) pour faciliter le retour aux activités cliniques du TAP de manière sécuritaire pour le patient.

En cas de divergence entre le schéma et la procédure écrite qui suit, la procédure écrite a préséance. Les délais doivent être respectés, à moins d'une situation exceptionnelle. Le cas échéant, les parties tentent de trouver une solution convenant à tous. En cas de désaccord, le choix du DMR a préséance.

Le PECTAPSP débute par une évaluation diagnostique. En effet, par cette évaluation, les acteurs impliqués peuvent valider ou non la capacité d'un candidat à offrir des soins sécuritaires aux patients.

Pour obtenir une réussite et retrouver les privilèges cliniques, le TAP doit réussir tous les scénarios prévus lors d'une journée d'évaluation. Il pourra, à ce moment, retourner aux activités cliniques.

Afin de promouvoir l'égalité des chances et la réussite du candidat lors d'une évaluation certificative à fort enjeu, un processus de révision de note est offert à la demande du candidat. Ce processus vise à garantir la justice, l'égalité et l'équité. Ces valeurs fondamentales sont associées aux politiques d'évaluation des apprentissages du MES depuis 2003.

À la suite du retour aux activités cliniques, un suivi régional pour les 12 prochains mois est suggéré. Durant cette période, advenant une situation clinique problématique, le TAP bénéficie des formations d'appoint ciblées en lien avec les problématiques qui ont été détectées. Si le TAP n'atteint pas les objectifs fixés par le DMR lors des formations d'appoint ciblées, le TAP doit retourner dans le PECTAPSP. Dans ce contexte, il a droit à une évaluation diagnostique et à la formation qui en découle, selon le nombre de

compétences à retravailler. Par la suite, ce dernier poursuit l'évaluation certificative à l'endroit où il était rendu dans le programme précédant la récursive.

À titre d'exemple, le Tableau 1.1 présente le cheminement dans le PEACTIONSP d'un TAP¹ ayant réussi le PEACTIONSP à la suite de l'évaluation 1.

Tableau 1.1 – État de situation initiale

Événement déclencheur						MED					
Compétence	REA		MED			TRAU			Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7		N°	R/E	
Diagnostic	R	R	R	E	E	R	E				
Formation adaptée no 1 : 1 à 3 jours selon les résultats de l'évaluation diagnostique											
Compétence	REA		MED			TRAU			Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7		N°	R/E	
Évaluation 1	S. O.	S. O.	R	R	R	R	R			R	
Toutes les évaluations sont réussies avec succès : fin du PEACTIONSP											
Un suivi régional de 12 mois est suggéré											

¹ TAP praticien

Dans les 12 mois de suivi régional, le TAP a rencontré à nouveau des problèmes du point de vue clinique (une récurrence).

Le Tableau 1.2 illustre la poursuite du programme, (formations et évaluations) suivant la récurrence. À noter qu'une nouvelle évaluation diagnostique doit être faite avant l'évaluation certificative 2.

Tableau 1.2 - Récurrence² nécessitant la poursuite du PECTAPSP

Événement déclencheur						Récurrence - MED					
Compétence	REA		MED			TRAU			Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7		N°	R/E	
Nouvelle évaluation diagnostique											
Formation adaptée no 2 :		1 à 3 jours selon les résultats de l'évaluation de la nouvelle évaluation diagnostique									
Compétence	REA		MED			TRAU			Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7		N°	R/E	
Évaluation 2											
Formation adaptée no 3 :		1 à 3 jours selon les résultats de l'évaluation n° 2									
Compétence	REA		MED			TRAU			Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7		N°	R/E	
Évaluation 3											

Un candidat ayant complété l'ensemble des activités prévues dans le programme et lors du suivi régional de 12 mois pourra recourir à cette procédure d'exception du PECTAPSP un maximum de 3 fois au cours de sa carrière.

² Une récurrence se définit comme étant une situation clinique problématique commise dans les 12 mois suivant une réussite au PECTAPSP

1.1.1 Avis de difficulté clinique significative – Procédure régionale

1. Un avis de difficulté clinique significative est transmis au DMR.
Il peut s'agir d'une des situations suivantes : dérogation C (erreur préjudiciable au patient) confirmée, dossier de suivi qualité avec écarts multiples ou répétés, plainte d'un patient ou du réseau confirmé, ou formation régionale laissant suspecter fortement une problématique de compétence du TAP.
2. Un avis de difficulté est confirmé par le DMR.
3. Une rencontre avec le TAP, téléphonique ou en personne, par le DMR ou son représentant, vise à déterminer s'il existe ou non un constat de difficulté majeur.
4. Une décision est prise par le DMR suivant une rencontre. Si aucune difficulté ne persiste, un retour aux activités cliniques est autorisé. Si des difficultés persistent, passer à l'étape 5.
5. Un retrait temporaire des privilèges cliniques partiels ou complets, cohérent avec la problématique identifiée, est effectué par le DMR.
6. Une formation d'appoint en lien avec la difficulté constatée est offerte.
7. Si la réussite de la formation d'appoint est confirmée par le DMR, le TAP retourne aux activités cliniques.
8. Si la formation d'appoint est échouée :
 - Envoi d'un avis du DMR par courriel au TAP, l'informant qu'il doit se soumettre à une évaluation diagnostique dans le cadre du PEACTIONAPSP;
 - Remise du guide de préparation spécifique à la poursuite de la procédure de récupération des privilèges cliniques.Cette procédure d'exception vise à assurer la sécurité des patients.
9. Le CISSS/CIUSSS/CUS d'appartenance envoie à la DMN un avis par courriel indiquant le transfert du TAP dans le PEACTIONAPSP.

Tableau 1.3 – Avis de difficulté clinique significative

Gestion, formations et évaluations régionales			
Section : Avis de difficulté clinique significative	1. Avis de difficulté clinique significative au DMR		
	↓		
	2. Évaluation problématique confirmée par le DMR		
	↓		
	3. Rencontre (équipe SPU) avec le TAP pour analyse de la situation		
	↓		
	4. Difficulté majeure confirmée	Non ➔	Retour aux activités cliniques
	↓		
	5. Retrait temporaire possible des privilèges partiels ou complets par le DMR		
↓			
6. Formation d'appoint ciblée			
↓			
7. Réussite validée par le DMR	Oui ➔	Retour aux activités cliniques	
↓			
8. Si échec, avis du DMR au candidat de l'obligation de se soumettre à une évaluation diagnostique dans le cadre du PEACTAPSP			
↓			
9. Avis à la DMN de la mise en place d'une procédure d'évaluation certificative conformément au PEACTAPSP			

1.1.2 Programme d'évaluation et d'actualisation des compétences (PEACTAPSP) en retrait des activités cliniques – Processus

1.1.2.1 Généralités

- Le DMR dispose d'un délai maximal de 10 jours ouvrables pour confirmer la réussite ou l'échec d'un TAP.
- Une rencontre doit avoir lieu dans les 10 jours ouvrables suivant l'échec du TAP.
- Lors des rencontres, la présence du représentant de l'employeur est requise. Un représentant syndical sera présent à la demande du TAP.
- Les rencontres avec le TAP ne doivent en aucun cas avoir lieu lors des journées de formation.
- Le TAP dispose de 5 jours ouvrables pour contester son évaluation auprès du DMR, à l'aide du formulaire prévu à cet effet (Annexe F).

- À la suite de la réussite, un suivi adapté aux besoins du candidat d'une durée de 12 mois peut être élaboré par le DMR et son équipe.

1.1.2.2 Déroulement

1. L'évaluation diagnostique a pour but d'évaluer les compétences d'intervention du TAP et sa capacité à offrir des soins préhospitaliers d'urgence sécuritaires pour les patients. L'évaluation diagnostique doit avoir lieu dans un délai maximal de 10 jours ouvrables suivant la décision du DMR.
2. La réussite de l'évaluation diagnostique permet au TAP de retourner aux activités cliniques et de récupérer ses privilèges cliniques, le cas échéant.
3. En cas d'échec à l'évaluation diagnostique, le DMR retire ou maintient le retrait temporaire des privilèges partiels ou complets en cohérence avec les constats des problématiques rencontrées.
4. Une rencontre est organisée entre un membre de l'équipe SPU et/ou le DMR, et le TAP. L'objectif est d'exposer les points à améliorer ainsi que les attentes, et de cibler les besoins du TAP afin de planifier la formation adaptée no 1.

La procédure de révision de note pour l'évaluation diagnostique est remise et expliquée au TAP.

5. Un guide de préparation du candidat est fourni en prévision de l'évaluation³. La formation adaptée no 1 et l'évaluation certificative no 1 sont planifiées par le CAQF⁴ et les TAPI. Une période de 5 à 10 jours ouvrables entre la rencontre et la formation est allouée.
6. La formation adaptée no 1, de 1 à 3 jours, suivie de l'évaluation certificative no 1, sera offerte au TAP.
7. La réussite de l'évaluation certificative no 1 confirmée par le DMR permet au TAP de retourner aux activités cliniques et de récupérer ses privilèges cliniques.
8. En cas d'échec à l'évaluation certificative no 1, le DMR retire ou maintient le retrait temporaire des privilèges partiels ou complets en cohérence avec les constats des problématiques rencontrées.
9. Une seconde rencontre est organisée entre un membre de l'équipe SPU et/ou le DMR, et le TAP. L'objectif est d'exposer les points à améliorer ainsi que les attentes, et de cibler les besoins du TAP afin de planifier la formation adaptée no 2.

La procédure de révision de note pour l'évaluation certificative no 1 est remise et expliquée au TAP.

Un guide de préparation du candidat est fourni en prévision de l'évaluation. La formation adaptée no 2, de 1 à 3 jours, et l'évaluation certificative no 2 sont

³ Le Guide du candidat est fourni par la Direction médicale régionale.

⁴ Chaque étape de la formation, de l'évaluation et de l'interprétation des résultats doit être validée par le DMR.

planifiées par le CAQF et les TAPI. Une période de 5 à 10 jours ouvrables entre la rencontre et la formation est allouée.

10. La formation adaptée no 2, de 1 à 3 jours, suivie de l'évaluation certificative no 2, sera offerte au TAP.
11. La réussite de la journée d'évaluation no 2 est confirmée par le DMR dans un délai maximal de 10 jours ouvrables, permettant au TAP de retrouver le privilège d'exercer cliniquement.
12. En cas d'échec à l'évaluation certificative no 2, le DMR retire ou maintient le retrait temporaire des privilèges partiels ou complets en cohérence avec les constats des problématiques rencontrées.
13. Une troisième rencontre est organisée entre un membre de l'équipe SPU et/ou le DMR et le TAP. L'objectif est d'exposer les points à améliorer et les attentes, et de cibler les besoins du TAP afin de planifier la formation adaptée no 3.

La procédure de révision de note pour l'évaluation certificative no 2 est remise et expliquée au TAP.

Un guide de préparation du candidat est fourni en prévision de l'évaluation. La formation adaptée no 3, de 1 à 3 jours, et l'évaluation certificative no 3 sont planifiées par le CAQF et les TAPI. Une période de 5 à 10 jours ouvrables entre la rencontre et la formation est allouée.

14. La formation adaptée no 3, de 1 à 3 jours, suivie de l'évaluation certificative no 3, sera offerte au TAP.
15. La réussite de la journée d'évaluation no 3 est confirmée par le DMR dans un délai maximal de 10 jours ouvrables, permettant au TAP de retrouver le privilège d'exercer cliniquement.
16. En cas d'échec, une quatrième rencontre par le DMR ou son représentant et le TAP est organisée pour exposer les raisons de l'échec et l'informer de la transmission de son dossier au comité d'examen.
17. Transmission du dossier au comité d'examen, selon les délais prescrits par la procédure et/ou les conventions collectives à registretap@msss.gouv.qc.ca.
18. Présentation du dossier du candidat TAP au comité d'examen.

Tableau 1.4 – Processus d'évaluation diagnostique pour les TAP en retrait des activités cliniques

Retour aux activités cliniques – Évaluation diagnostique			
Section : évaluation diagnostique	1. Évaluation diagnostique des compétences		
	↓		
	2. Décision du DMR – Réussite?	Oui →	Retour aux activités cliniques
	↓		
	3. Retrait temporaire possible des privilèges cliniques partiels ou complets par le DMR		
	↓		
	4. Rencontre DMR/Équipe SPU avec le TAP, l'employeur et le représentant syndical		
	↓		
	Début de la formation et de l'évaluation certificative (voir Tableau 1.5) du PEACTAPSP		

Tableau 1.5 – Processus d'évaluation diagnostique pour les TAP en retrait des activités cliniques – Section Formations et évaluations certificatives

Retour aux activités cliniques – Évaluations certificatives et formations			
Section : Évaluations certificatives et formations adaptées	5. Préparation de la formation par le CAQF et les TAPI et préparation du TAP pour la formation		
	↓		
	6. Formation adaptée no 1 – 1 à 3 jours et évaluation no 1 – 1 jour		
	↓		
	7. Décision du DMR – Réussite évaluation no 1?	Oui ➔	Retour aux activités cliniques avec suivi
	↓		
	8. Retrait temporaire possible des privilèges cliniques partiels ou complets par le DMR		
	↓		
	9. Rencontre DMR/équipe SPU avec le TAP, l'employeur et le représentant syndical		
	↓		
	10. Formation adaptée no 2 – 1 à 3 jours et évaluation no 2 – 1 jour		
	↓		
	11. Décision du DMR – Réussite évaluation no 2	Oui ➔	Retour aux activités cliniques avec suivi
	↓		
	12. Retrait temporaire possible des privilèges cliniques partiels ou complets par le DMR et avis à la DMN de l'échec		
	↓		
	13. Rencontre DMR/équipe SPU avec le TAP, l'employeur et le représentant syndical		
	↓		
14. Formation adaptée no 3 – 1 à 3 jours et évaluation no 3 – 1 jour			
↓			
15. Décision du DMR – Réussite évaluation no 3	Oui ➔	Retour aux activités cliniques avec suivi	
↓			
16. Rencontre no 3 DMR/équipe SPU avec le TAP, l'employeur et le représentant syndical			
↓			
17. Transmission du dossier au comité d'examen			
↓			
18. Présentation du dossier au comité d'examen			

1.2 Procédure provinciale pour l'obtention d'une mention « réussite » au volet pratique du PNIC pour un nouveau diplômé au Québec qui est en situation d'échec au PIPMT

1.2.1 Mise en contexte et généralités

En vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et du Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'œuvre, un candidat souhaitant obtenir un statut actif au registre national doit être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en Soins préhospitaliers d'urgence, et avoir suivi et réussi le programme national d'intégration clinique (PNIC) établi par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

Depuis 2020, le PNIC comporte un volet pratique décentralisé, soit le programme d'intégration professionnelle en milieu de travail (PIPMT)⁵. En cas d'échec au PIPMT⁵, le candidat est alors dirigé vers une version abrégée du programme d'actualisation et d'évaluation des compétences pour les techniciens ambulanciers paramédics en soins primaires (PEACTAPSP)⁶, qui comporte une évaluation diagnostique suivie d'une formation adaptée et d'une évaluation certificative finale. Un avis d'échec au PIPMT doit être transmis à la DMN et un suivi doit être assuré par l'équipe de gestion du PNIC tout au long du processus.

