

Compte rendu

*Atelier destiné aux utilisateurs de données
Analyse de la base de données nationale sur les DIM*

*Le 6 mars 2007
8 h 30 à 15 h 30
Hôtel Clarion, salle Manitoba, Winnipeg (Manitoba)*

Le Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER) travaille actuellement à l'élaboration la Base de données sur les diplômés internationaux en médecine (DIM). Cette initiative est l'une des six recommandations du Groupe de travail canadien sur l'accréditation des médecins formés à l'étranger. La base de données consiste en une série de variables qui trace les grandes lignes des voies vers l'obtention du permis d'exercice pour les DIM. Les variables peuvent être classées dans trois catégories : examen/évaluation, formation/éducation et octroi de permis d'exercice. Au cours de l'élaboration de la base de données, nous aimerions recevoir des commentaires de la part des utilisateurs de données potentiels.

Nous avons invité des représentants des autorités sanitaires, des chercheurs et des responsables de la planification des ressources humaines à un atelier qui aura lieu au début mars 2007.

Les objectifs sont :

- Décrire l'objet, la méthode et les sources de données de CAPER;
- Examiner les variables élaborées en consultation avec les organismes de réglementation, les programmes d'évaluation, les facultés de médecine, le CMFC, le CRMCC et le CMC et la façon dont ces variables peuvent répondre à vos questions;
- Possibilité d'élaborer et de présenter des propositions de recherche en utilisant des données sur les DIM par petits groupes aux représentants des autorités sanitaires, chercheurs et responsables de la planification des ressources humaines.

Le présent compte rendu résume les exposés et les discussions de l'atelier. La première partie décrit les présentations donnant un aperçu de la recherche concernant l'AFMC et contient une description de l'objet, de la méthode et des sources de données de CAPER ainsi qu'un examen des variables utilisées dans la rédaction des propositions de recherche. La seconde partie présente deux ensembles de propositions de recherche élaborées par des autorités sanitaires, des chercheurs et des responsables de la planification des ressources humaines. L'annexe résume les propositions afin de diriger les activités de recherche sur la base de données sur les DIM des neuf groupes de l'atelier.

Sont présents

NOM	TITRE	ORGANISME	LIEU
D ^{re} Cathi Bradbury	Directeur médical, Services médicaux	Department of Health and Community Services	St. John's, T.-N.-L.
James Ayles	Coordonnateur – Health Workforce Information and Analysis	Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick	Fredericton, N.-B.
Beverly MacLean-Alley	Gestionnaire, Physician Human Resource Management	Ministry of Health, Colombie-Britannique	Victoria, C.-B.
Genevieve MacMillan	Directrice, Physician Relations and Compensation	Vancouver Coastal Health Authority	Vancouver, C.-B.
Lance Benson	Analyste des politiques - Medical Administration	Prince Albert Parkland Health Region	Saskatoon, Sask.
Helga Loechel	Chef exécutive, PSDE	Santé Canada	Ottawa, Ont.
Lynda Buske	Directrice, Workforce Research	Association médicale canadienne	Ottawa, Ont.
Karen Levesque	Directrice, Medical Affairs	Saskatoon Health Region	Saskatoon, Sask.
Rhys Davies	Conseiller	Alberta Health and Wellness	Edmonton, Alb.
Shirley Watson-Poole	Gestionnaire, Physician Resource Primary Care Manager	South West Health	Yarmouth, N.-É.
Xina Chrapko	Planificatrice régionale, Physician Preceptorship Programs	Capital Health	Edmonton, Alb.
Caroline Abrahams	Conseillère en planification, RHS	Université de Toronto	Toronto, Ont.
Hussein Lalani	Gestionnaire, HHR Forecasting and Modelling Unit	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Toronto, Ont.
Patty Brady	Reconnaissance des titres de compétences étrangers/Travailleurs étrangers et immigrants	RHDCC	Ottawa, Ont.

