

Formation médicale postgraduée basée sur les compétences, Entrustable Professional Activities (EPA) et guide de l'ISFM pour l'intégration dans les programmes de formation postgraduée

Prise de position de l'ISFM

(remplace la prise de position de l'ISFM sur les EPA de 2018 et le guide d'intégration de 2019)

Executive Summary

Ce document est une introduction à la formation médicale basée sur les compétences (CBME) et à sa mise en œuvre sous la forme d'*Entrustable Professional Activities* (EPA). Il définit la position de l'ISFM et pose les bases en vue de l'intégration des EPA dans les programmes de formation postgraduée. Les EPA représentent une nouvelle manière d'observer et d'évaluer les compétences médicales en mesurant l'autonomie atteinte dans l'exécution d'une activité.

La prise de position aborde le référentiel CanMEDS, la notion d'EPA, leur évaluation et leur documentation, ainsi que la manière de les mettre en œuvre en Suisse.

Le document est divisé en plusieurs parties :

1. Formation médicale postgraduée basée sur les compétences
2. Entrustable Professional Activities (EPA)
3. Guide pour l'intégration des EPA en Suisse
4. Intégration des EPA dans les programmes de formation postgraduée

L'introduction des EPA dans la formation postgraduée est un processus dynamique, actuellement en phase de test dans plusieurs hôpitaux pilotes (projet « Common EPAs »).

1. Formation médicale postgraduée basée sur les compétences

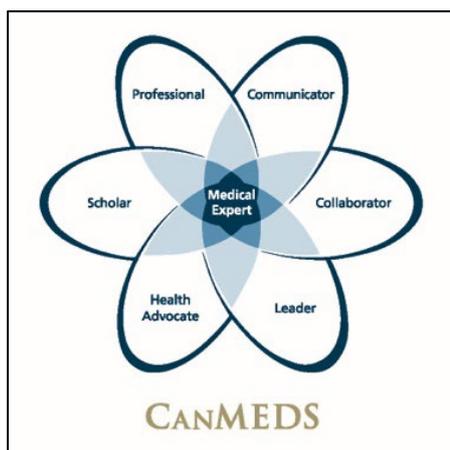
La formation postgraduée a pour but de transmettre les compétences nécessaires à l'exercice d'une activité médicale autonome dans une discipline donnée (art. 2 de la Réglementation pour la formation postgraduée). Chaque société de discipline médicale définit les compétences requises dans son programme de formation postgraduée.

Tout système de formation médicale postgraduée moderne repose sur des compétences qui doivent être maîtrisées au terme de la formation. Dans la formation médicale basée sur les compétences (*Competency-based medical education*, CBME), les exigences ne sont plus définies en termes de listes d'objectifs de formation distincts et de nombre minimum d'interventions à effectuer, mais d'activités à part entière, devant être réalisées de manière autonome dans le quotidien clinique. Ces activités doivent être observables et évaluables, afin de permettre un retour d'information concret et constructif en vue d'un développement des compétences, dans le but de fournir des soins sûrs et adaptés aux patients. Aussi bien dans la formation prégraduée que postgraduée, la CBME est considérée aujourd'hui à l'échelle internationale comme le meilleur moyen d'assurer une prise en charge adéquate

des patients [1,2]. Elle permet aussi de garantir une continuité entre la formation prégraduée, postgraduée et continue.

Le référentiel canadien CanMEDS (« CanMEDS Physician Competency Framework ») s'est établi dans le monde entier comme base pour la conception de la formation médicale axée sur les compétences [1]. En Suisse, les programmes de formation postgraduée et le catalogue national des objectifs d'apprentissage pour les études de médecine reposent depuis de nombreuses années déjà sur le modèle CanMEDS. La révision du référentiel CanMEDS de 2015 intègre désormais aussi des aspects de l'apprentissage tout au long de la vie (« Continuous Professional Development », « Transition to retirement ») ainsi que des principes généraux concernant le système de santé, dont la sécurité des patients, la place centrale des patients et l'interprofessionnalité.