Ce processus d'évaluation certificative précise les droits et les responsabilités de tous les acteurs (nouveau diplômé, TAPI, DMR et/ou CAQF) du PIPMT, dont l'objectif est d'encadrer une pratique autonome et sécuritaire pour le patient. Le candidat doit réussir tous les scénarios prévus lors d'une journée d'évaluation. À la suite de la réussite du PEACTAPSP, le candidat obtient un statut actif⁷ au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers, puisqu'il a démontré sa compétence à offrir des soins sécuritaires à un patient.

⁵ Voir les critères d'évaluation dans le plan directeur de ce programme.

⁶ Ce transfert vers le PEACTAPSP a été proposé et approuvé par les directeurs médicaux régionaux (DMR) en janvier 2020, et révisé en 2022.

⁷ Le statut actif est conditionnel à la réussite de l'examen théorique et du travail sur l'éthique de la profession et les responsabilités légales.

Tableau 1.6 – Cheminement dans le PEACTAPSP en version abrégée à la suite d'un échec au PIPMT

Événements déclencheurs ⁸								Erreurs critiques PIPMT : À titre d'exemple : EC14		
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation diagnostique										

Formation adaptée : selon le résultat de l'évaluation diagnostique										
Heures par compétence										
Déclencheurs (3 h) max.										
APP (3 h) max.										
Durée de la formation adaptée (27 h maximum)										
Justification :										
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation finale										

⁸ L'événement déclencheur est la difficulté ciblée lors d'une ou de plusieurs erreurs critiques identifiées lors du PIPMT (lors des ECOS ou des quarts de travail sur la route), qui ont amené le candidat vers le PEACTAPSP en version abrégée.

1.2.2 Processus

1.2.2.1 Généralités

- Toutes les règles et procédures du PECTAPSP s'appliquent pour un PECTAPSP en version abrégée. Seul le nombre de formations adaptées et d'évaluations certificatives est limité à 1 au lieu d'un maximum de 3.
- Le PECTAPSP est mis en œuvre par l'équipe désignée par la DMN⁹.
- Le DMR dispose d'un délai maximal de 10 jours ouvrables pour confirmer la réussite ou l'échec d'un candidat à l'équipe de gestion du PNIC.
- Une rencontre doit avoir lieu dans les 10 jours ouvrables suivant l'échec du candidat.
- Lors des rencontres, un représentant du cégep concerné peut être présent, selon la volonté du candidat.
- Le candidat dispose de 5 jours ouvrables afin de contester son évaluation auprès du DMR à l'aide du formulaire prévu à cet effet (ANNEXE F).
- Les rencontres avec le candidat ne doivent en aucun cas avoir lieu lors des journées de formation.
- Suivant la réussite du candidat, un suivi adapté à ses besoins, d'une durée de 12 mois, peut être élaboré par le DMR et son équipe.

1.2.2.2 Déroulement

1. L'évaluation diagnostique vise à évaluer les compétences d'intervention du candidat, afin d'offrir des soins préhospitaliers d'urgence sécuritaires aux patients.

L'évaluation diagnostique doit se faire à la suite d'un échec confirmé au programme d'intégration professionnelle en milieu de travail (PIPMT) (Tableau 1.6).

2. La réussite de l'évaluation diagnostique confirme la réussite au volet pratique du PNIC.
3. Si le candidat échoue à l'évaluation diagnostique, il sera alors dirigé vers la formation adaptée et l'évaluation certificative finale.
4. Le résultat de l'évaluation diagnostique et le détail de l'évaluation sont transmis à l'équipe de gestion du PNIC. Cette dernière est responsable d'aviser le candidat.

Une fois le candidat avisé de son échec, ce dernier sera convoqué pour une rencontre avec le DMR, ou son représentant, pendant laquelle les points à

⁹ L'équipe désignée est constituée du DMR, du CAQF et des TAPI associés à la région d'appartenance du candidat. L'équipe bénéficie de l'accompagnement nécessaire offert par la DMN dès le début du PECTAPSP.

améliorer lui seront exposés et où ses besoins seront évalués pour planifier une formation adaptée. Un guide de préparation du candidat pourra lui être remis lors de cette rencontre.

5. Préparation de la formation adaptée et de l'évaluation certificative finale par le CAQF et les TAPI. Une période de 5 à 10 jours ouvrables est allouée pour cette étape.
6. La formation adaptée de 1 à 3 jours, suivie de l'évaluation certificative finale, est offerte au candidat.
7. La réussite de l'évaluation certificative confirme la réussite du volet pratique au PNIC.
8. En cas d'échec à l'évaluation certificative finale, confirmé par la Direction médicale nationale, l'octroi d'un statut actif au registre national est refusé.
9. Le résultat de l'évaluation certificative finale pour chacune des compétences évaluées (réussite ou échec) est transmis à l'équipe de gestion du PNIC. Cette dernière est alors responsable d'aviser le candidat de son résultat.
10. Une deuxième rencontre est organisée par le DMR ou son représentant avec le candidat pour lui exposer les raisons de son échec au PNIC. Le candidat a 5 jours ouvrables pour contester son évaluation certificative finale au DMR, selon la procédure de révision de note, et à l'aide du formulaire prévu à cet effet.

À titre d'exemple, le Tableau 1.7 présente le cheminement dans le PEACTAPSP en version abrégée d'un candidat ayant réussi le PEACTAPSP à la suite de la formation adaptée suivie de l'évaluation certificative finale, avec reprise d'une compétence échouée.

Tableau 1.7 – Exemple de cheminement dans le PEACTAPSP en version abrégée

Événements déclencheurs ¹⁰								Erreurs critiques PIPMT : EC14 en MED et EC3 en TRAU		
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation diagnostique	R	R	R	E	E	R	E			

Formation adaptée : selon le résultat de l'évaluation diagnostique										
Heures par compétence	0		9			6				
Déclencheurs (3 h) max.				3						
APP (3 h) max.				3						
Durée de la formation adaptée (27 h maximum)							21			
Justification :										
<ul style="list-style-type: none"> • La compétence REA a été réussie lors de l'évaluation diagnostique, donc aucune heure par compétence n'est associée à la formation REA. • L'événement déclencheur est en lien avec la compétence MED et TRAU, 3 h max. doivent être allouées à l'élément déclencheur. • Pour la formation adaptée, 3 h doivent être allouées à l'appréciation clinique. 										
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation finale	S. O.	S. O.	R	R	R	R	E	7	R	R
Comme un seul scénario n'a pas été réussi sur l'ensemble de l'évaluation, un scénario de reprise a été proposé. Le candidat a réussi ce scénario de reprise. Toutes les évaluations ont donc été réussies avec succès : fin du PEACTAPSP.										

¹⁰ L'événement déclencheur est la difficulté ciblée, lors d'une ou de plusieurs erreurs critiques identifiées lors du PIPMT (lors des ECOS ou des quarts de travail sur la route), qui ont amené le candidat vers le PEACTAPSP en version abrégée.

Tableau 1.8 – Évaluation diagnostique pour un candidat en échec au PIPMT

Obtention d'une réussite au volet pratique du PNIC pour un nouveau diplômé – évaluation diagnostique			
Section : évaluation diagnostique	1. Évaluation diagnostique des compétences		
	↓		
	2. Décision du DMR – réussite?	Oui →	Réussite du volet pratique
	↓		
	3. Si échec, formation adaptée et évaluation certificative finale		
	↓		
	4. Transmission des résultats à l'équipe de gestion du PNIC et avis envoyé au candidat		
	↓		
	Début de la formation adaptée et de l'évaluation certificative finale du PEACTAPSP en version abrégée		

Tableau 1.9 – Formation adaptée et évaluation certificative finale pour un candidat en échec au PIPMT

Obtention d'une mention « réussite » au volet pratique du PNIC pour un nouveau diplômé – évaluation diagnostique			
Section : évaluations certificatives et formations	5. Préparation de la formation par le CAQF et les TAPI, et préparation du candidat pour la formation		
	↓		
	6. Formation adaptée de 1 à 3 jours et évaluation certificative finale (1 jour)		
	↓		
	7. Décision DMR – réussite évaluation certificative finale	Oui ➔	Réussite du volet pratique
	↓		
	8. Si échec, confirmation de l'échec par la DMN, octroi d'un statut actif au registre national refusé		
	↓		
	9. Transmission des résultats à l'équipe de gestion du PNIC et avis envoyé au candidat		
	↓		
10. Une fois l'échec confirmé, rencontre avec le DMR. Le candidat a 5 jours ouvrables pour contester son évaluation certificative finale au DMR, selon la procédure de révision de note, et à l'aide du formulaire prévu à cet effet.			

2 L'évaluation

2.1 Objectifs et standards attendus

La pratique actuelle des soins préhospitaliers d'urgence exige qu'un praticien puisse exercer la totalité des privilèges cliniques, comme prescrit dans les protocoles d'intervention clinique. Ces privilèges s'obtiennent par la formation scolaire initiale en Soins préhospitaliers d'urgence (SPU). En milieu de travail, la formation continue obligatoire est offerte à tous les techniciens ambulanciers paramédics. L'objectif est que ces derniers acquièrent et maintiennent leurs compétences en matière de connaissances, d'habiletés, de raisonnement clinique et de prise de décision à acquérir ou à maintenir selon les standards et les seuils attendus à l'entrée sur le marché du travail.

Conformément à la pratique des soins préhospitaliers d'urgence et en accord avec l'évolution des soins paramédicaux, cinq catégories d'intervention sont spécifiquement identifiées afin de couvrir le champ de pratique des techniciens ambulanciers paramédics. Il s'agit des interventions nécessitant des soins dans un contexte 1) médical, 2) traumatique, 3) de réanimation cardiorespiratoire et 4) de troubles comportementaux, auxquelles on ajoute 5) toutes autres interventions en situation de sinistre, d'acte antisocial ou d'autres situations particulières. Ces interventions doivent être effectuées dans le respect des protocoles cliniques et en respectant les aspects légaux et éthiques encadrant la pratique préhospitalière.

Afin de démontrer, de maintenir ou de poursuivre le développement des compétences précédemment acquises lors de la formation initiale et du programme de formation continue obligatoire d'un candidat en exercice, la Direction médicale nationale (DMN) se réfère aux cinq compétences particulières prescrites au programme de soins préhospitaliers d'urgence du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). Ces dernières intègrent les 13 autres compétences générales du diplôme d'études collégiales (DEC) (Tableau 2.1).

Tableau 2.1 – Matrice des compétences particulières versus les compétences générales (MES)

MATRICE DES COMPÉTENCES														
COMPÉTENCES PARTICULIÈRES	Numéro de la compétence	COMPÉTENCES GÉNÉRALES												
		Analyser la fonction de travail	Manifester une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement	Préserver son intégrité psychologique et physique	Effectuer des déplacements de personnes	Utiliser des méthodes d'appréciation de la condition clinique	Interpréter une situation clinique	Établir une communication aidante	Établir des liens entre la pharmacologie ou la consommation de drogues et des situations cliniques	Prévenir la propagation de désordres immunologiques ou d'infections	Communiquer en milieu de travail	Utiliser une ambulance en situation d'intervention	Adopter une conduite professionnelle en accord avec l'éthique de la profession	Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé
Numéro de la compétence		1	2	3	4	5	6	7	9	10	12	13	15	16
Intervenir auprès de personnes nécessitant des soins de réanimation	8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Intervenir auprès de personnes nécessitant des soins médicaux	11	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Intervenir auprès de personnes en situation traumatique	14	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Intervenir auprès de personnes manifestant divers problèmes de comportements	17	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Intervenir sur les lieux d'un sinistre, d'un acte antisocial ou lors de situations particulières	18	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	

2.1.1 Choix des énoncés de la compétence et de la justification associée

Les compétences en SPU sont le résultat de l'analyse de la situation de travail (2006). Ainsi, elles sont représentatives de la tâche à accomplir comme technicien ambulancier paramédic (TAP). En s'inspirant du programme Soins préhospitaliers d'urgence du MEES, conformément à la décision prise par la DMN, trois compétences particulières du programme d'études ont été retenues afin d'évaluer le candidat, soit :

- 052H – Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins de réanimation;
- 052L – Intervenir auprès de personnes nécessitant des soins médicaux;
- 052P – Intervenir auprès de personnes en situation traumatique.

Concernant les aspects légaux seulement, une portion d'une quatrième compétence doit également être évaluée, soit :

- 052Q – Adopter une conduite professionnelle en accord avec l'éthique de la profession.

Les trois premières compétences particulières d'intervention retenues permettent l'évaluation des compétences du candidat dans les principaux champs de pratique du métier.

La quatrième compétence retenue est une compétence générale. Cette dernière couvre le cadre légal de la pratique, dont, notamment, l'aptitude à consentir aux soins, le refus de soins et le transport avec ou sans consentement. Les contenus de cette dernière compétence doivent être évalués en association avec l'une des trois compétences particulières d'intervention, conformément à la pratique des soins préhospitaliers d'urgence. Les compétences retenues sont décrites à l'annexe D.

Les compétences particulières « Intervenir auprès de personnes manifestant divers problèmes de comportement » et « Intervenir sur les lieux d'un sinistre, d'un acte antisocial ou lors de situations particulières » ne font pas l'objet d'une évaluation dans le programme d'évaluation et d'actualisation des compétences. Ces dernières font cependant l'objet des diverses formations régionales, en tenant compte des besoins et des particularités spécifiques à la région ou à une clientèle s'y rattachant.

Conséquemment, en lien avec le programme d'études, un candidat doit démontrer qu'il a acquis les trois grandes compétences particulières d'intervention, en respectant le cadre réglementaire imposé à la pratique des soins préhospitaliers d'urgence, afin de maintenir ses privilèges cliniques. Les critères de performance du programme devront être atteints afin de confirmer la réussite du candidat.