D ^r Nick Busing	PDG	AFMC	Ottawa, Ont.
D ^r Chris Burnett	Directeur médical, Services médicaux	Santé Manitoba	Niverville, Man.
Randa Palfy	Coordonnatrice de la recherche	Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, Regina General Hospital	Regina, Sask.
Terry O'Brien	Administrateur, Services médicaux	Eastern Regional Integrated Health Authority	St. John's, T.-N.-L.
Annette Dacquay	Adjointe exécutive	Office régional de la santé du Centre du Manitoba	Notre-Dame-de-Lourdes, Man.
D ^r Raheem Kherani		ACMR	Ottawa, Ont.
D ^{re} Odette Albert	Responsable du recrutement	Régie régionale de la santé Beauséjour	Moncton, N.-B.
Hélène Sergerie	Conseillère à la gestion des études	Faculté de Médecine, Université Laval	Laval, Qué.
John Martin	Administrateur	Community Hospital O'Leary	Charlottetown, Î.-P.-E.
Johanne Irwin	Gestionnaire, Medical Services, Medical Programs Division	Department of Health, Î.-P.-E.	Charlottetown, Î.-P.-E.
Jenn Sager Haldy	Agente des ressources humaines – Recrutement et maintien	Office régional de la santé du Centre du Manitoba	Morden ou Southport, Man.
Michelle Goulbourne	Planificateur	Hamilton Niagara Haldimand Brant Health Integration Network	Toronto, Ont.
D ^r Mahmood Naqvi	Directeur médical	Cape Breton District Health Authority	Sydney, N.-S.
D ^r Kam Rungta	Bureau du vice-doyen aux études supérieures	Université of British Columbia	Vancouver, C.-B.
D ^r Jurie Botha	Vice-président des services médicaux	Burntwood Regional Health Authority	Thompson, Man.

Jerry Ross	Directeur - Physician Resource Coordination Office	Santé Manitoba	Winnipeg, Man.
D ^r John Baumber		Faculté de médecine, Université de Calgary	Calgary, Alb.
D ^r Jerry Maniate	Ancien président	ACMR	Toronto, Ont.
Anshoo Kamal	Analyste de la planification, HHR Forecasting and Modelling Unit	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Toronto, Ont.
Anna Cain	Physician Planning Unit	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Toronto, Ont.
Erin Griffiths	Adjointe administrative	Administration des services de santé et des services sociaux de Hay River	Hay River, T.N.-O.
Daniela Robu	Gestionnaire, Medical Staff Office et Calgary Clinical Assistants Program	Calgary Health Region	Calgary, Alb.
Steve Slade	Vice-président de la recherche de CAPER/ORIS	AFMC	Ottawa, Ont.
Rita Forte	Directrice de projet pour la base de données sur les DIM	CAPER	Ottawa, Ont.
Les Forward	Gestionnaire de la base de données	CAPER	Ottawa, Ont.
Dal Brodhead	Partenaire et PDG	Le Groupe Éconov Développement	Ottawa, Ont.

Présentations

Le D^r Nick Busing est le PDG de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Il souhaite la bienvenue aux participants à l'atelier. Il donne un aperçu de l'orientation stratégique de l'AFMC et des questions relatives aux DIM, comme la pratique, la formation, la possibilité pour les Canadiens d'étudier à l'étranger et l'autonomie du rapatriement et du recrutement de médecins.

Introduction

- Le Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER) fait partie de l'AFMC et le projet de base de données sur les DIM est géré par le truchement de CAPER.
- L'AFMC représente 17 écoles de médecine importantes et plusieurs campus de médecine répartis et rattachés aux facultés principales (p. ex., l'Université de la Colombie-Britannique a trois campus et en ouvrira bientôt un quatrième).
- Le nombre d'étudiants de premier cycle dépasse actuellement 2000 et s'approche de 2500 par an, et environ 8600 étudiants s'inscrivent en médecine.
- Les programmes de formation postdoctorale sont offerts tant aux diplômés en médecine canadiens qu'étrangers.
- On atteint la communauté grâce aux facultés à temps plein et à temps partiel, ainsi qu'au nombre croissant de facultés à temps partiel et milieux de formation qui sont créés.
- Des étudiants à la maîtrise et au doctorat sont inscrits dans toutes les facultés. La plupart des chercheurs en santé viennent des programmes d'études supérieures des facultés de médecine.

Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques de l'AFMC comprennent l'innovation éducative, la défense des droits, les questions relatives à la main-d'œuvre et la recherche. Sa mission éducative comprend également l'accréditation des écoles de médecine et la Conférence de 2006 sur l'éducation médicale.

L'AFMC représente les doyens des écoles de médecine et essaie de convaincre les décideurs et les bailleurs de fonds à répondre aux besoins en recherche des facultés. En ce qui concerne la main-d'œuvre, il existe plus de 2000 postes de débutants pour les étudiants en médecine canadiens. Certains ont indiqué que ce nombre devrait être plus

élevé. La recherche par le financement et la viabilité des écoles de médecine est importante pour l'AFMC.