1.1 Modèle des rôles CanMEDS



Le modèle résume les compétences des médecins en sept rôles [1,3] et formule en détail les compétences nécessaires pour chacun d'eux. Comme l'illustre la figure 1, le rôle de l'**expert médical** (*Medical Expert*) est central, tout en étant indissociable des six autres rôles. Ce n'est qu'en intégrant tous les rôles (qui se recoupent) que l'on atteint la pleine compétence médicale. Par conséquent, chacun de ces rôles doit être explicitement intégré dans les programmes de formation postgraduée. Pour les médecins en charge de la formation, les différents rôles CanMEDS sont intuitifs et ont toujours fait implicitement partie de la formation postgraduée, comme le montre une étude réalisée dans le sud de l'Allemagne [4]. L'annexe A contient une description détaillée des rôles CanMEDS.

Fig. 1 : Modèle des rôles CanMEDS (version 2015)

<https://www.royalcollege.ca/fr/canmeds/canmeds-framework.html>

2 Entrustable Professional Activities (EPA)

Dans le quotidien clinique, les différents rôles CanMEDS ne sont pas toujours clairement délimités, car ils sont inclus de manière variable dans les différentes activités professionnelles. C'est pourquoi il est souvent plus pratique et plus judicieux de partir de situations de travail concrètes (« Professional Activities »), et plus exactement de tâches clairement délimitées, pouvant être confiées à des personnes qui devront les réaliser de manière autonome. C'est cette notion de confiance qui est à la base des « Entrustable Professional Activities » (activités « fiables ») [5,6].

Une EPA est une *activité médicale observable qui regroupe des connaissances, des aptitudes et des attitudes* (pour une définition détaillée, cf. points 3.1 et 3.2). Chaque EPA repose aussi sur les compétences CanMEDS, à des degrés divers. On mesure donc la compétence par le degré d'autonomie (future) : « De combien de supervision un-e médecin en formation aura besoin demain dans une situation similaire ? » Dès que la personne a obtenu un nombre suffisant d'évaluations positives (*assessments*), la compétence requise est réputée atteinte et l'EPA peut lui être confiée pour exécution autonome. Des EPA représentatives (p. ex. « diriger une visite ») peuvent être définies pour les différents stades de la formation prégraduée et postgraduée. Elles constituent une base valide d'observation, d'évaluation et de feed-back dans le quotidien clinique [7]. Les EPA ne remplacent pas tous les objectifs de formation existants, mais uniquement ceux qui peuvent être définis comme des processus de travail observables.

Dans différents pays (p. ex. au Canada ou aux Pays-Bas), tant les études de médecine que les programmes de formation postgraduée ont été structurés au moyen d'EPA [1,8]. En Suisse, le catalogue actuel des objectifs d'apprentissage pour les études de médecine (PROFILES) contient neuf EPA qui doivent pouvoir être réalisées de manière autonome à la fin des études (niveau 4, « *distant supervision* ») [2], en plus des rôles CanMEDS.

2.1 EPA et évaluation des médecins en formation postgraduée

Les progrès des médecins en formation peuvent notamment être mesurés à l'aide d'une échelle de supervision [9] qui distingue généralement cinq niveaux d'autonomie :

Niveaux d'autonomie (Level of Supervision)	
Niveau 1	Ne peut qu'observer (<i>is only allowed to observe</i>)
Niveau 2	Peut travailler sous supervision directe : la personne en charge de la supervision est présente dans la pièce (is allowed to act under direct supervision [<i>proactive, close supervision, supervisor in the room</i>])
Niveau 3	Peut travailler sous supervision indirecte : la personne en charge de la supervision est disponible en quelques minutes si une aide est sollicitée (is allowed to act under indirect supervision [<i>reactive, on-demand supervision, trainee has to ask for help, supervisor readily available within seconds or minutes</i>])
Niveau 4	Peut travailler sous supervision distante : la personne en charge de la supervision est disponible en 30 minutes (is allowed to act under distant supervision [<i>reactive supervision but supervisor only available within 20-30min or on the phone or post-hoc</i>])
Niveau 5	Peut superviser les autres (<i>is allowed to supervise others</i>)