2.1.2 Type d'épreuves – Standards attendus

Le type d'épreuve certificative choisi est un examen pratique pondéré à l'aide d'une échelle descriptive, dont la résultante est une mention « réussite » ou « échec ». L'épreuve permet l'identification des forces et des faiblesses du candidat, en fonction des éléments de compétences du MEES et des protocoles d'intervention clinique prescrits par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La compétence ou exigence attendue correspond aux standards attendus d'un novice à sa première journée de travail.

Une pratique sécuritaire pour les patients exige l'évaluation de la compétence d'un candidat à donner des soins, mais également l'efficacité du processus d'appréciation clinique pour y arriver. Ainsi, conformément aux règles contemporaines relatives à la mesure et à l'évaluation de la compétence, le candidat sera évalué à deux niveaux, soit le processus et le produit. Aux fins d'interprétation du résultat, un troisième niveau sera considéré, soit le propos.

En contexte préhospitalier :

- Le processus se définit comme l'application d'une démarche standardisée, synthèse des connaissances déclaratives (théorie) et procédurales (pratique), qui sous-tend la prise de décision relative à la dispense d'un ou des soins nécessaires.
- Le produit se définit comme le ou les soins dispensés prescrits dans un ou des protocoles visant la stabilisation de la personne dans les différentes conditions préhospitalières rencontrées.
- Le propos se définit comme la justification par le candidat des décisions prises au cours de l'intervention en lien avec les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles¹¹ de ce dernier. Le propos s'exprime sous forme d'un court exposé oral à la fin du scénario et de la rédaction d'un rapport d'intervention préhospitalière.

Les compétences seront démontrées à l'aide de courts scénarios ou d'examens cliniques à objectifs structurés (ECOS) standardisés.

2.2 Déroulement du programme¹²

Le programme d'actualisation et d'évaluation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics (PEACTAPSP) en soins primaires vise à certifier une pratique sécuritaire de la profession. Il constitue donc un processus d'intégration visant à confirmer une pratique sécuritaire des soins préhospitaliers d'urgence. Le programme comprend jusqu'à quatre étapes selon les résultats obtenus, soit :

- L'évaluation diagnostique des trois compétences;
- L'évaluation certificative no 1 suivant la formation adaptée, le cas échéant;
- L'évaluation certificative no 2 suivant la formation adaptée, le cas échéant;
- L'évaluation certificative no 3 suivant la formation adaptée, le cas échéant.

L'évaluation diagnostique permet la mesure des besoins de formation adaptée pour ce candidat. La réussite d'une compétence particulière confirme une pratique sécuritaire et, par conséquent, met fin à l'évaluation de cette compétence. La réussite des trois compétences particulières évaluées met fin au processus d'évaluation des compétences.

Dans l'éventualité d'un échec à une ou plusieurs des compétences évaluées lors de l'évaluation diagnostique, l'évaluation sera suivie d'une formation adaptée et les compétences en question seront de nouveau réévaluées lors de l'évaluation certificative no 1.

¹¹ Chapitre 3, rubrique 3.4.5 Les types de connaissances, Tardif et Presseau (1998).

¹² Cette section s'adresse à un TAP praticien

Les compétences devront être réussies au cours d'une des quatre évaluations du processus, si applicable, comme montré dans le tableau 1.1 du chapitre 1 s'adressant aux praticiens.

À titre d'exemples, dans l'éventualité d'un échec à une ou plusieurs compétences lors de l'évaluation diagnostique :

- Des formations adaptées concernant la ou les compétences échouées devront être dispensées.
- La ou les compétences échouées devront être réévaluées lors de l'évaluation certificative no 1 suivant la formation adaptée.
- La réussite d'une compétence met fin à l'évaluation de cette compétence dès l'évaluation diagnostique et permet la récupération des privilèges cliniques s'y rattachant, une fois le programme complété avec succès.
- L'échec d'une compétence nécessite une formation adaptée avant l'évaluation certificative suivante.
- Un maximum de trois évaluations certificatives suivant l'évaluation diagnostique est prescrit par le programme.
- L'évaluation complète du candidat est d'une durée maximale de 9 heures, selon le nombre de compétences à évaluer.

2.3 Scénarios – Seuil et conditions particulières de réussite

2.3.1 Scénarios

L'évaluation certificative se fait à l'aide de sept courts scénarios ou ECOS intégrés dans une grille et évalués à l'aide d'une échelle descriptive. La performance s'échelonne sur les degrés de la compétence A, B ou C (Tableau 2.2) et l'évaluation comporte des critères particuliers de réussite. Lors d'un scénario, chaque intervention est d'une durée maximale de 30 minutes, suivie de 15 minutes de rédaction du rapport d'intervention préhospitalière AS-803.

2.3.2 Seuil et conditions particulières de réussite

Une compétence s'évalue à l'aide de scénarios, dont le nombre est prescrit par le programme. La première condition particulière de réussite implique que la réussite d'une compétence est conditionnelle à la réussite de tous les scénarios s'y rattachant.

Concernant les scénarios, l'absence de la cote « C » constitue la deuxième condition particulière de réussite. La cote « C » ne peut être attribuée qu'aux éléments de l'intervention de la grille d'évaluation signalés en jaune.

Ces éléments sont considérés comme des erreurs critiques et ont fait l'objet d'une approbation par les directeurs médicaux régionaux. La liste des erreurs critiques est

disponible à l'ANNEXE E. Ainsi, conformément aux exigences de la pratique des soins préhospitaliers d'urgence (SPU) et au maintien ou au renouvellement d'un statut actif et non restrictif au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers, le candidat ayant commis une erreur critique porterait atteinte à l'intégrité de la personne, pouvant ainsi contribuer à la détérioration de cette dernière. Le cas échéant, la mention « échec » sera attribuée.

Tableau 2.2 – Échelle descriptive du degré de la compétence

Cote	Description du degré de la compétence
A	Très satisfaisant Intervention préhospitalière complète incluant des soins prodigués en fonction des normes et protocoles reconnus.
B	Satisfaisant Intervention préhospitalière acceptable, mais ne justifie pas complètement les soins prodigués ou omis d'être prodigués en fonction des normes et des protocoles reconnus.
C	Insatisfaisant L'intervention préhospitalière est insuffisante et démontre que les soins effectués sont insuffisants et ne répondent pas aux normes et aux protocoles reconnus. L'omission d'une technique ou d'un soin, ou la survenue d'une ou de plusieurs erreurs critiques occasionne un préjudice significatif aux patients.
∅	Absence du soin ou de la technique à effectuer.

Aux fins de compilation des résultats, un candidat ayant obtenu une cote « C » à un élément de la compétence dans l'un des scénarios évalués sera en échec. À titre d'exemple, la compétence particulière « Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins de réanimation » s'évalue à l'aide de deux scénarios comportant chacun trois éléments de la compétence, soit :

- Apprécier la condition clinique de la personne;
- Prodigué des soins;
- Évaluer les résultats.

Les éléments de la compétence « Prodigué des soins et évaluer les résultats », représentés dans les deux scénarios, comportent des possibilités d'erreurs critiques, soit une cote « C ». Au terme des deux scénarios, le candidat ne doit pas avoir commis une ou des erreurs critiques dans ces éléments de la compétence afin d'obtenir la mention « réussite » à la compétence particulière « Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins de réanimation ».

Cette règle s'applique à chacun des éléments de la compétence inclus dans les trois compétences particulières d'intervention. Une grille synthèse des résultats est proposée (Annexe H) afin d'apprécier la performance globale du candidat. Lors des évaluations, la

réussite d'une compétence met fin à la procédure d'évaluation pour la compétence concernée.

2.3.3 Nombre et choix des scénarios

Le programme prescrit des scénarios ou ECOS en lien avec chacune des compétences à démontrer. Des grilles d'évaluation incluant le scénario sont disponibles dans le cahier de scénarios (Annexe G).

Ce cahier contient une banque de scénarios en :

- Situations de réanimation;
- Situations médicales;
- Situations traumatiques.

Lorsque cela est spécifiquement mentionné, certains des scénarios proposent la gestion combinée des soins cliniques et des aspects légaux relatifs à une intervention préhospitalière, complétant ainsi la portion légale de la quatrième compétence évaluée, soit la « 052Q – Adopter une conduite professionnelle en accord avec l'éthique de la profession ».

L'évaluation des trois compétences, incluant les aspects légaux, exige sept scénarios répartis de la façon suivante :

1. Deux scénarios impliquant des soins de réanimation cardiorespiratoire chez une clientèle adulte et pédiatrique;
2. Trois scénarios impliquant des soins médicaux chez une clientèle adulte et pédiatrique;
3. Deux scénarios impliquant des soins en situation traumatique chez une clientèle adulte et pédiatrique.

2.3.4 Contrainte relative aux choix et au nombre de scénarios évalués

Les sept scénarios choisis doivent correspondre aux compétences à évaluer ou à récupérer selon la répartition susmentionnée. En cas d'échec à un seul des sept scénarios évalués, un huitième scénario correspondant à la compétence particulière échouée sera proposé. Ce dernier se nomme « Scénario de reprise » et vise à récupérer le scénario échoué.

Un scénario ne peut, en aucune circonstance, être modifié par l'évaluateur.

2.4 Consignes à l'évaluateur

L'évaluation exige que l'évaluateur s'approprie les énoncés de compétence, les éléments de compétence et les critères de performance associés.

Afin de créer un climat propice à l'évaluation des compétences, l'évaluateur doit respecter les règles suivantes :

- La durée d'une séance d'évaluation pratique dépend du nombre de scénarios à évaluer. Ainsi, une heure par scénario, suivie d'une pause de cinq minutes. Une période de repas d'une heure doit également être offerte au candidat, au plus tard à la quatrième heure de l'évaluation.
- Le candidat doit disposer d'un temps raisonnable pour la vérification de son matériel d'intervention.
- Le matériel proposé doit être équivalent en qualité et en quantité à celui utilisé en situation réelle d'intervention.
- Les scénarios utilisés sont imposés par le programme et ne doivent en aucun cas être modifiés localement.
- Les scénarios sont standardisés et le niveau de difficulté est indiqué dans le document « Classification des niveaux de difficulté et liste des scénarios proposés » (Annexe I).
- Les scénarios utilisés sont valides et congruents. Valides puisqu'ils sont créés conformément aux compétences du programme SPU élaboré par le MEES. Congruents puisque les scénarios sont représentatifs de situations couramment rencontrées en contexte préhospitalier et parce que les TAP ont déjà été formés conformément aux objectifs de la formation initiale ou lors d'une formation continue.
- L'utilisation d'un mannequin adulte ou pédiatrique est réservée aux scénarios impliquant une altération de l'état de conscience. Le type de mannequin doit correspondre à l'âge du patient prévu dans le scénario afin de diminuer les biais d'interprétation.
- Les services d'un acteur (instructeur) sont prévus pour les patients conscients. Le maquillage, les costumes ou autres accessoires peuvent être nécessaires afin d'assurer l'authenticité de la situation et ainsi limiter les biais d'interprétation.
- Lorsqu'ils sont significatifs pour l'interprétation clinique, le sexe et l'âge de l'acteur doivent correspondre au scénario.
- Un TAP 2 doit accompagner le candidat. Ce rôle est joué par un technicien ambulancier instructeur qui a les connaissances requises dans ce programme.
- Le TAP 2 ne doit pas influencer le scénario par ses actions ou de quelconques maladresses, même si ces dernières ont pour but de valider la compétence du candidat. Cependant, le TAP 2 peut jouer un rôle plus spécifique lorsque ce dernier est prévu au scénario.

- Les consignes, les interventions et les propos du candidat doivent être filmés.
- Aucun commentaire ou rétroaction de la part des instructeurs, relatif aux résultats, ne doit être donné au candidat après chacun des scénarios. Ce n'est qu'après validation par le directeur médical régional (DMR) que le candidat pourra être informé de ses résultats.
- Conformément à l'éthique enseignante, les résultats obtenus par un candidat sont confidentiels et ne peuvent faire l'objet de discussions qu'avec les intervenants au dossier.

2.4.1 Règles d'interprétation des résultats s'adressant à l'évaluateur et au directeur médical régional

- La performance du candidat doit être basée sur l'échelle descriptive (Tableau 2.2).
- La grille d'évaluation à échelle descriptive globale comprend le scénario et doit être utilisée et commentée en fonction des critères de performance attendus.
- Les erreurs critiques sont identifiées sur la grille d'évaluation par les sections jaunes et sont passibles d'un échec.
- L'évaluateur apprécie la performance du candidat au moment où elle se déroule.
- Un échec doit être basé sur le non-respect d'un principe ou d'un soin prescrit par les protocoles cliniques qui crée une erreur critique dans l'intervention. À titre d'exemple, faire de l'assistance ventilatoire chez un patient hypoventilé est un principe. Un soin prescrit est l'utilisation de la valve de Boussignac chez un patient présentant une fatigue respiratoire.
- Un échec ne peut être attribué en aucun cas à une préférence de l'évaluateur. À titre d'exemple, la technique utilisée pour effectuer l'assistance respiratoire est une préférence, à moins que cette technique soit explicitement prescrite dans un protocole clinique. Le cas échéant, il s'agit d'un soin prescrit dont les avantages ont dûment été préalablement enseignés dans le programme de formation continue de la Direction médicale nationale.
- L'évaluateur ne peut, en aucune circonstance, attribuer un échec si ce dernier est attribuable à une détérioration de l'état du patient consécutivement aux gestes posés par le candidat, si cette détérioration et sa conséquence ne s'observent pas pendant le déroulement du scénario.
- La performance du candidat peut faire l'objet d'une discussion entre l'évaluateur 1 et le TAP 2 avant de remplir la grille d'évaluation.
- La vidéo ne doit être utilisée que pour une révision de notes ou un visionnement par le directeur médical régional. Elle est utilisée uniquement pour confirmer l'erreur critique.
- La compilation et l'interprétation des résultats s'effectuent à l'aide de la grille synthèse des résultats (Annexe H).