Grâce à l'AFMC, les écoles de médecine canadiennes sont accréditées par le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC). Le Liaison Committee on Medical Education (LCME) est l'équivalent américain. En Amérique du Nord, l'accréditation des écoles de médecine se fait conjointement. Le Comité d'agrément pour l'éducation médicale continue (CAÉMC) accrédite les programmes d'éducation continue des 17 facultés de médecine.

La Conférence annuelle sur l'éducation médicale, laquelle aura lieu à Victoria cette année, est devenue une conférence publique qui a commencé à comprendre des représentants du gouvernement et des personnes qui ne pratiquent pas la médecine. Il s'agit d'une rencontre de partenariat avec les organismes du secteur de l'éducation, comme le Collège royal, le Collège des médecins de famille du Canada, le Conseil médical du Canada et l'Association canadienne pour l'éducation médicale.

Recherche

On met de plus en plus l'accent sur la recherche. Il existe cinq types d'activités qui indiquent la direction de l'organisme : la promotion de la recherche, un comité d'engagement des hôpitaux universitaires, le Forum des promoteurs et Avantage Canada.

Certaines universités du pays sont très actives dans le domaine de la recherche (l'Université de Montréal, l'Université de Toronto et l'Université de la Colombie-Britannique, entre autres) et des chefs de file de ces établissements ont été réunis afin de collaborer à la promotion de la recherche dans le domaine de la santé. Un comité visant l'engagement des hôpitaux universitaires combine les points de vue des facultés et des hôpitaux universitaires.

Le Comité sur l'intégrité de la recherche au Canada (CIRC) est un processus actif visant à examiner les activités de recherche éliminées du Bureau de l'expert scientifique en chef du Canada et de Santé Canada. On a exprimé certaines préoccupations sur le fait qu'il n'y ait pas eu d'opinion unificatrice sur la façon de traiter les problèmes d'intégrité de la recherche à l'échelle nationale. En outre, le Forum des promoteurs est un groupe d'experts qui essaient d'élaborer des normes en matière de recherche avec des patients (p. ex., le traitement du patient, les questions de confidentialité, la relation appropriée).

La mise à jour financière et économique annoncée en novembre dernier par le gouvernement fédéral comprenait un document d'information intitulé Avantage Canada. Elle vise à présenter un avantage dans certains secteurs du pays. L'AFMC a étudié les avantages pour le secteur de la santé et une demande a été soumise au gouvernement sur ce qui devrait être le point central de sa perspective dans le domaine de la santé. L'accent devrait être mis sur le financement pérenne à long terme, le besoin de médecins et le financement de recherches ouvertes.

- Des chercheurs admissibles, 16 p. 100 ont réussi à obtenir du financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), bien que, traditionnellement, les chiffres se situent à environ 25 p. 100. Le nombre de scientifiques compétents a augmenté, l'infrastructure s'est agrandie en matière de laboratoires et de bâtiments et il n'y a pas de subventions disponibles pour permettre à ces personnes d'effectuer des recherches.
- Il est nécessaire de convaincre les médecins de devenir cliniciens-chercheurs et de combiner leur carrière de scientifique avec celle en médecine clinique.
- Il semble que l'accent soit mis sur la recherche, laquelle est ciblée et précise et apporte un résultat particulier. Le milieu de l'enseignement est d'avis qu'il doit exister un équilibre entre la recherche ouverte et la recherche ciblée.
- Le financement provient des IRSC et de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) pour les facultés de médecine. Des 700 millions de dollars en financement des IRSC, 540 millions sont distribués aux facultés de médecine.

DIM

Par définition, un DIM est une personne qui a suivi sa formation médicale à l'extérieur de l'Amérique du Nord, selon le processus conjoint d'accréditation entre le Canada et les États-Unis. Cela s'applique aux Canadiens qui vont suivre une formation à l'étranger. Les domaines d'intérêt comprennent les statistiques nationales sur les DIM qui pratiquent, ceux qui sont en formation, ceux qui veulent être formés au Canada et les Canadiens qui étudient à l'étranger.