À partir du niveau 4, on peut dire que l'on « confie » (*entrust*) une tâche [5]. Selon ce système, la réussite de la formation postgraduée ou continue n'est plus définie par une durée ou un nombre d'interventions précis, mais par le moment où le degré d'autonomie requis est atteint pour toutes les EPA de la discipline. Pour cela, un nombre défini d'évaluations est nécessaire, dont la quantité et le type (format et contenu) peuvent varier d'une EPA à l'autre. L'idée de base du système EPA est d'acquérir progressivement plus d'autonomie [6,7]. Un exemple est présenté dans l'annexe B.

L'évaluation doit inclure l'observation directe comme c'est déjà le cas actuellement pour les Mini-CEX et les DOPS (toujours avec un feedback). Il existe également toute une palette d'autres possibilités d'évaluation, dont les discussions de cas sur les traitements futurs (« Case-Based Discussions »), les briefings et débriefings, l'évaluation des résultats de traitement, des dossiers, des rapports de sortie ou des expertises [5]. En outre, des évaluations plus structurées, par exemple sous la forme de simulations (y compris *Objective Structured Clinical Examination*, OSCE) et d'exams de connaissances, sont indiquées pour pouvoir prendre des décisions reflétant le mieux possible la réalité [9]. Pour évaluer l'attitude au travail (« attitudes ») sur une période plus longue, le feedback dit multisource (appelé aussi « feedback à 360° » ou « Multisource Feedback ») est particulièrement indiqué. La figure 3 donne un aperçu des sources de décisions possibles. Chaque évaluation doit également servir à faire progresser l'apprentissage grâce au feedback.

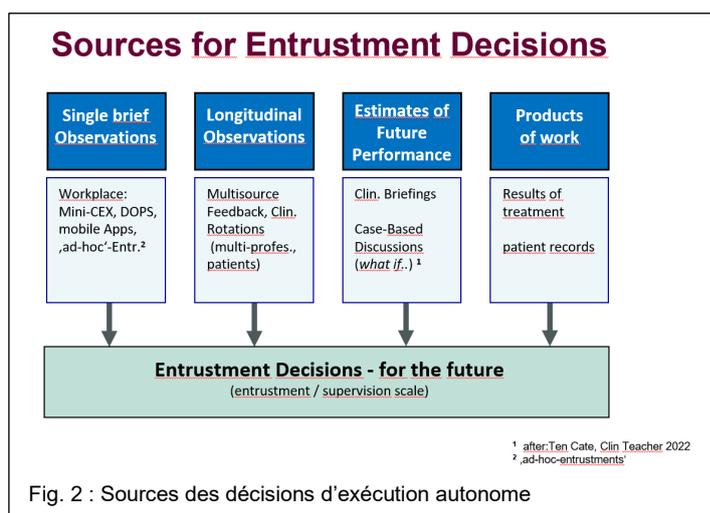


Fig. 2 : Sources des décisions d'exécution autonome

2.2 Documentation des évaluations

Le but est de consigner les différentes évaluations dans un outil simple et si possible électronique (basé sur le web). Idéalement, l'outil utilisé intégrera l'auto-évaluation des médecins en formation et l'évaluation des personnes chargées de la supervision ; il définira et documentera également l'entretien de feedback ainsi que les objectifs de formation concrets. Le processus d'évaluation et les outils permettant de décider si une tâche peut être confiée (en vue de son exécution autonome) doivent être décrits de manière claire et transparente tant pour les formatrices et formateurs que pour les médecins en formation [1,7].