2.5 Processus de révision de notes

- Le candidat a le droit de demander une révision de notes. Il est responsable de remplir le formulaire de révision de notes prévu à cet effet (ANNEXE F) et de le transmettre au DMR ou au CAQF.
- Pour être admissible, la demande doit préciser la raison ou les éléments d'évaluation pour lesquels le candidat estime avoir été lésé.
- Les documents relatifs à l'évaluation, incluant la vidéo, doivent être disponibles pour une consultation par les parties aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) d'appartenance du candidat.
- Le visionnement se fait en présence d'un chargé de l'assurance qualité et de la formation (CAQF) et du candidat ou de son représentant.
- La demande de révision de notes ou de consultation des documents doit être adressée au DMR ou à son représentant dans les cinq jours ouvrables suivant l'obtention des résultats.
- Afin d'analyser la demande de révision de notes, le DMR doit s'adjoindre le TAP évaluateur ayant effectué l'évaluation contestée ainsi qu'un autre TAP évaluateur n'ayant pas participé au processus d'évaluation. Ce groupe est désigné comme « le comité de révision ».
- Au plus tard cinq jours après la réception de la demande, le comité de révision transmet par courriel sa décision au candidat.
- Dans l'éventualité où le candidat s'estime toujours lésé, la décision du comité de révision peut être révisée à la fin du processus par le comité d'examen du registre national pour les dossiers impliquant un technicien ambulancier paramédic en emploi ou par le directeur médical national pour les dossiers impliquant les nouveaux diplômés.
- Le comité d'examen ou le directeur médical national peuvent s'adjoindre un expert ou un groupe d'experts, afin d'effectuer cette tâche.
- Il est de la responsabilité des parties de fournir les documents nécessaires à la révision de la décision précédemment rendue.
- La décision rendue à la suite d'un processus officiel de révision de notes est sans appel.

3 La formation adaptée

3.1 Formation

Ce chapitre présente les éléments à considérer et la chronologie des étapes pour produire une formation adaptée dans le cadre du programme d'évaluation des compétences. La production des formations adaptées donne suite aux résultats de l'évaluation diagnostique et des évaluations suivantes (Tableau 3.1). Tout en respectant les principes directeurs et la philosophie du programme d'actualisation et d'évaluation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics (PEACTAPSP), une personne mandatée par le CISSS/CIUSSS/CUS concerné fera l'adaptation de la formation en considérant les ressources et les contraintes régionales. Par la suite, cette formation devra être validée par le gestionnaire de la formation et/ou par le directeur médical régional (DMR).

Dans ce contexte, les thèmes à travailler auront été identifiés et une réflexion devra être faite pour adapter la formation. Pour ce faire, nous aborderons la philosophie du programme, le rôle du candidat impliqué, le contenu des formations et la durée de celle-ci, les concepts en lien avec l'enseignement stratégique ainsi que les méthodes d'enseignement. Nous terminerons par la présentation du plan de formation.

Tableau 3.1 – Cheminement dans le programme¹³

Exemple											
Compétence	REA		MED			TRAU			Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7		N°	R/E	
Diagnostique											
Formation adaptée n° 1 : 1 à 3 jours selon les résultats de l'évaluation diagnostique											
Évaluation n° 1	Déjà fait dans le PEATAPSP										
Formation adaptée n° 2 : 1 à 3 jours selon les résultats de l'évaluation 1											
Évaluation n° 2											
Formation adaptée n° 3 : 1 à 3 jours selon les résultats de l'évaluation 2											
Évaluation n° 3											

3.2 Philosophie du programme

Dans l'ensemble, le but du programme consiste à confirmer que les compétences d'un technicien ambulancier paramédic (TAP) en soins primaires (PSP) sont de qualité suffisante pour assurer la sécurité des patients. Le programme a été développé à partir de principes directeurs recommandés et approuvés par la table des directeurs médicaux régionaux (février 2018)¹⁴. Il doit être : équitable et uniforme, valide et congruent,

¹³ Cheminement proposé est celui d'un praticien

¹⁴ Présentation du D^r Wayne Smith et du D^r Jasmin Bouchard.

respectueux du candidat et motivant pour le candidat tout en visant à interpellier son sens de la responsabilité professionnelle.

Le candidat doit être consulté et être partie prenante dans son processus d'apprentissage. L'intention principale est de le placer au centre du processus d'apprentissage afin de l'engager dans un rôle actif pour qu'il s'investisse réellement. En adoptant une perspective centrée sur l'apprenant, nous pouvons accorder plus d'attention aux besoins du candidat dans son cheminement. Il est important d'utiliser des méthodes d'enseignement en cohérence avec la philosophie du programme et les principes directeurs.

Le programme est interactif : il suppose une participation et une implication du candidat pour chaque activité. De plus, les méthodes d'enseignement choisies s'accordent aux objectifs d'apprentissage visés et au niveau de développement souhaité. Les intentions pédagogiques et les façons de faire doivent être respectées tout au long du programme de formation. Le point de départ est d'avoir une bonne pédagogie. Dans certains cas, il sera possible d'adapter la formation à certains besoins particuliers des candidats (trouble d'apprentissage diagnostiqué). Notons que pour considérer la réussite d'une compétence, tous les scénarios de celle-ci doivent être réussis (voir chapitre 2).

3.3 Responsabilités

3.3.1 Candidat

Tous les éléments doivent être en place afin de favoriser la participation active et de créer un climat propice à l'apprentissage. Selon la structure du cours, un ou deux paramédics instructeurs seront assignés à cette formation. Toutes les références théoriques nécessaires seront fournies au candidat pour étude. Le matériel d'intervention utilisé sera, autant que possible, le même que dans son milieu de travail.

Le candidat est le premier responsable de ses apprentissages. Il doit s'approprier la démarche, tout mettre en œuvre pour atteindre les objectifs. Il lui revient de s'engager activement dans le programme en :

- Prenant connaissance du programme d'évaluation des compétences;
- Planifiant et en organisant ses apprentissages selon les modalités prévues;
- Effectuant les études, les lectures, les travaux et les activités d'apprentissage requis par le programme durant ses formations, et en dehors des heures au besoin;
- Prenant les moyens nécessaires à la réussite de tous les éléments identifiés lors des évaluations, selon les exigences et les échéances fixées.

3.3.2 Formateur

La formation proposée doit être adaptée au besoin du candidat. Cette adaptation est basée sur les évaluations qui précèdent la formation. Pour ce faire, le formateur identifie le déficit de connaissances déclaratives, procédurales ou conditionnelles (Section 3.4.5). Le diagnostic pédagogique posé permet de mettre l'accent sur les déficits de connaissances identifiés. Des activités d'apprentissage sont proposées en ANNEXE A. Les activités sont offertes selon l'horaire en ANNEXE B. Cette dernière prévoit une progression de l'enseignement dont le parcours favorise la mise en application des connaissances dans un contexte de tâche authentique. Cette contextualisation des apprentissages correspond à une approche par compétences.

Il est également important d'offrir une formation motivante. La motivation est un facteur déterminant de l'apprentissage. « Les apprenants motivés sont plus susceptibles de s'engager, de persévérer et de réussir à apprendre des tâches. » (Pelaccia et Jaffrelot, 2019.) Ainsi, les activités d'apprentissage proposées doivent tenir compte de la dynamique motivationnelle.

Cette approche cognitive comprend trois déterminants essentiels:

1. La perception de la valeur de l'activité
 - Pourquoi accomplir l'activité? La tâche est-elle utile? Sert-elle bien l'apprentissage? L'apprentissage qu'elle génère est-il transférable directement dans la pratique en milieu clinique?
2. La perception de compétence
 - L'apprenant se sent-il capable de réaliser la tâche? Les tâches proposées doivent donc tenir compte du parcours d'apprentissage de l'apprenant. Ainsi, une tâche trop difficile précipitée lors de la formation aura des effets négatifs sur la motivation de l'apprenant. L'inverse est vrai également, une tâche trop facile pourrait influencer négativement la motivation.
3. La perception de la contrôlabilité
 - L'apprenant a-t-il un sentiment de contrôle sur la progression de ses apprentissages et sur les méthodes d'enseignement utilisées? Un apprenant qui influence le choix des méthodes d'enseignement ou le déroulement d'une formation aura une perception élevée de contrôlabilité, ce qui inclut également la part de contrôle qu'a l'apprenant dans la réalisation de la tâche.
 - La contrôlabilité est également la perception que les résultats positifs que l'apprenant obtient lors d'une résolution de problème ne sont pas dus au hasard. Donc, la présence d'une relation directe entre la qualité du geste que l'apprenant pose et le résultat positif obtenu peut influencer la motivation.

3.4 Contenu et durée des formations

3.4.1 Contenu des formations

Le programme propose la possibilité de recevoir jusqu'à trois formations adaptées selon les résultats obtenus lors des évaluations précédentes. Pour toutes les formations, une portion de la formation sera allouée à l'évaluation clinique préhospitalière (APP) lors d'une situation médicale et traumatique. Cette approche vise à renforcer la collecte d'informations cliniques et à préciser l'interprétation des résultats. De plus, selon l'événement déclencheur qui a amené le candidat dans le programme, une période supplémentaire sera ajoutée à la compétence concernée (voir Tableau 3.2). Pour les compétences REA, MED et TRAUMA, les thèmes suivants doivent être ciblés à chaque formation :

- Appréciation clinique spécifique à la compétence
 - Particularité pour les adultes et la pédiatrie
 - Démarche analytique (APP. S.V. examens physiques spécifiques)
 - Concept de stabilité
- Soins spécifiques à la compétence
 - Les savoirs, le matériel, les techniques
- Évaluation du résultat
 - Choix de CH, type de transport
 - Surveillance clinique
- Communication
 - 10-10, histoire de cas, RIP
- Intégration
 - Sous forme de scénario
 - Prévoir environ la moitié du temps consacré à la compétence concernée

3.4.2 Durée des formations

Chaque journée de formation est de 10 heures, incluant 1 heure de repas et 2 pauses de 15 minutes. On peut allouer un maximum de 3 journées de formation entre les différentes évaluations pour totaliser 27 heures (3 x 9 heures). Il est obligatoire de respecter le nombre d'heures de formation. Une adaptation peut être faite quant au nombre d'heures par journée de formation, pour répondre aux réalités régionales et à la situation. Les formations seront adaptées en fonction du résultat des évaluations. Utiliser le tableau suivant pour déterminer le nombre d'heures associé aux formations.

Tableau 3.2 – Durée des formations par compétences

Heures	Compétence	Particularités
3 h	APP	À inclure lors des 3 formations.
6 h	REA	À inclure lors des formations 1, 2 et 3, selon les résultats des évaluations.
9 h	MED	
6 h	TRAU	
3 h	Sujet variable	Le sujet est en lien avec l'événement déclencheur. Le temps alloué sera ajouté au temps de la compétence concernée.
27 h		

L'événement déclencheur est la difficulté ciblée, selon l'avis de difficulté clinique significative (voir chapitre 1), qui a amené le TAP dans le programme d'évaluation et d'actualisation des compétences pour TAP. Dans le contexte du PIPMT, il s'agit d'une ou de plusieurs erreurs critiques identifiées lors des ECOS ou des quarts de travail sur la route.

Voici les étapes pour calculer la durée d'une formation dans le contexte du PEACTIONSP :

1. Identifier la compétence concernée par l'événement déclencheur;
2. Entrer les résultats de l'évaluation précédant la formation (R – Réussite, E – Échec, Absence de cote si non évalué);
3. Entrer le nombre d'heures associées aux compétences ayant au moins un échec;
4. Entrer 3 heures à la compétence ciblée par l'événement déclencheur s'il y a échec;
5. Entrer 3 heures à la ligne APP pour chaque formation.

Le Tableau 3.3 présente un exemple de cheminement dans le programme. Le calcul de la durée des 3 formations sera détaillé jusqu'à la fin du programme, lequel se termine par une réussite dans cet exemple.

Tableau 3.3 – Exemple de cheminement dans le programme¹⁵

Événement déclencheur ¹⁶								MED		
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation diagnostique	R	R	R	E	E	R	E			

Évaluation des heures nécessaires pour la formation adaptée n° 1										
Heures par compétence	0		9			6				
Déclencheurs (3 h) max.				3						
APP (3 h)				3						
Durée de la formation adaptée n° 1							21			
Justification :										
<ul style="list-style-type: none"> La compétence REA a été réussie lors de l'évaluation diagnostique, donc aucune heure par compétence n'est associée à la formation REA. L'événement déclencheur est en lien avec la compétence MED, 3 h max. doivent être allouées à l'élément déclencheur. Pour chaque formation adaptée, 3 h doivent être allouées à l'appréciation clinique. 										
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation no 1	S. O.	S. O.	R	E	R	R	E			E

Évaluation des heures nécessaires pour la formation adaptée n° 2										
Heures par compétence	0		9			6				
Déclencheurs (3 h) max.				3						
APP (3 h)				3						
Durée de la formation adaptée n° 2							21			
Justification :										
<ul style="list-style-type: none"> La compétence REA a été réussie lors de l'évaluation diagnostique, aucune heure par compétence n'est associée à la formation REA. L'événement déclencheur est en lien avec la compétence MED, 3 heures max. doivent être allouées à l'élément déclencheur. Pour chaque formation adaptée, 3 heures doivent être allouées à l'appréciation clinique. 										
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation n° 2	S. O.	S. O.	R	R	R	R	E	7	E	E

¹⁵ Cheminement proposé est celui d'un praticien

¹⁶ L'événement déclencheur est la difficulté ciblée, selon l'avis de difficulté clinique significative qui a amené le TAP dans le PEACTAPSP.

Évaluation des heures nécessaires pour la formation adaptée n° 3										
Heures par compétence	0		0		6					
Déclencheurs (3 h) max.			0							
APP (3 h)			3							
Durée de la formation adaptée n° 3							9			
Justification :										
<ul style="list-style-type: none"> • La compétence REA a été réussie lors de l'évaluation diagnostique, donc aucune heure par compétence n'est associée à la formation REA. • La compétence MED étant réussie, donc aucune heure associée à la compétence et à l'élément déclencheur n'est requise. • Comme un seul scénario n'a pas été réussi sur l'ensemble de l'évaluation n° 2, un scénario de reprise a été proposé. Le candidat n'a cependant pas réussi ce scénario de reprise. Conséquemment, la formation adaptée n° 3 doit avoir lieu. 										
Compétences	REA (6 h)		MED (9 h)			TRAU (6 h)		Reprise		Résultat final
N° de scénario	1	2	3	4	5	6	7	N°	R/E	
Évaluation n° 3	S. O.	S. O.	R	R	R	R	R			R

3.5 Enseignement stratégique

3.5.1 Compétence

La compétence se définit par des apprentissages durables, ancrés et acquis dans des situations de travail authentiques, en ce qui concerne la tâche et le contexte. Dans cette situation, le concept authentique signifie « proche de la vie réelle ou de la vie normale » et « signifiant pour l'apprenant ».