- En Saskatchewan, plus de 50 p. 100 des praticiens sont des DIM. À Terre-Neuve-et-Labrador, environ 40 p. 100 des praticiens sont des DIM. La moyenne à l'échelle nationale est actuellement de 23 p. 100.
- En ce qui concerne le secteur de la médecine familiale par rapport au secteur des spécialistes et le lieu de pratique, à certains endroits, 50 p. 100 des praticiens sont des DIM (p. ex., dans les territoires). Dans les plus grandes communautés urbaines, de 20 à 25 p. 100 des praticiens en médecine familiale et des spécialistes sont des DIM.
- Les tendances en ce qui concerne le nombre de DIM praticiens au cours des huit dernières années affichent un taux d'augmentation du nombre de DIM dans le secteur de la médecine familiale plus important que celui au sein des groupes des médecins, des chirurgiens et des médecins en laboratoire. Le taux d'augmentation en médecine familiale est constant.

- En 1996 et 1997, 4 p. 100 des inscriptions aux écoles de médecine étaient des DIM, tandis qu'ils étaient 15 p. 100 en 2004 et 2005, et 13 p. 100 en 2005 et 2006. Le pourcentage a triplé pour les inscriptions en première année.
- En ce qui concerne le cohortes sortantes, 15 p. 100 étaient des DIM en 2005. Ce nombre avait déjà été atteint en 1996 et 1997 et a diminué de façon significative après une restriction sur l'accès à la formation pour les diplômés en médecine étrangers.
- Il y a cinq ans, 23 p. 100 des DIM faisaient partie du système de formation au niveau supérieur. Il y en a actuellement près de 30 p. 100. Par conséquent, 1 étudiant en médecine de niveau supérieur sur 3 était un DIM en 2005-2006.
- Des 3150 DIM, 1000 (34 p. 100) sont des citoyens canadiens ou des résidents permanents. Environ 2000 (66 p. 100) ont un visa. On s'attend à ce que les détenteurs de visa retournent dans leur pays d'origine. Le groupe des détenteurs de visa est composé d'internes et de boursiers.. En ce qui concerne les boursiers, il est possible que certains partent et que d'autres restent.

DIM qui veulent suivre une formation au Canada

Environ 1900 DIM ont présenté une demande au Canadian Resident Matching Service (CaRMS) (service canadien de jumelage des résidents). Des 1900 qui ont passé le Test TOEFL, 22 p. 100 ne se sont pas qualifiés. En se basant sur une note de passage modeste de 400 points à l'EECMC, 70 p. 100 des DIM qui ont présenté une demande de jumelage n'ont pas obtenu la note de passage. Pour ce qui est des critères de plus en plus adoptés par les DIM pour s'améliorer, en se basant sur une note de passage de 450, 54 p. 100 des DIM qui ont présenté une demande de jumelage n'ont pas obtenu cette note. Les diplômés canadiens en médecine passent également ce test et plus de 90 p. 100 d'entre eux obtiennent la note de passage de 450.

Lorsqu'on combine le nombre total de DIM qui ont présenté une demande de jumelage avec le nombre de DIM qui ont passé le Test TOEFL, le nombre de ceux qui ont passé l'EECMC, et le nombre de ceux qui ont passé l'EACMC partie I, 14 p. 100, ou 288 sur 1900 ont répondu aux critères.

Canadiens qui étudient à l'étranger

242 Canadiens étudient à l'étranger dans le jumelage de 2007. La plupart dans des écoles des Caraïbes et sont de récents diplômés. Si vous faites passer l'EECMC à ce groupe, 64 p. 100 des 242 étudiants n'obtiennent pas la note de passage de 400. Bien que la moitié d'entre eux n'ait pas réussi l'EACMC partie I, 31 p. 100 n'ont pas obtenu la note de passage de 450. Des 242 étudiants, 26 p. 100 ont obtenu les notes de passage pour l'EECMC et l'EACMC partie I.

Comment expliquer cet écart? Le groupe n'est pas homogène. Il y a quelques échelons entre le nombre d'étudiants ayant suivi une formation dans un autre pays et ceux qui auraient les compétences nécessaires pour entrer dans le système canadien.

Questions touchant les DIM

Ces questions comprennent l'autonomie, le rapatriement, le recrutement chez les ethnies ainsi qu'un accès équitable à la formation au niveau supérieur.