2.3 Nombre d'évaluations nécessaires

Pour chaque EPA, les différentes évaluations devraient être réalisées par des superviseuses et superviseurs aussi différents que possible, dans des contextes aussi variés que possible (symptômes principaux, settings, etc.) et aussi souvent que possible, afin d'obtenir une image globale et de pouvoir ainsi, d'une part, soutenir l'apprentissage de manière optimale et, d'autre part, prendre des décisions fondées. Les EPA globales (p. ex. la prise en charge en urgence d'un-e patient-e en pédiatrie) nécessitent un plus grand nombre d'évaluations que les EPA plus ciblées (p. ex. la pose d'un cathéter veineux central). Les décisions sommatives (p. ex. aptitude au service de nuit ou à l'examen de spécialiste) doivent être prises par un comité composé de plusieurs personnes (appelé comité de compétence clinique [CCC], composé p. ex. des chef-fe-s de clinique). Le nombre minimum d'évaluations nécessaires pour qu'un CCC puisse prendre une décision (sommative) fiable (p. ex. aptitude au service de nuit ou à l'examen de spécialiste) est sujet à changement en raison de l'évolution rapide de la science. Dans notre document sur l'évaluation (« Suggestions for assessment using EPAs », publié en mai 2024 sur le site internet de l'ISFM), nous indiquons à chaque fois l'état actuel de ces directives.

3 Guide pour l'intégration des EPA en Suisse

Afin de garantir un développement aussi uniforme et coordonné que possible des programmes de formation postgraduée basés sur les EPA, l'ISFM a élaboré un modèle décrivant la structure et le contenu d'une EPA, ainsi que des critères pour la décision d'exécution autonome et le processus d'intégration. Ce guide vise à accompagner les sociétés de discipline médicale dans le développement de leurs programmes. L'uniformisation des structures est particulièrement importante pour les disciplines qui partagent des EPA, à l'instar des « Common Trunks ».

3.1 Définition, structure et contenu d'une EPA

Une EPA est une unité de travail qui peut être progressivement confiée à un-e médecin en formation une fois les compétences nécessaires acquises. Voici quelques caractéristiques [10] :

- L'unité de travail se déroule dans un environnement/contexte défini.
- Elle requiert une attitude, des connaissances et des aptitudes adéquates et définies.
- Elle est indépendante d'autre unité de travail et limitée dans le temps (elle a un début et une fin).
- Le processus et le résultat (outcome) peuvent être observés et évalués.
- Elle reflète une ou plusieurs compétences concrètes.
- Elle peut être confiée de manière ciblée sous forme d'un ensemble de compétences (tous les objectifs de formation ne peuvent pas être définis, enseignés et évalués sous la forme d'une EPA).

3.2 Modèle pour la création d'une EPA

Ce modèle vise à garantir l'uniformité et la transposabilité des EPA entre les disciplines et doit donc être obligatoirement utilisé (pour la version complète, cf. annexe B).

1. **Titre** (désignation succincte de l'activité dans le contexte médical)
2. **Description** (spécification et délimitation de l'activité, contexte clinique)
3. **Risques éventuels** en cas d'erreurs (complications typiques, lien avec la sécurité des patients)
4. **Domaines de compétences essentiels** (selon CanMEDS, max. n = 4)
5. **Connaissances, aptitudes et attitudes** (compétences attendues pour confier l'activité)
6. **Évaluation** (informations nécessaires pour mesurer les progrès et motiver une évaluation globale [*summative entrustment decision*], nombre et type d'observations)
7. **Moment attendu** au cours de la formation postgraduée, lors duquel un niveau de supervision défini (p. ex. « *distant supervision* ») doit généralement être atteint)
8. **Durée de validité** éventuelle d'une EPA (peut également être de durée illimitée)
9. (facultatif) Liens avec des **EPA apparentées** (p. ex. EPA préparatoires, EPA fondées sur ces EPA, EPA similaires/identiques dans d'autres disciplines [p. ex. « réanimation avancée »])