La compétence ne se limite pas à une liste exhaustive de connaissances représentant un vaste domaine de savoirs non contextualisés et non liés à des situations réelles d'intervention. Cette définition correspond à une approche contemporaine de développement par compétences dans le domaine de la santé, comme décrit par Tardif et al. (2006) et Scallon (2009). De façon plus spécifique, Tardif et al. définissent ainsi la compétence : « Un savoir-agir complexe nécessitant la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes dans une famille de situations. » (Tardif et al., 2006.)

3.5.2 Savoir-agir complexe

Un savoir-agir complexe est une tâche authentique. En approche par compétences, cette tâche authentique correspond à une simulation courte (ECOS), à un stage avec supervision directe ou à une intervention réelle d'intervention avec suivi lors d'un retour au travail. Une connaissance acquise lors d'une tâche authentique est plus durable.

3.5.3 Ressources internes et externes

Les ressources internes correspondent aux connaissances mobilisables et combinables du candidat. Ces connaissances sont déclaratives, procédurales ou conditionnelles. Pour être durables, les connaissances internes doivent majoritairement être enseignées dans une tâche authentique. Cette modalité pédagogique atténue l'effet inévitable de la déperdition de l'apprentissage. Les types de connaissance sont abordés à la section 3.5.4.

Les ressources externes doivent également être mobilisables et combinables dans une tâche authentique. Étant donné qu'une intervention préhospitalière s'effectue en équipe, la ressource externe la plus courante est la collaboration avec le partenaire TAP. Les ressources externes correspondent également à l'utilisation d'aides à la tâche et à la collaboration avec des intervenants interdisciplinaires (premiers répondants, policiers, pompiers, infirmières, urgentologues, UCCSPU, etc.). Le travail d'équipe, incluant une bonne communication, améliore la sécurité et la qualité des soins (Jaffrelot et al., 2013). À titre d'exemple, une synthèse intermédiaire de type SBAR¹⁷ augmente la performance de l'équipe. Cette augmentation de la performance est notamment attribuable à la diminution de la charge cognitive des intervenants et à une augmentation de la sensibilité situationnelle. Conséquemment, enseigner la mobilisation et la combinaison des ressources internes et externes dans une tâche authentique augmente la sécurité des patients.

3.5.4 Types de connaissance

Tardif et Presseau (1998) présentent une synthèse des types de connaissance selon trois regroupements : les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles.

- Les connaissances déclaratives sont des notions théoriques, c'est-à-dire le « quoi? » (p. ex. : connaître les critères d'inclusion pour un protocole ou connaître les étapes de l'EQTPT).
- Les connaissances procédurales sont associées à la pratique et aux procédures, c'est-à-dire le « comment? » (p. ex. : préparer un médicament, utiliser un MDSA).
- Les connaissances conditionnelles impliquent le contexte d'application d'une procédure, c'est-à-dire le « quand? » et idéalement le « pourquoi? » (p. ex. : faire un ECG 12D selon la condition clinique d'un patient).

La manifestation et l'application de ce type de connaissance se déroulent toujours dans l'action.

Donc, « pour déterminer s'il est approprié de réutiliser des connaissances ou des compétences dans un contexte autre que celui de l'apprentissage, il est essentiel que les étudiants puissent répondre à la question "quand?" et, idéalement, à la question "pourquoi?" » Tardif et Presseau (1998), p.41. Pour ce faire, le candidat doit

¹⁷ *Situation-Background-Assessment-Recommendation.*

apprécier les différents éléments de la situation et décider si un geste ou une procédure est applicable ou nécessaire dans ce contexte. Nous nous approchons ainsi de l'adaptation des savoirs dans différents contextes et du transfert des apprentissages. Finalement, le candidat doit être conscient que la procédure qu'il met en place dans un cas particulier devra être adaptée pour être appliquée dans différents contextes.

3.5.5 Pratique réflexive

La pratique réflexive se veut une réflexion sur l'action (l'expérience vécue). Elle développe la perception de compétences. Cette activité de réflexion sur l'action doit se dérouler hors de la pression de l'urgence. Par la suite, c'est l'étape où le candidat prend conscience qu'il a appris en appliquant ses connaissances de façon pertinente dans un contexte approprié. À la suite de sa réflexion, il pourra identifier et définir les conditions d'utilisation des savoirs qui pourraient lui permettre d'anticiper les éléments transférables selon les contextes.

3.5.6 Approche cognitive

Afin de favoriser le transfert de la compétence et de structurer la pratique réflexive, l'approche cognitive « CDR » doit être considérée (Chiniara et al., 2019). Cette approche comprend trois étapes, soit la contextualisation, la décontextualisation et la recontextualisation (voir ANNEXE C) :

1. Contextualisation : Cette étape consiste à discuter des actions effectuées par l'apprenant en contexte d'intervention. Cette étape favorise l'activation des connaissances antérieures.
2. Décontextualisation : Ici, l'objectif est que l'apprenant établisse des liens entre les références applicables à la situation à laquelle il a été confronté. Il doit faire ces liens en considérant les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles qu'il possède. À cette étape, il est possible d'établir un diagnostic pédagogique plus spécifique au déficit de connaissances ayant contribué à l'erreur commise.
3. Recontextualisation : Cette étape vise à valider la capacité du candidat à appliquer ces nouvelles connaissances à de nouvelles situations ou à des situations similaires. Ici, le TAPI peut introduire certaines variantes au contexte initial, afin de vérifier si l'apprenant est en mesure d'utiliser ses nouvelles connaissances dans différents contextes. C'est la mesure diagnostique de la « transférabilité ». L'approche cognitive « CDR » s'applique également lors d'un débriefage d'une situation réelle vécue par l'apprenant lors d'un stage, d'un retour au travail ou tout autre contexte concernant une intervention particulière. L'approche cognitive n'est donc pas seulement spécifique à un contexte d'apprentissage en classe.

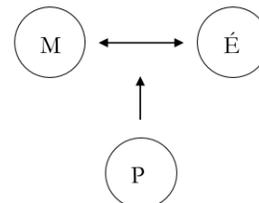
Pour le formateur, il est important de connaître et de comprendre les concepts liés aux types d'apprentissages et au transfert des compétences. Le TAPI pourra ainsi identifier le ou les types de connaissances présentant des faiblesses dans un contexte d'intervention. Ainsi, il pourra augmenter le transfert de la compétence ou de certains concepts par l'utilisation d'un débriefing structuré dans tous les contextes d'enseignement.

3.5.7 Styles d'enseignants

Les écrits présentent plusieurs styles d'enseignants tels que le catalyseur, l'entraîneur, le médiateur, le modèle, le sauveur, le penseur et le transmetteur, pour ne nommer que ceux-ci. Dans le programme d'évaluation des compétences, nous nous inspirons principalement du style d'un professeur catalyseur. Les textes qui suivent sont tirés intégralement du Petit guide pédagogique d'Ulric Aylwin (1994).

La conception juste de l'art d'enseigner est aux antipodes du modèle le plus répandu, le modèle où l'on voit le professeur monopoliser plus de quatre-vingts pour cent du temps de parole en classe, et effectuer lui-même les opérations intellectuelles complexes. Au contraire, l'art d'enseigner, c'est d'abord l'art de se taire et de faire parler les élèves, c'est l'art de les amener à lire, comprendre, penser, analyser, synthétiser et transposer de toutes sortes de façons. Sous forme de métaphores, on pourrait dire que le professeur respectueux de l'apprenant est un jardinier qui n'essaie pas de pousser à la place de ses plantes, un chef d'orchestre qui ne joue pas à la place des musiciens ou un agent de voyages qui ne visite pas les pays à la place de ses clients.

Le professeur catalyseur : ici, le Professeur ne fait plus écran entre la Matière et l'Élève; le schéma montre, au contraire, que c'est à l'élève qu'incombe la responsabilité inéluctable d'interagir avec la matière et que le rôle spécifique du professeur est de créer des situations pour faciliter cette interaction. Comme le disait Albert Einstein : « Je n'enseigne rien à mes élèves; j'essaie seulement de créer les conditions dans lesquelles ils peuvent apprendre. »



Ne mettons pas toutes nos énergies à préparer notre cours sous forme de discours; consacrons surtout notre temps à préparer les façons d'occuper le temps des élèves en classe, pour que ce soit surtout eux qui travaillent durant le cours. Ne nous mettons pas sur le dos les problèmes qui appartiennent aux élèves; aidons-les seulement à se prendre en charge.

3.6 Méthodes d'enseignement

Les étudiants s'engagent davantage et consacrent plus de temps aux activités d'apprentissage quand les cours sont bien structurés. La préparation d'un cours suppose

un certain nombre de décisions pédagogiques. Ces décisions doivent être prises consciemment, de façon éclairée et structurée. Le programme ne comprend aucun exposé magistral. Évitions de nous lancer dans de longs exposés théoriques. Il vaut mieux fonder son enseignement sur des éléments concrets, basés sur l'expérience du candidat. L'intention est d'établir des liens solides entre ce que le candidat sait, ou est déjà capable de faire, et ce qu'il y a à travailler. Le processus d'apprentissage demande un mouvement continu entre ce qui est déjà su et ce qui sera appris.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises méthodes d'enseignement et il n'existe pas qu'une seule façon de bien faire les choses en enseignement. Nous avons privilégié des approches interactionnelles qui requièrent la participation active de l'apprenant. Une méthode d'enseignement exclut l'improvisation et le hasard. Généralement, les formations adaptées seront données individuellement. Inspirées du style de l'enseignant catalyseur, les méthodes d'enseignement choisies nous permettront de partir de ce que le candidat sait. Nous pourrons, par la suite, bonifier les éléments qui ont besoin d'être travaillés pour atteindre les objectifs. Les méthodes d'enseignement choisies sont :

- le questionnement;
- la production de cartes conceptuelles;
- la discussion;
- l'histoire de cas;
- le remue-méninges;
- la représentation de la tâche;
- la résolution de problème;
- la démonstration faite par l'instructeur ou par le candidat;
- la répétition pour les techniques pures (drill);
- le scénario et l'évaluation formative.

L'ANNEXE A présente la description de quelques méthodes d'enseignement selon différentes sources.

3.7 Plan de formation

Le plan de formation est unique et sera utilisé lors de toutes les formations du programme indépendamment de sa durée. Un modèle d'horaire a été produit pour donner une idée globale de la formation de trois jours (voir ANNEXE B). L'heure du début de la formation, les pauses, les périodes de repas et l'heure de la fin de la formation devront être ajustées pour répondre aux besoins de la situation et aux réalités régionales. Cependant, le nombre d'heures par compétence à couvrir ne peut pas être modifié à la hausse ou à la baisse. Les pauses sont toujours incluses dans le temps de formation.

Chaque bloc de formation est associé à une compétence spécifique. Tous les blocs sont construits de la même façon, c'est-à-dire que nous débutons par l'introduction qui annonce le déroulement du bloc. Par la suite, pour commencer par ce que le candidat connaît, nous lui ferons faire une représentation de la tâche, c'est-à-dire au moyen d'un

dessin au tableau. Cette production pourra prendre environ une dizaine de minutes selon le cas. Lors de cette production, le candidat ne pourra utiliser aucune référence. La représentation de la tâche peut être faite avec des dessins, des flèches, des chiffres et des mots. Peu importe la façon de représenter la tâche, le candidat devra être en mesure d'expliquer son dessin ou sa démarche. L'instructeur pourra poser des questions au fur et à mesure de l'explication pour accompagner et pour bonifier la réflexion du candidat. Les références pourraient être utilisées à ce moment au besoin. Il est possible que la production de la première représentation soit un peu compliquée pour le candidat. Il peut ne pas être familier avec cette façon de travailler et d'apprendre. À ce moment, l'instructeur pourra lui donner un coup de main. Nous pouvons présumer que la production d'une représentation de la tâche sera plus facile au fur et à mesure que la formation avance dans le temps.

La représentation de la tâche permet au candidat et au TAPI d'identifier certains points à améliorer. Cette représentation nous permet d'arriver à la pratique no 1. Celle-ci consiste en l'exécution des techniques pures (sans contexte ou scénario) associées à la compétence sous forme de drill, c'est-à-dire une reproduction des techniques dans le bon ordre. Chaque technique pure devra être accomplie un minimum de trois fois sans erreur, dans le but de développer certains automatismes dans la manipulation de l'équipement. La prochaine étape consiste en une intervention à l'aide d'un scénario en lien avec la compétence ciblée. À la fin du scénario, une rétroaction est donnée sous la forme CDR, soit la contextualisation, la décontextualisation et la recontextualisation. Si, lors des explications ou à la suite de l'intervention, des techniques doivent être pratiquées, un temps est prévu à cet effet. Chaque scénario devrait être géré de la même façon, soit : l'intervention, la rétroaction et une pratique des techniques pures au besoin. Chaque bloc se termine par une synthèse, en complétant la représentation de la tâche produite au début du bloc. Par la suite, une conclusion est faite afin d'identifier les éléments importants couverts dans ce bloc. La conclusion pourra également inclure la remise d'informations sur le bloc suivant, selon le cas.

Il est possible que le candidat ne soit pas en mesure de faire tout ce qui est planifié dans un bloc. Si une autre formation doit être accomplie, l'instructeur devra refaire le bloc dans le temps prescrit afin de faire progresser le candidat dans ses apprentissages.

Comme mentionné, tous les blocs sont construits de la même façon. Cette approche permet au candidat d'anticiper les façons de faire pour les blocs suivants. S'il le désire, le candidat peut se préparer en fonction du contenu à venir. Notons que l'instructeur pourra également suggérer un plan d'études et une lecture des protocoles et des modules de formation selon les besoins du candidat. Pour l'instructeur, cette approche réduit le temps de préparation pour les formations. Le TAPI/CAQF devra produire des scénarios simples avec une certaine gradation dans le niveau de complexité. Il est important, lors de la conception des scénarios, de considérer les types de savoirs liés à l'événement déclencheur (difficulté ciblée ou erreur critique). Le TAPI doit bien comprendre l'intention pédagogique sous cette structure.