- Tous les médecins canadiens ne seront pas formés dans les écoles de médecine du Canada. Les DIM ont grandement contribué et le feront encore. Les politiques sur l'immigration amèneront les DIM au Canada. Il est nécessaire d'avoir un environnement autonome et il devrait y avoir plus de formation, mais cela doit s'équilibrer par une communauté de diplômés en médecine étrangers.
- Il y a des centaines de médecins formés au Canada qui pratiquent à l'étranger, principalement aux États-Unis, que bon nombre de districts voudraient rapatrier.
- Il devrait y avoir un débat sur la façon dont le recrutement s'effectue.
- Le service de jumelage CaRMS a été rendu accessible aux DIM cette année.

M. Steve Slade est vice-président (recherche) de CAPER/ORI au sein de l'AFMC. Il a fourni une description du mandat et des sources de données de CAPER. Cela comprend également le contexte dans lequel la base de données sur les DIM est élaborée.

CAPER est fondé sur un partenariat à long terme avec l'AFMC, l'Association canadienne des médecins résidents, l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, le Conseil médical du Canada, Santé Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces organismes se sont réunis afin de soutenir CAPER dans la collecte d'information sur les médecins en formation. Ce soutien est apporté sous forme de fonds et de conseils en matière de recherche. Puisque CAPER existe depuis des dizaines d'années, il est naturel d'y intégrer la base de données sur les DIM, qui incite de nouveaux organismes à se servir de notre système pour observer le flot de DIM.

Mandat

Le mandat comprend quatre volets et évolue au fur et à mesure que CAPER grandit au rythme des changements dans l'effectif des médecins et dans la base de données nationale sur les DIM. On se concentre sur la formation au niveau supérieur et nous voyons plus loin que cela. Notre objectif principal est de fournir des données précises et opportunes sur la taille, la nature et la distribution des programmes de formation post-M.D. dans les écoles de médecine canadiennes. Cela signifie tenir des statistiques complètes sur le nombre et les types de médecins en formation au Canada (p. ex., début et fin de la formation au niveau supérieur). Ces renseignements sont recueillis grâce à des rapports annuels et des requêtes de données.

Un autre volet de notre mandat est d'offrir de l'aide aux écoles de médecine, aux organismes médicaux nationaux, aux gouvernements et aux chercheurs en ce qui concerne la formation au niveau supérieur. Les bases de données CAPER et de l'AFMC sur les étudiants de premier cycle donnent un aperçu du nombre de médecins au pays. Cela nécessite de définir des normes au moyen d'un système de classification des stagiaires en formation au niveau supérieur (p. ex., les spécialisations). Ce processus est effectué conjointement avec le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada. Il existe également une classification des écoles de médecine internationales.

Le quatrième volet du mandat est de fournir une base de recherche en utilisant des études longitudinales traitant des questions relatives aux soins de santé au Canada. Ce volet est lié à l'examen de la base de données nationale sur les DIM en ce qui concerne les programmes d'évaluation, les organismes d'accréditation et les organismes médicaux nationaux.

On met l'accent sur la collecte de données, la qualité des données et la préparation de rapports sous forme de tableaux, mais les renseignements recueillis touchent une plus

grande variété de thèmes de RHS. Certaines sections de la base de données qui sont en place ou en cours d'élaboration sont la formation médicale répartie (p. ex., CaRMS s'occupe du jumelage dans 60 programmes de médecine familiale qui touchent la formation des DIM, les régions rurales), les diplômés internationaux en médecine, les étudiants détenteurs d'un visa, généralisation par rapport à spécialisation (p. ex., sous-spécialisation), durée de la formation (p. ex., le retrait de l'internat par rotation, ajoutant ainsi une année à la formation en médecine familiale), la réadmission à la formation (p. ex., un système de formation flexible pour répondre aux besoins des médecins au fur et à mesure qu'ils développent de nouvelles habiletés), les médecins en trop et les pénuries de médecins (p. ex., aperçu de la cohorte de finissants selon le nombre d'inscriptions), la démographie des effectifs en termes de médecins (âge, sexe), et la conservation et la migration. Grâce à un partenariat avec l'Association médicale canadienne, des lieux de pratique sont fournis à 2, à 5 et à 10 années.

Sources de données

- les bureaux de formation au niveau supérieur de 16 facultés de médecine et la future école de médecine du Nord de l'Ontario;
- l'Association médicale canadienne;
- les listes des écoles de médecine publiées par la Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER) (fait également partie de la qualité des données).

Les futures sources de données pourraient comprendre :

- des sites répartis;
- les diplômés des écoles de médecine du Canada qui font une demande de visa J-1 afin de suivre une formation aux États-Unis.