4 Intégration dans les programmes de formation postgraduée

- L'ISFM encourage vivement les sociétés de discipline médicale à développer de manière proactive des EPA pour couvrir le plus largement possible leur domaine d'activité. Les EPA sont en effet appelées à devenir la norme dans les cursus de formation postgraduée au cours des prochaines années.
- Afin de les accompagner, l'ISFM a créé un groupe de travail (Commission EPA) chargé de transmettre des informations, d'apporter un conseil méthodologique et de répondre aux questions et problèmes qui apparaissent en cours de route. Il a également pour tâche de valider les EPA avant leur intégration formelle dans les programmes de formation postgraduée.
- Cette intégration formelle ne peut avoir lieu que lorsque les EPA ont été définies de manière contraignante conformément au modèle de l'ISFM et validées par la Commission EPA.
- Dans chaque établissement de formation postgraduée, un-e médecin cadre devrait avoir suivi une formation didactique afin de garantir la formation nécessaire des cadres et des médecins en formation postgraduée au sein du service.
- Les dispositions transitoires pour l'obtention des titres de spécialiste devront également être clairement réglementées, en particulier la procédure à suivre pour les personnes qui ont accompli une partie de leur formation postgraduée à l'étranger.

Le présent guide et d'autres publications sont disponibles sur le site internet de l'ISFM à la rubrique Projets : <https://siwf.ch/fr/projets/cbme/epa.cfm>.

Bibliographie

- [1] CanMEDS 2015 Framework: <https://www.royalcollege.ca/fr/canmeds/canmeds-framework.html>. Accessed: 19.02.23.
- [2] PROFILES. Available from: <https://www.profilesmed.ch/> (retrieved May 29, 2024)
- [3] Albermann K, Frick S, Grünig P, Meienberg A. Suis-je un bon médecin? *Bull Med Suisses*. 2022;103:238-241.
- [4] Jilg S, Möltner A, Berberat P, Fischer MR, Breckwoldt J. How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships? *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32:Doc33.
- [5] Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39:1176-7.
- [6] Frick S. EPAs, milestones, competences. Was brauchen wir davon? *Bull Med Suisses*. 2019;100:260-3.
- [7] Breckwoldt J, Beckers SK, Breuer G, Marty A. Entrustable professional activities. Zukunftsweisendes Konzept für die Weiterbildung. *Anästhesist* 2018;67:452-57.
- [8] Smit MP, de Hoog M, Brackel HJL, Ten Cate O, Gemke RJJ. A National Process to Enhance the Validity of Entrustment Decisions for Dutch Pediatric Residents. *J Grad Med Educ*. 2019;11:158-164.
- [9] Marty A, Brodmann Maeder M, Huwendiek S. L'image n'apparaîtra clairement qu'avec suffisamment de pixels. L'évaluation programmatique et la formation médicale postgraduée basée sur les compétences. *Bull Med Suisses*. 2022; 103:1073-75.
- [10] Ten Cate O, Schwartz A, Chen HC. Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment-supervision scales. *Acad Med*. 2020;95:1662-1669.
- [11] Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43:1106-14.

Berne, mars 2024

Annexe A

Version abrégée des rôles CanMEDS

1. Medical Expert (Expert médical)

Description du rôle :

L'expert médical est l'intégration des rôles de communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel (cf. figure 1).

Les spécialistes disposent pour leur activité professionnelle de compétences spécifiques pour soigner leurs patients de façon appropriée.

Les spécialistes traitent leurs patients dans les limites de leur spécialité, de leurs compétences personnelles et de l'institution dans laquelle ils sont actifs. Ils respectent le droit à l'autodétermination de leurs patients et tiennent compte de leur entourage.

Ils agissent en fonction de l'état actuel des connaissances et respectent les principes généraux d'éthique et d'économie reconnus.

Compétences : les spécialistes sont capables...