4 ANNEXES

ANNEXE A – Activités pédagogiques

Les références suivantes ne sont pas spécifiques au programme d'évaluation et d'actualisation des compétences pour les TAP en soins primaires ou à la formation en milieu de travail. Néanmoins, elles permettent de mieux comprendre certaines méthodes d'enseignement favorisant la participation active des apprenants (Lefebvre et Gosselin, 2013).

Partir du connu

Avant de présenter un concept fondamental ou une procédure clé, l'enseignant demande aux étudiants ce qu'ils en savent déjà (sans restriction de plan, de niveau ou d'angle), en posant des sous-questions variées :

- Est-ce la première fois que vous entendez ce mot, cette formule?
- Est-ce la première fois que vous aborderez une technique de ce genre?
- À quoi cela vous fait-il penser? À quoi cela pourrait-il servir?
- À quoi associez-vous spontanément ce terme, cette technique?
- Croyez-vous que cela risque d'être ennuyant d'apprendre cela?
- Etc.

But

- Ramener en mémoire active ce que les étudiants savent sur un concept, une méthode ou une technique fondamentale.
- Déceler et corriger des préjugés et des erreurs afin d'établir des liens.

Comment procéder

- Questionner et attendre.
- Catégoriser et résumer les réponses au tableau.
- Compléter par une discussion, un exposé ou toute autre activité pédagogique appropriée au cours.

Démonstration

« Exécution d'actions ou d'opérations devant des apprenants. La démonstration a pour fonction de faire voir des étapes, un ordre de réalisation ou encore des caractéristiques qui seraient difficilement accessibles à l'apprenant par la simple audition. Aussi, pour être efficace, elle doit être préparée de façon à faire ressortir tous les aspects essentiels relatifs à un objectif donné. Il va sans dire que la démonstration doit s'accompagner d'explications. Tel que mentionné dans la démonstration, le contrôle de l'apprentissage appartient totalement à l'enseignant. Cependant, celui-ci peut, pour ne pas dire doit [sic],

rechercher l'interaction avec les apprenants en posant des questions, en faisant expliquer, résumer, commenter et prédire » (Chamberland, 1995, cité dans Service d'appui à l'enseignement et à l'apprentissage [SAEA], 2006).

Étude de cas

« Proposition d'un problème réel ou fictif en vue de poser un diagnostic, de proposer des solutions et de déduire des règles ou des principes applicables à des cas similaires. Issue de l'école de droit de Harvard, l'étude de cas est une formule qui a pour objectif de permettre à l'apprenant de vivre une démarche de résolution de problème à travers des cas qui lui sont soumis. Ainsi, on présente à l'apprenant un cas réel » (SAEA, 2006).

Simulation

« La simulation se caractérise par l'interaction de l'apprenant avec un modèle qui représente une réalité définie comme un système. Une bonne simulation présente la réalité dépouillée de ses éléments non essentiels. Bien sûr, de cette manière, une partie de la réalité est sacrifiée au profit des lignes de force de la situation étudiée. La simulation peut parfois être moins médiatisée. Dans le cas de simulations sociales, on peut, par exemple avec un minimum de média[s], simuler le fonctionnement d'une ville pour en faire connaître la structure administrative. On peut aussi, en utilisant peu de matériel, simuler la répartition des richesses dans le monde pour sensibiliser au phénomène de la pauvreté » (Chamberland, 1995, cité dans SAEA, 2006).

Les exercices répétitifs

« Les exercices répétitifs sont une façon de consolider des acquis chez l'apprenant dans le but de l'amener à développer des automatismes. On pourrait dire que cette formule est une forme de programmation que l'on utilise pour des apprentissages, comme retenir des formules en mathématiques, des conjugaisons de verbes, le maniement d'instruments, etc. Les exercices répétitifs peuvent avoir leur place parmi les formules pédagogiques, à condition qu'ils soient employés avec discernement. Pour cela, ils ne doivent pas être utilisés [ni] pour tout ni trop fréquemment, car ils risqueraient de générer une certaine monotonie » (Chamberland, 1995, cité dans SAEA, 2006).

La question d'amorce

« Pour un apprentissage plus efficace, les étudiants doivent faire des liens entre ce qu'ils savent déjà (connaissances et expériences antérieures) et le contenu auquel ils seront exposés. Le début d'une session devrait faciliter ces liens en aidant les étudiants à activer leurs connaissances existantes sur le sujet de la session. Une stratégie souvent employée au tout début de la classe est de présenter une question d'amorce, de donner aux étudiants quelques minutes pour réfléchir à leur réponse, puis de demander à quelques membres de la classe de partager leur réflexion. Cette stratégie est facile à initier, prend très peu de temps et fonctionne bien dans les grands groupes. De plus, elle aide à concentrer l'attention des étudiants sur la thématique de la journée. Les informations

recueillies peuvent également informer le professeur sur ce que les étudiants savent et ne savent pas sur le sujet de la session » (Université du Minnesota, 2008, cité dans SAEA, 2006).

La liste ciblée

« La liste ciblée est une stratégie où les étudiants réfléchissent sur ce qu'ils savent à propos d'un sujet en créant une liste de termes ou d'idées qui s'y rattachent. Pour commencer, le professeur demande aux étudiants de prendre une feuille de papier et de commencer à générer une liste basée sur un sujet présenté. Les sujets pourraient porter sur la présentation de la journée, ou sur les contenus d'une présentation antérieure. Le professeur se déplace souvent dans la salle et regarde les listes des étudiants durant l'activité et résume brièvement les grandes tendances ou les thèmes qui en ressortent. D'autres professeurs demandent aux étudiants, de façon aléatoire, de partager le contenu de leurs listes avant de passer aux autres parties du cours. Dans les deux cas, les listes ciblées ne prennent pas plus que quelques minutes. C'est un moyen efficace pour amener les étudiants à s'engager activement avec le contenu, et offre davantage d'informations que le professeur peut utiliser pour adapter la présentation aux besoins des étudiants » (Université du Minnesota, 2008, cité dans SAEA, 2006).

ANNEXE B – Modèle d'horaire de 3 jours

Bloc 1 – APP (3 h)

7 h à 7 h 15 – Introduction

- Déroulement des journées 1, 2 et 3.
- Devoir ou études entre les journées.
- Approche d'évaluation formative et continue.

7 h 15 à 7 h 45 – Représentation de la tâche : prise en charge et évaluation de la condition clinique préhospitalière

- Faire un dessin au tableau (environ 10 min) de l'affectation à la remise en disponibilité. Sans utiliser de document de référence.
- Doit-être en mesure d'expliquer sa démarche.
- L'instructeur posera des questions ouvertes pour accompagner la réflexion du candidat lors des explications. À ce moment, le candidat pourra utiliser les références au besoin.

7 h 45 à 8 h 45 – Pratique no 1

- Scénario sur l'évaluation clinique d'une situation simple.
- Rétroaction sous le format CDR (contextualisation/décontextualisation/recontextualisation).
- Pratique de technique pure au besoin.

8 h 45 à 9 h – PAUSE

9 h à 9 h 45 – Pratique no 2

- Scénario sur l'évaluation clinique d'une situation.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

9 h 45 à 10 h – Conclusion du bloc 1

Bloc 2 – REA (6 h)

10 h à 10 h 15 – Introduction au bloc 2

- Contenu et déroulement du bloc 2.
- Questions ou précision sur le contenu du bloc 1.

10 h 15 à 11 h 15 – Représentation de la tâche : intervenir auprès des personnes nécessitant des soins de réanimation

- Faire un dessin au tableau (environ 10 min) de l'affectation à la remise en disponibilité. Sans utiliser de document de référence.
- Doit-être en mesure d'expliquer sa démarche.
- L'instructeur posera des questions ouvertes pour accompagner la réflexion du candidat lors des explications. À ce moment, le candidat pourra utiliser les références au besoin.

11 h 15 à 12 h 15 – REPAS

12 h 15 à 13 h Pratique no 1

- Pratique des techniques pures sous forme de drill.
- Minimum de 3 fois consécutives sans erreurs.

13 h à 14 h Pratique no 2

- Scénario sur la prise en charge de soins de réanimation.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de techniques pures au besoin.

14 h à 14 h 15 – PAUSE

14 h 15 à 15 h 15 Pratique no 3

- Scénario sur la prise en charge de soins de réanimation.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de techniques pures au besoin.

15 h 15 à 16 h 15 – Pratique no 4

- Scénario sur la prise en charge de soins de réanimation.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de techniques pures au besoin.

16 h 15 à 16 h 45 – Synthèse en complétant la représentation de la tâche produite au début du bloc

16 h 45 à 17 h – Ménage et conclusion du bloc 2

- Devoir à faire pour le jour 2.

Bloc 3 – MED (9 h)

7 h à 7 h 15 – Introduction

- Contenu et déroulement du bloc 3.
- Questions ou précision sur le contenu des blocs 1 et 2.

7 h 15 à 8 h 15 – Représentation de la tâche : intervenir auprès des personnes nécessitant des soins médicaux

- Faire un dessin au tableau (environ 10 min) de l'affectation à la remise en disponibilité. Sans utiliser de document de référence.
- Doit-être en mesure d'expliquer sa démarche.
- L'instructeur posera des questions ouvertes pour accompagner la réflexion du candidat lors des explications. À ce moment, le candidat pourra utiliser les références au besoin.

8 h 15 à 9 h – Pratique no 1

- Pratique des techniques pures sous forme de drill.
- Minimum de 3 fois consécutives sans erreurs.

9 h à 9 h 15 – PAUSE

9 h 15 à 10 h 15 – Pratique no 2

- Scénario sur la prise en charge de soins médicaux.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

10 h 15 à 11 h 15 – Pratique no 3

- Scénario sur la prise en charge de soins médicaux.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

11 h 15 à 12 h 15 – REPAS

12 h 15 à 13 h 15 – Pratique no 4

- Scénario sur la prise en charge de soins médicaux.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

13 h 15 à 14 h 15 – Pratique no 5

- Scénario sur la prise en charge de soins médicaux.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

14 h 15 à 14 h 30 – PAUSE

14 h 30 à 15 h 30 – Pratique no 6

- Scénario sur la prise en charge de soins médicaux.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

15 h 30 à 16 h 15 – Pratique no 7

- Scénario sur la prise en charge de soins médicaux.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

16 h 15 à 16 h 45 – Synthèse en complétant la représentation de la tâche produite au début du bloc

16 h 45 à 17 h – Conclusion du bloc 3

- Devoir à faire pour le jour 3.

Bloc 4 – TRAU (6 h)

7 h à 7 h 15 – Introduction

- Contenu et déroulement du bloc 4.
- Questions ou précision sur le contenu des blocs 1, 2 et 3.

7 h 15 à 8 h 15 – Représentation de la tâche : intervenir auprès des personnes nécessitant des soins en situation traumatique

- Faire un dessin au tableau (environ 10 min) de l'affectation à la remise en disponibilité. Sans utiliser de document de référence.
- Doit-être en mesure d'expliquer sa démarche.
- L'instructeur posera des questions ouvertes pour accompagner la réflexion du candidat lors des explications. À ce moment, le candidat pourra utiliser les références au besoin.

8 h 15 à 9 h – Pratique no 1

- Pratique des techniques pures sous forme de drill.
- Minimum de 3 fois consécutives sans erreurs.

9 h à 9 h 15 – PAUSE

9 h 15 à 10 h 15 – Pratique no 2

- Scénario sur la prise en charge d'une situation traumatique.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

10 h 15 à 11 h 15 – Pratique no 3

- Scénario sur la prise en charge d'une situation traumatique.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

11 h 15 à 12 h 15 – REPAS

12 h 15 à 13 h 15 – Pratique no 4

- Scénario sur la prise en charge d'une situation traumatique.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

13 h 15 à 13 h 45 – Synthèse en complétant la représentation de la tâche produite au début du bloc

13 h 45 à 14 h – Conclusion du bloc 3

- Devoir à faire pour le jour 3.

14 h à 14 h 15 – PAUSE

Bloc 5 – Événement déclencheur, selon la difficulté ciblée ou erreur critique (3 h)

14 h à 14 h 15 – Introduction

- Contenu et déroulement du bloc 4.
- Questions ou précision sur le contenu des blocs 1, 2, 3 et 4.

14 h 15 à 14 h 45 – Représentation de la tâche : prise en charge d'une situation liée à l'événement déclencheur

- Faire un dessin au tableau (environ 10 min) de l'affectation à la remise en disponibilité. Sans utiliser de document de référence.
- Doit-être en mesure d'expliquer sa démarche.
- L'instructeur posera des questions ouvertes pour accompagner la réflexion du candidat lors des explications. À ce moment, le candidat pourra utiliser les références au besoin.

14 h 45 à 15 h 30 – Pratique no 1

- Scénario d'une situation liée à l'événement déclencheur.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

15 h 30 à 16 h 30 – Pratique no 2

- Scénario d'une situation liée à l'événement déclencheur.
- Rétroaction sous le format CDR.
- Pratique de technique pure au besoin.