Éléments de données à mesurer

La base de données CAPER est une base de données de renommée pour les étudiants qui suivent une formation de niveau supérieur. Un identificateur unique est créé afin de suivre les étudiants de leur première à leur dernière année de formation. Chaque année, les données sont recueillies sur le domaine de formation, les écoles de médecine, la date de naissance, le sexe, le statut juridique (citoyens canadiens, résidents permanents, étudiants détenteurs d'un visa), le pays d'obtention du diplôme en médecine, l'année de l'obtention, la source de financement (p.ex. gouvernement international ou provincial), la date de début et de fin du contrat et le rang.

Rita Forte est la directrice de projet pour la base de données sur les DIM de CAPER. Mme Forte a fourni un bref aperçu de la base de données sur les DIM, des fournisseurs de données et des variables.

Bref aperçu

La base de données sur les DIM est l'une des six recommandations du Groupe de travail canadien sur l'accréditation des médecins formés à l'étranger (février 2004). Le Groupe de travail a été créé par le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines (CCPSSRH). Le Groupe de travail recommande l'élaboration d'une base de données nationale visant à suivre tous les DIM, du moment où ils entrent dans le système (à partir de 2005) jusqu'à ce qu'ils aient dix ans de pratique. La base de données consiste en variables qui présentent les voies d'octroi de permis d'exercer aux DIM (nombre de médecins selon le couplage des données). Des consultations avec les fournisseurs de données ont eu lieu afin d'établir la liste de variables.

Fournisseurs de données

Les fournisseurs de données sont le Conseil médical du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, les autorités chargées de délivrer les permis d'exercer provinciaux et territoriaux, les programmes provinciaux d'évaluation des DIM et les facultés de médecine.

Les politiques relatives à la confidentialité des renseignements ont été rédigées à CAPER. De plus, il existe des politiques sur la sécurité des données où les données sont distinctes de leurs identificateurs. Des tables de données et des rapports, qui seront cumulés, sont produits à partir des dossiers individuels. Les études conjointes et le suivi à long terme sont également possibles.

Variables

Les variables sont divisées en trois catégories : examen et évaluation, formation et éducation, et octroi de permis d'exercice. Voici une liste des variables :

Liste des variables

- Pays de naissance
- Pays de citoyenneté (1)
- Pays de citoyenneté (2)

- Date de naissance
- Sexe

- Nom de l'université ayant décerné le diplôme en médecine
- Pays où se trouve l'université ayant décerné le diplôme en médecine
- Année de délivrance du diplôme en médecine

- Exemption à l'EECMC (oui ou non)
- Réussite de l'EECMC (MM/AAAA)
- Réussite de l'EACMC partie I (MM/AAAA)
- Réussite de l'EACMC partie II (MM/AAAA)

- Mois et année du début de l'évaluation du CMFC
- Domaine de certification – CMFC
- Année de délivrance de la certification – CMFC
- Compétences avancées liées au domaine – CMFC
- Mois/année de délivrance des compétences avancées – CMFC
- Admissible à la pratique ou à la résidence

- Domaine de spécialisation
- Date du début de l'évaluation – CRMCC
- Pertinence par rapport au processus de la FOMC
- Domaine de spécialisation de l'examen du CRMCC
- Date de l'examen du CRMCC
- Domaine de certification – CRMCC
- Date de délivrance de la certification – CRMCC

- Pays de formation post-M.D.
- Domaine de formation à l'extérieur du Canada
- Nombre d'années de formation post-M.D. à l'extérieur du Canada
- Domaine de certification – autre pays
- Année de délivrance de la certification – autre pays

- Faculté de médecine offrant la formation post-M.D.
- Domaine de la formation post-M.D.
- Rang (année de résidence)
- Source du financement de la formation post-M.D. (fonds ministériels habituels, autres fonds provinciaux dédiés à la formation des DIM, etc.)