- ... de promouvoir la santé des patients et de la communauté.
- ... de conseiller, d'accompagner et de prendre en charge les patients en collaboration avec les membres d'autres professions, tout en respectant dûment leur droit à l'autodétermination.
- ... de procéder à une anamnèse concise.
- ... de pratiquer un examen (« examen clinique »).
- ... d'interpréter les informations obtenues lors de l'anamnèse et de l'examen clinique, d'établir sur cette base une hypothèse de travail et un diagnostic différentiel, d'élaborer un plan sur les mesures à mettre en œuvre et d'utiliser les observations du suivi médical.
- ... d'effectuer les examens et traitements complémentaires habituels dans la spécialité et de faire appliquer d'autres mesures ne relevant pas de leur compétence.
- ... de prendre en charge de façon appropriée et sur une longue période les patients atteints de maladies chroniques, incurables, progressives ou très avancées.
- ... d'effectuer toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques en tenant compte d'un rapport coûts/utilité raisonnable et de garantir la sécurité des patients, en appliquant les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.
- ... de conserver et de protéger les informations médicales de manière appropriée.
- ... d'acquérir, de maintenir et d'élargir leurs compétences médicales.

2. Communicator (Communicateur)

Description du rôle :

Les spécialistes gèrent efficacement et conformément à la situation les relations avec les patients, les familles, les personnes de référence et les autres professionnels prenant part au traitement. Ils fondent leurs décisions et la transmission des informations sur une compréhension et une confiance mutuelles.

Compétences : les spécialistes sont capables...

- ... de bâtir des relations de confiance avec les patients, leurs familles et les autres proches.
- ... de renoncer à satisfaire leurs propres intérêts, en particulier de renoncer à toute forme de contact sexuel avec les patientes et les patients qui se confient à eux.

- ... d'obtenir de la part des patients et des personnes concernées de leur entourage les informations importantes, de les traiter et de communiquer les éléments de connaissance acquis en tenant compte de la personne et de la situation.
- ... de communiquer de manière compréhensible pour la personne les risques et les avantages des mesures diagnostiques et thérapeutiques et d'obtenir un consentement éclairé.
- ... de prendre avec les représentants compétents des décisions diagnostiques et thérapeutiques concernant des patients incapables de discernement ou incapables d'agir.
- ... de documenter les informations obtenues d'une consultation / visite spécialisée et de les transmettre en temps voulu.
- ... de faire preuve d'empathie en communiquant de mauvaises nouvelles et de rapporter de manière responsable les complications et les fautes.

3. Collaborator (Collaborateur)

Description du rôle :

Les spécialistes collaborent dans une relation partenariale avec les patients, leurs familles, les personnes de référence et les autres participants au traitement issus des groupes professionnels les plus divers. Ils prennent dès lors en considération leurs compétences et leurs opinions. Les spécialistes travaillent souvent dans plusieurs équipes et à différents endroits.

Compétences : les spécialistes sont capables...

- ... de collaborer avec d'autres spécialistes et des experts d'autres groupes professionnels, même s'ils appartiennent à des cultures différentes.
- ... de reconnaître des divergences d'intérêts, d'accepter d'autres opinions et d'éviter et de résoudre tout conflit dans le cadre de la collaboration.

4. Leader

Description du rôle :

Les spécialistes s'intègrent dans les structures existantes et tentent de les optimiser. Ils s'exercent à leurs tâches de gestion dans leurs fonctions respectives. Ils fixent des priorités et décident avec discernement comment utiliser les ressources limitées dans le domaine de la santé.

Compétences : les spécialistes sont capables...

- ... de gérer leur activité professionnelle avec succès et d'assumer les tâches de gestion correspondant à leur position professionnelle.
- ... de trouver un équilibre entre leur activité professionnelle et leurs activités privées.
- ... de mettre à profit avec efficacité les moyens limités du domaine de la santé dans le meilleur intérêt des patients, tout en tenant compte de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économie.
- ... d'évaluer et d'utiliser les informations importantes pour la prise en charge des patients.
- ... d'assurer et d'améliorer la qualité de prise en charge et la sécurité des patients.

5. Health Advocate (Promoteur de la santé)

Description du rôle :

Les spécialistes peuvent promouvoir la santé de patients, de groupes de patients et de la population. Ils peuvent aider les patients à s'orienter dans le système de santé et à recevoir des soins appropriés en temps opportun.