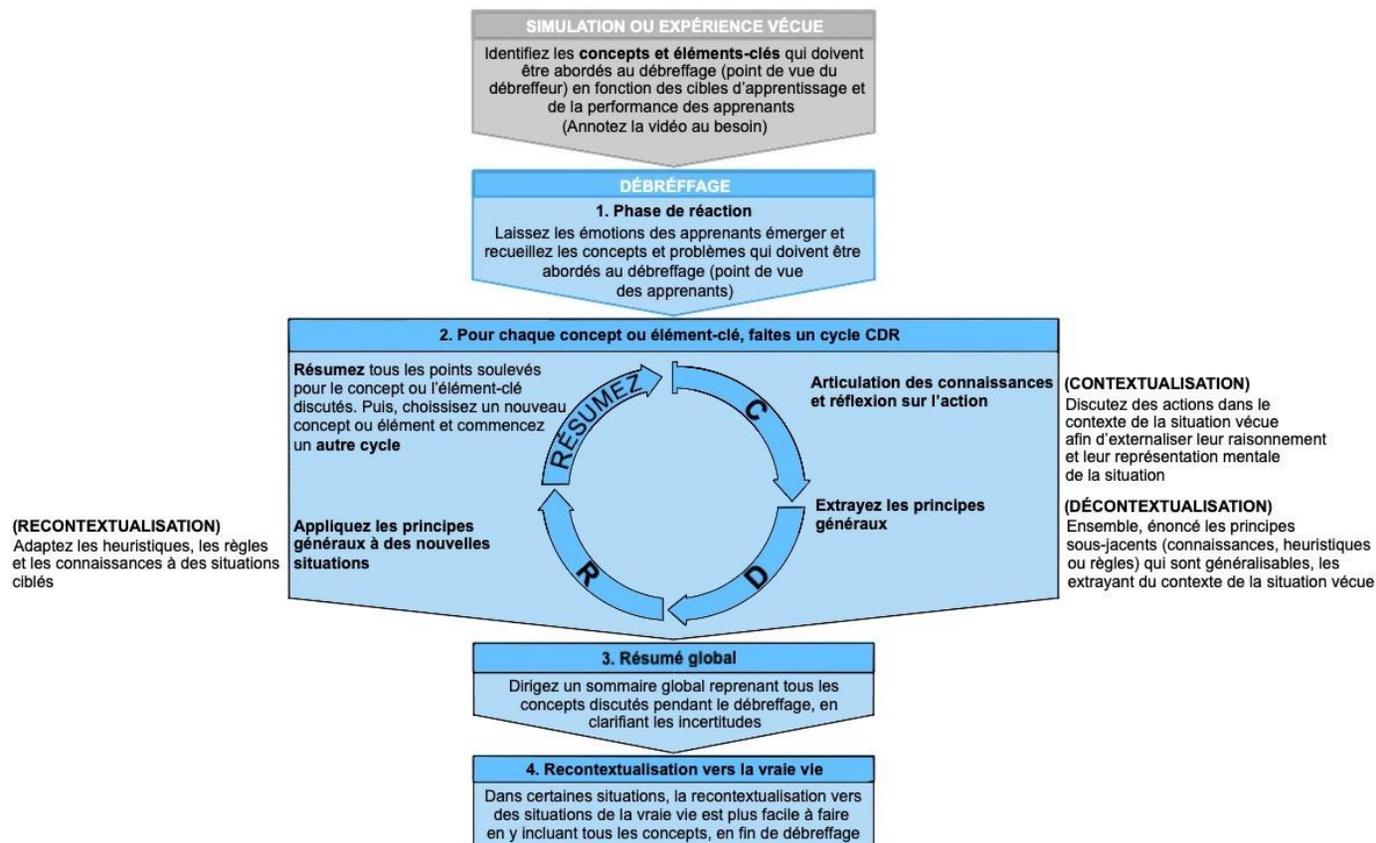
16 h 30 à 16 h 45 – Synthèse en complétant la représentation de la tâche produite au début du bloc

16 h 45 à 17 h – Conclusion du bloc 3

- Suivi du dossier et précision sur les prochaines étapes.

ANNEXE C – Modèle CDR du débriefage

LE MODÈLE CDR DU DÉBRIEFAGE



© MSSS (ACLIP), 2022

Source : Riviere E, Jaffrelot M, Jouquan J, Chiniara G. Debriefing for the transfer of learning : the importance of context. Acad Med 2019; (94);796-803

Traduction : G. Chiniara

ANNEXE D – Les compétences retenues

1. 052H – Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins de réanimation

Conformément à la pratique ambulancière efficiente et à partir de mises en situation, le candidat doit être en mesure d'effectuer de la réanimation cardiorespiratoire selon les normes en vigueur pour toutes les catégories d'âges en situations médicales ou traumatologiques.

Contexte de réalisation :

- Dans un contexte de soins préhospitaliers
- En se référant au cadre légal lié à l'exercice de la profession
- Dans différentes situations de réanimation médicale et traumatique
- Avec tous les types de bénéficiaires
- En équipe ou en collaboration avec d'autres intervenants
- À l'aide des protocoles d'intervention clinique, d'ouvrages de référence et de documents administratifs
- À l'aide de l'équipement de réanimation et de déplacement utilisé en milieu préhospitalier

Éléments de la compétence	Critères de performance
Évaluer la situation	Repérage de tout élément pouvant entraîner des risques pour la santé et la sécurité Prise en considération de l'aspect légal de la situation Collecte des renseignements nécessaires à l'intervention Prise de mesures de protection adaptées à la situation Détermination d'un espace de travail approprié à l'intervention
Préparer le matériel et l'équipement	Choix approprié de l'équipement en fonction de la situation Préparation adéquate de l'équipement
Apprécier la condition clinique de la personne : - Bébé - Enfant - Adulte	Adaptation judicieuse des méthodes d'appréciation de la condition clinique en fonction du contexte Recherche de l'information pertinente auprès de la famille ou des proches Prise en considération des réactions et de l'état de la personne
Prodiguer des soins de réanimation : - Bébé - Enfant - Adulte	Établissement précis des priorités d'intervention et de la séquence de réanimation Application rigoureuse des différentes techniques de réanimation Utilisation appropriée de l'équipement de réanimation Communication efficace avec son partenaire ou les autres intervenants
Évaluer le résultat (ex. : réactions et état de la personne, décision de cesser ou de poursuivre les manœuvres)	Prise en considération des réactions et de l'état de la personne Justesse de la décision de poursuivre ou de cesser les manœuvres de réanimation Soutien physique et psychologique approprié aux parents ou aux proches

Éléments de la compétence	Critères de performance
Évacuer la personne	Utilisation de manœuvres d'évacuation efficaces Application rigoureuse des règles de sécurité, selon la situation Maintien approprié des manœuvres de réanimation durant l'évacuation

Préparation personnelle

La préparation pour la réalisation de cette tâche suggère la consultation des ouvrages sur la réanimation et sur les soins préhospitaliers d'urgence. À titre d'exemples, voici des références pertinentes :

- Fondation des maladies du cœur du Québec. Réanimation cardiorespiratoire, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de support Formation PICTAP, RCR et C – MDSA, dernière mise à jour.

2. 052L – Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins médicaux

Conformément à la pratique ambulancière efficiente et à partir de mises en situation, le candidat doit être en mesure d'appliquer la séquence d'intervention auprès des personnes nécessitant des soins médicaux chez une clientèle adulte et pédiatrique.

Contexte de réalisation :

- Dans un contexte de soins préhospitaliers.
- En situation d'urgence ou de non-urgence.
- En se référant au cadre légal lié à l'exercice de la profession.
- En rapport avec différentes situations nécessitant des soins médicaux tels que : problèmes cardiaques, problèmes respiratoires, problèmes neurologiques, etc.
- Auprès de tous les types de bénéficiaires.
- En équipe ou en collaboration avec d'autres intervenants.
- À l'aide des protocoles d'intervention clinique, d'ouvrages de référence et de documents administratifs.
- À l'aide de l'équipement et du matériel utilisés en milieu préhospitalier.

Éléments de la compétence	Critères de performance
Évaluer la situation	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage de tout élément pouvant entraîner des risques pour la santé et la sécurité • Collecte des renseignements nécessaires à l'intervention • Prise de mesures de protection adaptées à la situation • Détermination d'un espace de travail approprié à l'intervention
Préparer le matériel et l'équipement	<ul style="list-style-type: none"> • Choix approprié de l'équipement et du matériel en fonction de la situation • Préparation adéquate de l'équipement et du matériel
Apprécier la condition clinique de la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation judicieuse d'une méthode d'appréciation de la condition clinique en fonction du contexte • Établissement d'une hypothèse plausible quant au problème médical de la personne • Détermination juste du niveau de stabilité de la personne • Prise en considération des réactions et de l'état de la personne
Prodiguer des soins à la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement précis des priorités de soins • Utilisation appropriée de l'équipement et du matériel • Choix approprié des techniques de soin • Application correcte des différentes techniques de soin • Communication efficace avec son partenaire ou les autres intervenants
Administrer des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Choix approprié des médicaments • Application rigoureuse des protocoles d'administration des médicaments

Éléments de la compétence	Critères de performance
Déplacer la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Application correcte des techniques de déplacement • Positionnement approprié de la personne selon son état
Effectuer la surveillance clinique de la personne durant le transport	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestation constante d'attention et de vigilance • Reconnaissance de tout changement quant à l'état de la personne • Intervention adéquate en vue de stabiliser l'état de la personne
Rendre compte de son intervention par le rapport verbal et écrit	<ul style="list-style-type: none"> • Application rigoureuse des procédures liées : <ul style="list-style-type: none"> ○ À la communication verbale des informations relatives à l'intervention ○ À la rédaction et à la transmission de rapports d'intervention ○ À la production et à la transmission de rapports administratifs

Préparation personnelle

La préparation pour la réalisation de cette tâche suggère la consultation des ouvrages sur l'appréciation clinique et sur les soins préhospitaliers d'urgence. À titre d'exemples, voici des références pertinentes :

- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme d'élargissement des soins primaires : l'approche préhospitalière au patient présentant une douleur d'origine cardiaque probable, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Appréciation de la condition clinique préhospitalière, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Dyspnée sévère, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de support : formation PICTAP, RCR et C-MDSA, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, La prévention et le contrôle des risques infectieux dans les services préhospitaliers, dernière mise à jour.

3. 052P – Intervenir auprès de personnes en situation traumatique

Conformément à la pratique du métier, le candidat doit être en mesure d'appliquer la séquence d'intervention auprès des personnes en situation traumatique chez une clientèle adulte et pédiatrique.

Contexte de réalisation :

- Dans un contexte de soins préhospitaliers.
- En situation d'urgence ou de non-urgence.
- En se référant au cadre légal lié à l'exercice de la profession.
- En rapport avec différentes situations traumatiques telles que : chutes, accidents de véhicules motorisés, accidents sportifs, agressions physiques, etc.
- Auprès de tous les types de bénéficiaires.
- En équipe ou en collaboration avec d'autres intervenants.
- À l'aide des protocoles d'intervention clinique, d'ouvrages de référence et de documents administratifs.
- À l'aide de l'équipement et du matériel utilisés en milieu préhospitalier.

Éléments de la compétence	Critères de performance
Évaluer la situation	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage de tout élément pouvant entraîner des risques pour la santé et la sécurité • Collecte des renseignements nécessaires à l'intervention • Reconstitution des événements en vue de déterminer la nature des traumatismes potentiels • Prise de mesures de protection adaptées à la situation • Détermination d'un espace de travail approprié à l'intervention
Préparer le matériel et l'équipement	<ul style="list-style-type: none"> • Choix approprié de l'équipement et du matériel en fonction de la situation • Préparation adéquate de l'équipement et du matériel
Apprécier la condition clinique de la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation judicieuse d'une méthode d'appréciation de la condition d'une personne traumatisée au regard du contexte • Établissement d'une hypothèse plausible quant au traumatisme de la personne • Détermination juste du niveau de stabilité de la personne • Prise en considération des réactions et de l'état de la personne
Prodiguer des soins à la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement précis des priorités de soins • Utilisation appropriée de l'équipement et du matériel • Choix approprié de la ou des techniques de soin • Application correcte des différentes techniques de soin • Communication efficace avec son partenaire ou les autres intervenants.
Déplacer la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Application précise des techniques de déplacement • Positionnement approprié de la personne selon son état

Éléments de la compétence	Critères de performance
Effectuer la surveillance clinique de la personne durant le transport	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestation constante d'attention et de vigilance • Reconnaissance de tout changement quant à l'état de la personne • Intervention adéquate en vue de stabiliser l'état de la personne
Rendre compte de son intervention par le rapport verbal et écrit	<ul style="list-style-type: none"> • Application rigoureuse des procédures liées : <ul style="list-style-type: none"> ○ À la communication verbale des informations relatives à l'intervention ○ À la rédaction et à la transmission de rapports d'intervention ○ À la production et à la transmission de rapports administratifs

Préparation personnelle

La préparation pour la réalisation de cette tâche suggère la consultation des ouvrages sur l'appréciation clinique et sur les soins préhospitaliers d'urgence. À titre d'exemples, voici des références pertinentes :

- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de support : formation PICTAP, Traumatologie, dernière mise à jour.

4. 052Q – Adopter une conduite professionnelle en accord avec l'éthique de la profession

Conformément à la pratique du métier, le candidat doit être en mesure d'appliquer dans une séquence d'intervention les aspects légaux prévus au protocole d'intervention clinique des techniciens ambulanciers paramédics (PICTAP) en vigueur.

Contexte de réalisation

- En se référant au cadre légal lié à l'exercice de la profession.
- Dans différentes situations d'intervention.
- Avec les patients et leurs proches, ses supérieurs, ses collègues, l'équipe de soins et les autres intervenants.

Éléments de la compétence	Critères de performance
Prendre des décisions basées sur les valeurs et les normes liées à la profession, en se référant au cadre légal (ex. : Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, Charte des droits et libertés de la personne, Code civil du Québec, Code criminel, Code de la sécurité routière)	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision juste, en accord avec les valeurs, les normes et la législation liées à la profession, dans les situations touchant le patient et ses proches • Prise de décision juste, en accord avec les valeurs, les normes et la législation liées à la profession, dans les situations touchant l'équipe de travail et l'équipe interdisciplinaire

Préparation personnelle

La préparation pour la réalisation de cette tâche suggère la consultation des ouvrages sur l'appréciation clinique et sur les soins préhospitaliers d'urgence. À titre d'exemples, voici des références pertinentes :

- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics, dernière mise à jour.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Généralités et concepts médicaux légaux, dernière mise à jour.

ANNEXE E – Répertoire des erreurs critiques

La présente liste constitue les erreurs critiques décidées par la table des DMR. Il s'agit d'un répertoire exhaustif devant être utilisé aux fins de l'évaluation certificative dans un contexte d'obtention ou de maintien des privilèges.

- 1) Administration d'un médicament sans vérification d'allergies.
- 2) Donner un médicament, lorsque non requis ¹⁸.
- 3) Absence ou délai injustifiés d'une action critique à poser :
 - a. Dégagement des voies respiratoires en présence d'une obstruction complète physiologique ou par un corps étranger;
 - b. Assistance ventilatoire ou respiratoire en présence d'une détresse respiratoire (selon la définition des PICTAP);
 - c. Réanimation cardiorespiratoire et défibrillation en présence d'un arrêt cardiaque;
 - d. Hémorragie externe contrôlée avec signes de choc.
- 4) Délai injustifié dans l'administration ou absence d'administration d'un médicament « chronodépendant » :
 - a. Épinéphrine en présence d'une réaction anaphylactique confirmée;
 - b. Salbutamol pour un asthmatique sévère ou détresse respiratoire;
 - c. Nitro en présence d'une dyspnée d'origine cardiaque probable avec hypertension artérielle.
- 5) Arrêt cardiorespiratoire traumatique avec plus d'une analyse sur les lieux en l'absence de rythme cardiaque défibrillable.
- 6) Ventilation par le mauvais conduit du Combitube.
- 7) Absence de signes vitaux à l'appréciation clinique (lorsque spécifiquement observée dans un contexte dont la résultante cause un préjudice immédiat au patient observable et mesurable).
- 8) Maintien de l'axe cérébro-spinal inadéquat (mouvement significatif observable).
- 9) Pas d'ECG 12 dérivations chez un patient présentant une douleur thoracique d'origine cardiaque probable.
- 10) Absence de reconnaissance de l'accident vasculaire cérébral (AVC) (critères cliniques reconnus).
- 11) Polytraumatisé majeur : délai d'intervention injustifié sur la scène en fonction des soins à prodiguer.
- 12) Arrêt des manœuvres non justifiable.
- 13) Pas d'assistance respiratoire/ventilatoire lorsque requise.