Compétences : les spécialistes sont capables...

... de décrire les facteurs d'influence déterminants sur la santé d'un individu et d'une collectivité et de contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé.

... de reconnaître des problèmes de santé et de prendre les mesures nécessaires.

6. Scholar (Érudit)

Description du rôle :

Au cours de leur activité professionnelle, les spécialistes s'efforcent de maîtriser les connaissances importantes de leur spécialité et de suivre et de promouvoir leur développement.

Compétences : les spécialistes sont capables...

... de suivre en permanence une formation continue axée sur leur activité professionnelle.

... d'évaluer l'information médicale spécialisée et ses sources et d'en tenir compte dans leurs décisions.

7. Professional (Professionnel)

Description du rôle :

Les spécialistes s'engagent pour la santé et le bien-être des patients qui leur sont confiés et de la société dans son ensemble en exerçant selon les normes médicales actuelles et les codes de conduite pour une attitude professionnelle éthique, tout en étant responsables envers la profession et la société et en veillant à l'exercice libéral de la profession et au maintien de leur propre santé.

Compétences : les spécialistes sont capables...

... de traiter les questions de santé sous tous leurs aspects.

... Leur travail requiert la maîtrise de l'art, de la science et de l'exercice de la médecine.

... Leur intégrité professionnelle est un élément fondamental pour ce rôle.

... Le rôle du « professionnel » reflète les attentes actuelles de la société envers la profession, y compris les compétences cliniques, le devoir de formation continue, la promotion de l'intérêt public, le respect des normes éthiques, et des valeurs telles que l'intégrité, l'honnêteté, l'altruisme, l'humilité, le respect de la diversité et la transparence quant aux éventuels conflits d'intérêts.

... Les spécialistes doivent veiller à leur propre santé et au bien-être de leurs collègues.

... Le professionnalisme est à la base du contrat social implicite entre la société et la profession médicale sur lequel repose le privilège de l'exercice libéral de la profession, à condition de faire preuve de responsabilité envers les patients, la société, la profession et soi-même.

Annexe B

SIWF/ISFM Template for a full EPA (May 2024) [see also: 11]

1. Title	<p>The 'Title' just reflects clinical work or activity to be done in health care (not stated as skill or ability). Concise and informative (readily understood). Avoid adjectives that describe skill or competence. As short as possible, as long as needed (try to limit to 10 words). Ideally, the title contains a verb. Ask yourself: can a resident be entrusted with this activity in daily practice?</p>
2. Description (Specifications and limitations)	<p>Describes and specifies what is included in the activity and what is not as well as the context. Try to make a bulleted or numbered list of components chronologically.</p> <p>Possible structure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting: e.g., Out-patient setting, emergency, ward • Timeframe: define the start and end of the activity • Including: Limit the description to the activity. • Excluding: Are there any limitations regarding complexity or setting applicable when the learner will be formally entrusted (certified) with this EPA? Are there elements that belong to another/related EPA?
3. Potential risks in case of failure	<p>List relevant complications and adverse events if done improperly. Think of harm to patients, undue costs or wasted resources, psychological damage to the learner, the team or hospital, etc. (Limit list to some likely events, i.e. 2-5)</p>
4. Most relevant Competency Domains (CanMEDS)	<p>Try to limit to the 2-4 CanMEDS roles that seem most relevant for this EPA: Medical Expert / Communicator / Collaborator / Leader / Health Advocate / Scholar / Professional</p>
5. Knowledge, Skills, Attitude	<p>Which knowledge, skills, attitudes are expected before a trainee can be trusted to carry out is EPA? This information will guide trainees and supervisors. Ideally use verbs like the following for the description: "explores", "shows", "demonstrates", "explains", "presents", "communicates", "summarizes", etc.</p> <p>Knowledge: Skills: Attitudes:</p> <p>Make sure that you address also aspects from the CanMEDs roles you indicated above as central to the activity (4. Most relevant competency domains)</p>

6. Evaluation: Basis for progress	<ul style="list-style-type: none"> • What information should be used to determine learning progress and ground a summative entrustment decision (e.g., <i>single brief direct observations, longitudinal observations (e.g. multisource feedback), entrustment (case-)based discussions, products of work (e.g. patient documentation), simulations, or others sources</i>)? (for details see: “Suggestions for assessment using EPAs in residency training (pilot phase)” on the SIWF/ISFM homepage) • Is there a number of procedures or other experience that must be completed?
7. Stage of training when an Entrustment-/ Supervision Level of ‘unsupervised practice’ is expected	<p>When are trainees expected to reach which level of entrustment or supervision for this EPA? This is an important part in the context of the subject of individualized training length. It gives trainers and residents a clear guideline. Might as well be subject to variance regarding the institution.</p>
8. Expiration date	<p>Optional: If the EPA involves major risks, competence should be maintained. How long a period of non-practice should lead to expiration?</p>
9. Connections to other EPAs	<p>Optional: Could this be a ‘Shared’ EPA with other specialties, or is there potential overlap? Does this EPA build on any other EPA (e.g., Common Trunk, or Junior EPAs) – or lead to a more complex one?</p>
1. Title	<p>The ‘Title’ just reflects clinical work or activity to be done in health care (not stated as skill or ability). Concise and informative (readily understood). Avoid adjectives that describe skill or competence. As short as possible, as long as needed (try to limit to 10 words). Ideally, the title contains a verb. Ask yourself: can a resident be entrusted with this activity in daily practice?</p>
2. Description (Specifications and limitations)	<p>Describes and specifies what is included in the activity and what is not as well as the context. Try to make a bulleted or numbered list of components chronologically.</p> <p>Possible structure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting: e.g., Out-patient setting, emergency, ward • Timeframe: from ... to ... • Including: Limit the description to the activity. • Excluding: Are there any limitations regarding complexity or setting applicable when the learner will be formally entrusted (certified) with this EPA? Are there elements that belong to another/related EPA? •
3. Potential risks in case of failure	<p>List relevant complications and adverse events if done improperly. Think of harm to patients, undue costs or wasted resources, psychological damage to the learner, the team or hospital, etc. (Limit list to some likely events, i.e. 2-5)</p>

4. Most relevant Competency Domains (CanMEDS)	Try to limit to the 2-4 CanMEDS roles that seem most relevant for this EPA: Medical Expert / Communicator / Collaborator / Leader / Health Advocate / Scholar / Professional
5. Knowledge, Skills, Attitude	Which knowledge, skills, attitudes are expected before a trainee can be trusted to carry out is EPA? This information will guide trainees and supervisors. Knowledge: Skills: Attitudes:
6. Evaluation: Basis for progress	- What information should be used to determine learning progress and ground a summative entrustment decision (e.g., <i>single brief direct observations, longitudinal observations (e.g. multisource feedback), entrustment (case-)based discussions, products of work (e.g. patient documentation), simulations, or others sources</i>)? For details see: ‘Suggestions for assessment using EPAs in residency training (pilot phase)’ on the SIWF/ISFM homepage) - Is there a number of procedures or other experience that must be completed?
7. Stage of training when an Entrustment-/ Supervision Level of ‘unsupervised practice’ is expected	When are trainees expected to reach which level of entrustment or supervision for this EPA? This is an important part in the context of the subject of individualized training length. It gives trainers and residents a clear guideline. Might as well be subject to variance regarding the institution. However, at minimum, the expected level at the end of specialty training should be stated.
8. Expiration date	Optional: If the EPA involves major risks, competence should be maintained. How long a period of non-practice should lead to expiration?
9. Connections to other EPAs	Optional: Could this be a ‘Shared’ EPA with other specialties, or is there potential overlap? Does this EPA build on any other EPA (e.g., Common Trunk, or Junior EPAs) – or lead to a more complex one?

EPA-Commission Mai. 2024