¹⁸ Administration sans justification eu égard au contexte ou au portrait clinique du patient.

- 14) Assistance respiratoire et/ou ventilatoire non efficace lorsque requise (Efficacité, soulèvement du thorax et fréquence).
- 15) Technique de réanimation cardiorespiratoire inacceptable.
- 16) Absence d'intubation du patient.
- 17) Évacuation médicale inadéquate pouvant porter un préjudice au patient :
 - a. Faire marcher un patient instable ou potentiellement instable;
 - b. Mauvais choix du centre receveur en fonction de la situation, lorsque cela est explicitement prescrit dans les PICTAP.
- 18) Collier cervical non posé pouvant causer un préjudice au patient.
- 19) Absence d'électrodes de défibrillation en présence d'une indication d'un infarctus du myocarde confirmé à l'ECG 12 dérivations.

ANNEXE F – Formulaire de révision de note PEACTAPSP

Section 1 – Identification du candidat (en lettres moulées)

Nom		Prénom	
Matricule		Courriel	
Téléphone		CISSS/CIUSSS/CUS	

Étapes à suivre :

1. Pour toute demande, vous devez d’abord vous adresser au CAQF responsable de votre CISSS/CIUSSS/CUS d’appartenance dans les cinq jours suivant la réception du résultat.
2. À défaut de pouvoir le faire ou si vous vous estimez toujours lésé, vous devez transmettre par courriel (à l’adresse aclip.spu@msss.gouv.qc.ca) ce formulaire, ainsi que toutes pièces justificatives nécessaires à la révision de note, dans les cinq jours suivants la réception du résultat.
3. La réponse à la demande de révision de note sera disponible dans les cinq jours ouvrables suivant la réception de la demande.

Section 2 – Élément d’évaluation à réviser

Date de l’évaluation		Compétence	
Numéro du cas		Résultat obtenu	
Nom de l’instructeur			

Le candidat doit identifier, de façon précise, les éléments d’évaluation et présenter les arguments en lien avec l’évaluation des compétences qui justifient cette demande.

1. Préciser les éléments d’évaluation visés

2. Présenter les arguments pertinents liés à l'élément ou aux éléments d'évaluation visés

Date : _____ Signature du candidat : _____

Section 3 – À l'usage du CISSS/CIUSSS/CUS

Après la révision, la note finale est :

- Demeure inchangée
- Devient _____

Commentaire du comité de révision de note (ce commentaire sera transmis au candidat)

Signature des trois membres du comité de révision :
(Trois signatures sont nécessaires, dont celle de l'instructeur de l'évaluation concerné.)

Nom du membre du comité	Signature
1.	
2.	
3. Évaluateur concerné	

ANNEXE G – Cahier des scénarios (document complémentaire)

ANNEXE H – Grille synthèse des résultats (document complémentaire)

ANNEXE I – Classification des niveaux de difficulté (document complémentaire)

Références

- Allen, D. et Tanner, K. (2006). Rubrics: Tools for Making Learning Goals and Evaluation Criteria Explicit for Both Teachers and Learners. *CBE – Life Sciences Education*, 5(3), 197-203.
- Allen, T., Brailovsky, C., Rainsberry, P., Lawrence, K., Crichton T., Carpentier, M.-P. et Visser, S. (2011). Defining competency-based evaluation objectives in family medicine. *Canadian Family Physician*, 57(9), e331-e340.
- American Board of Pediatrics. (2017). Teaching, Promoting and Assessing Professionalism Across the Continuum: A Medical Educator's Guide. <https://www.abp.org/professionalism-guide>
- Anderson, C. (2017). Competency-based education and assessments. <http://www.skilledup.com/insights/competency-based-education-assessments>
- Anglia Ruskin University, Practice Assessment Document (PAD), Academic Year 2014-15 (PAD TRI 2/3 Year1).
- Arnold, E. L., Blank, L. L., Race K. E. et Cipparrone, N. (1998). Can professionalism be measured? The development of a scale for use in the medical environment. *Academic Medicine*, 73(10), 1119-1121.
- Aylwin, U. (1994). Petit guide pédagogique. Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Blackall, G. F., Melnick, S. A., Shoop, G. H., George, J., Lerner, S. M., Wilson, P. K., Pees, R. C. et Krehner, M. (2007). Professionalism in medical education: the development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *Medical Teacher*, 29(2-3), e58-e62.
- Blommel, M. L. et Abate, M. A. (2007). A rubric to Assess Critical Literature Evaluation Skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71(4).
- Boateng, B. A., Bass Lanessa, D., Blaszak R. T. et Farrar, H. C. (2009). The development of a competency-based assessment rubric to measure resident milestones. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(1), 45-48.
- Bordage, G., Brailovsky, C., Carretier, H. et Page, G. (1995). Content validation of key features on a national examination of clinical decision-making skills. *Academic Medicine*, 70(4), 276-281.
- Carraccio, C., Englander, R., Van Melle, E., Olle Ten, C., Lockyer, J., Chan, M.-K., Frank, J. R. et Snell, L. S. (2016). Advancing Competency-Based Medical Education: A Charter for Clinician-Educators. *Academic Medicine*, 91(5), 645-649.
- Carraccio, C., Englander, R., Wolfsthal, S., Martin, C. et Ferentz, K. (2004). Educating the pediatrician of the 21st Century: defining and implementing a competency-based system. *Pediatrics*, 113(2), 252-258.
- Chiniara, G., Jaffrelot, M., Jouquan, J. et Rivière, É. (2019). Debriefing for the transfer of learning: A cognitive approach. Dans G. Chiniara (dir.), *Clinical simulation: Education, Operations and Engineering* (2e éd.). Academic Press.
- Curran, V., Casimiro, L., Banfield, V., Hall, P., Lackie, K., Simmons, B., Tremblay, M., Wagner, S. J. et Oandasan, I. (2009). Research for interprofessional competency-based evaluation (RICE). *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 297-300.

- Decker, S., Fey, M., Sideras, S., Caballero, S., Rockstraw, L. (Rocky), Boese, T., Franklin, A. E., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C. R., Meakim, C. et Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard VI: The Debriefing Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6S), S26-S29.
- Dragan, I., (2009). Assessing competency in Evidence Based Practice: strengths and limitations of current tools in practice. *BMC Medical Education*, 9, 53.
- Dreyfus, S. E. et Dreyfus, H. L. (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Operations Research Center.
- Epstein, R. M. et Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2), 226-235.
- Evans, R., McGovern, R., Birch, J. et Newbury-Birch, D. (2013). Which extended paramedic skills are making an impact in emergency care and can be related to the UK paramedic system? A systematic review of the literature. *Emergency Medicine Journal*, 31(7), 594-603.
- Fanning, R. M. et Gaba, D. M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare*, 2(2), 115-125.
- Frank, J. R. (2005). The CanMEDS 2005 physician competency framework. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- General Medical Council. (2009). Tomorrow's doctors: Outcomes and Standards for undergraduate medical education.
- Government of Canada. (2017). Behavioural Competencies – The NRC Management Competency Dictionary. http://www.nrc-cnrc.gc.ca/eng/careers/behavioural_competencies/mg_dictionary.html
- GOYER, P. (2004). Mise à jour LEFEBVRE, J. et ASSELIN, R (2008). Observation et analyse des interactions en classe et en atelier : Cours FPT2520 observation et analyse des interactions en classe et en atelier. Document d'accompagnement. Montréal : Université du Québec à Montréal
- Herbers Jr, J. E., Noel, G. L., Cooper, G. S., Harvey, J., Pangaro, L. N. et Weaver, M. J. (1989). How accurate are faculty evaluations of clinical competence? *Journal of General Internal Medicine*, 4(3), 202-208.
- Holmboe, E. S., Sherbino, J., Long Donlin, M., Swing, S. R. et Frank, J. R. (2010). The role of assessment in competency-based medical education. *Medical Teacher*, 32(8), 676-682.
- ICBME Collaborators, « Core Principles of Assessment in Competency-Based Medical Education » (PowerPoint) Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Isaacson, J. J. et Stacy, A. S. (2009). Rubrics for clinical evaluation: objectifying the subjective experience. *Nurse Education in Practice*, 9(2), 134-140.
- Jafrelot, M., Boet, S., Di Cioccio, A., Michinov, E. et Chiniara, G. (2013). Simulation et gestion de crise. *Réanimation*, 22(6), 569-576.
- Jouquan, J. (2002). L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie médicale*, 3(1), 38-52. <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2002006>
- Killen, R. (2003). Validity in outcomes-based assessment. *Perspectives in Education*, 21(1).
- Kornegay, J. G., Kraut, A., Manthey, D., Omoron, R., Caretta-Weyer, H., Kuhn, G., Martin, S. et Yarris, L. M. (2017). Feedback in Medical Education: A Critical Appraisal. *AEM Education and Training*, 1(2), 98-109.

- Licari, F. W., Knight, G. W. et Guenzel, P. J. (2008). Designing evaluation forms to facilitate student learning. *Journal of Dental Education*, 72(1), 48-58.
- Lurie, S. J., Mooney, C. J. et Lyness, J. M. (2009). Measurement of the general competencies of the accreditation council for graduate medical education: A systematic review. *Academic Medicine*, 84(3), 301-309.
- Moni, R. W. et Moni, K. B. (2008). Student perceptions and use of an assessment rubric for a group concept map in physiology. *Advances in Physiology Education*, 32(1), 47-54.
- Morrison, L., Cassidy, L., Welsford, M. et Chan, T. M. (2017). Clinical performance feedback to paramedics: What they receive and what they need. *AEM Education and Training*, 1(2), 87-97.
- Norman, G., Bordage, G., Page, G. et Keane, D. (2006). How specific is case specificity? *Medical Education*, 40(7), 618-623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02511.x>
- O'Brien, C. E., Franks, A. M. et Stowe, C. D. (2008). Multiple rubric-based assessments of student case presentations. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(3), article 58.
- Page, G., Bordage, G. et Allen, T. (1995). Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills. *Academic Medicine*, 70(3), 194-201.
- Page, G. et Bordage, G. (1995). The Medical Council of Canada's key features project: a more valid written examination of clinical decision-making skills. *Academic Medicine*, 70(2), 104-110.
- Papanagnou, D. (2017). Telesimulation: A paradigm shift for simulation education. *AEM Education and Training*, 1(2), 137-139.
- Pelaccia, T. et Jaffrelot, M. (2019). Motivational dynamics in simulation training. Dans G. Chiniara (dir.), *Clinical simulation: Education, Operations and Simulation* (2e éd., p. 940). Academic Press.
- Pulito, A. R., Donnelly, M. B., Plymale, M. et Mentzer Jr, R. M. (2006). What do faculty observe of medical students' clinical performance? *Teaching and Learning in Medicine*, 18(2), 99-104.
- Reynolds, A. L. et Chris, S. (2008). Improving practice through outcomes based planning and assessment: A counseling center case study. *Journal of College Student Development*, 49(4), 374-387.
- Epstein, R. M. (2007). *Assesment in Medical Education*. <http://www.oakland.edu/Assets/Oakland/medicine/files-and-documents/ceme/Resources/Assessment%20in%20Medical%20Education.pdf>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B. et Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assesement: Closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1010-1016.
- Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., Robinson, D. W. et Upshaw, C. (2008). Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 34(9), 518-527.
- Scallon, G. (2009). L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. De Boeck.
- Schostak, J., Davis, M., Hanson, J., Schostak, J., Brown, T., Driscoll, P., Starke, I. et Jenkins, N. (2010). The effectiveness of continuing professional development – Final report. *Medical Teacher*, 32(7), 586-592.

- Service d'appui à l'enseignement et à l'apprentissage. (2016). Concevoir un cours hybride : un programme intégré en quatre parties. Université d'Ottawa.
https://saea.uottawa.ca/site/outils/process_FR/documents/strategies-enseignement.pdf
- Siegel, B. S. et Greenberg, L. W. (2000). Effective evaluation of residency education: How do we know it when we See It? *Pediatrics*, 105(4), 964-965.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, W. D., Hanley, J. A., Norcini, J., Girard, N., Grand'Maison, P. et Brailovsky, C. (2002). Association between licensure examination scores and practice in primary care. *JAMA*, 288, 3019-3026
- Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Logiques.
- Tardif, J., Fortier, G. et Préfontaine, C. (2006). L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Chenelière Éducation.
- Tardif, J. et Presseau, A. (1998). Quelques contributions de la recherche pour favoriser le transfert des apprentissages. *Vie pédagogique*, (108), 39-44.
- Tavares, W. et Boet, S. (2016). On the assessment of paramedic competence: A narrative review with practice implications. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(1), 64-73.
- Taylor, D. R., Park, Y. S., Egan, R., Chan M.-K., Karpinski, J., Touchie, C., Snell L. S. et Tekian, A. (2017). EQual, a Novel Rubric to Evaluate Entrustable Professional Activities for Quality and Structure. *Association of American Medical Colleges*, 92(11), S110-S117.
- U. S. Department of Education. (2017). Competency-Based Learning or Personalized Learning.
<https://www.ed.gov/oii-news/competency-based-learning-or-personalized-learning>
- Van Der Vleuten, C. P. (1996). The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education*, 1, 41-67, 41-67.
- Van Der Vleuten, C. P., Schuwirth, L. W., Scheele, F., Driessen, E. W. et Hodges, B. (2010). The assessment of professional competence: Building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(6), 703-719.
- Yarris, L. M., Juve, A. M., Coates, W. C., Fisher, J., Heitz, C., Shayne, P. et Farrell, S. E. (2015). Critical appraisal of emergency medicine education research: The best publications of 2014. *Academic Emergency Medicine*, 22(11), 1327-1336.



22-929-03-W