- Domaine de spécialisation évalué
- Province ou territoire de résidence ou de référence
- Processus d'évaluation – Examen écrit (oui ou non)
- Processus d'évaluation – Examen des habiletés techniques (oui ou non)
- Processus d'évaluation – Entrevue personnelle (oui ou non)

- Processus d'évaluation – Orientation (oui ou non)
- Processus d'évaluation – Examen du dossier (oui ou non)
- Processus d'évaluation – Examens écrits supplémentaires (oui ou non)
- Processus d'évaluation – Programme de formation à domicile (oui ou non)
- Processus d'évaluation – Journal de FMC (oui ou non)
- Date de fin de l'évaluation (AAAAMM)
- Processus d'évaluation – Formation (oui ou non)
- Date de fin de la formation (AAAAMM)
- Processus d'évaluation – Mentorat (oui ou non)
- Date de fin du mentorat (AAAAMM)
- Résultats – Prêt pour la pratique
- Résultats – Stage hospitalier
- Résultats – Résidence
- Résultats – Autre

- Domaine de certification du CMQ
- Année de délivrance de la certification du CMQ

- Type de permis d'exercice au moment de la production du rapport de l'année en cours

- Domaine de pratique pour l'année en cours (médecine familiale ou spécialisation)
- Lieu de pratique pour l'année en cours (municipalité, code postal)

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

Les objectifs de la rencontre sont d'obtenir des commentaires, de permettre aux participants de donner des idées de recherche, et, en général, d'échanger des idées. L'ordre du jour comprend un mélange de suggestions et de résultats apportant des idées qui déterminent le travail en cours et ajoutent au programme de recherche. Cette section trace les grandes lignes des propositions de recherche à l'aide des variables de la base de données des DIM créées lors de discussions en petits groupes.

Présentation du groupe 1

1. En ce qui concerne le recrutement et la conservation des médecins, déterminer si les résultats de la pratique sont touchés par le type de spécialisation ou la pratique de formation que les DIM choisissent d'exercer ainsi que l'endroit (milieu urbain ou rural).
2. Comparer le succès des DIM en se basant sur la source de la formation en médecine, le type de spécialisation, la langue et l'endroit. Ce processus comprend la comparaison entre les États-Unis, le Commonwealth et les pays qui ne font pas partie du Commonwealth et les autres pays.
3. Avant d'entrer au Canada, comparer les types de pratique avec ce que les DIM font une fois au Canada et lorsqu'ils ont terminé leur formation. Il y a des personnes qui suivent une formation de spécialisation à d'autres endroits, exercent ailleurs pour ensuite venir au Canada et accèdent à d'autres domaines de pratique parce qu'il existe de la formation dans ces domaines. Cela implique de déterminer s'il y a similitude entre ce que les DIM faisaient avant d'entrer au Canada et leurs activités présentes.

Présentation du groupe 2

1. Mesurer le temps écoulé entre l'ECCMC et le début de l'exercice de la pratique sur une base longitudinale. À quoi ressemble le parcours? Combien de temps s'est-il écoulé? À quels endroits les gens sont-ils sortis du système ou y sont-ils restés?
2. La voie vers l'obtention d'un permis d'exercice du point de vue d'un organisme de réglementation en termes de compétition entre les provinces. Est-ce que les DIM ont tendance à se rendre là où les possibilités d'évaluation sont plus grandes ou lorsque la voie vers l'obtention d'un permis d'exercice est perçue comme étant plus rapide ou plus facile?

Présentation du groupe 3

1. Les résultats du processus d'évaluation diffèrent-ils lorsque les DIM sont évalués dans plus d'une région du Canada?

2. La relation entre le lieu où le DIM a obtenu son diplôme en médecine, ses années d'expérience en médecine ou de pratique et si le DIM a réussi les examens canadiens.
3. La durée de chaque étape du processus selon l'université et l'endroit où le diplôme a été obtenu.

Présentation de groupe 4

1. En ce qui concerne les DIM qui ont reçu leur équivalence canadienne, qui ont réussi leur première évaluation canadienne et qui ont fait une demande d'admission en formation médicale auprès des CaRMS, combien ont été admis? Qu'arrive-t-il du reste, est-ce qu'il y a un suivi?

En examinant tous les DIM et en se concentrant sur leur formation, quels types de formation correspondent le mieux aux DIM qui ont réussi et qui ont obtenu leur permis d'exercice.

2. Est-ce qu'on oblige tous les DIM à passer une évaluation de leur diplôme de médecine? Dans les pays où on reconnaît l'équivalence, est-ce qu'ils doivent passer une évaluation ou peuvent-ils commencer à exercer tout de suite?

Selon le pays d'origine, à quelle vitesse est-ce que les DIM passent dans le système au Canada? Existe-t-il une formation médicale équivalente dans un autre pays qui accélérerait le processus ou permettrait à ces personnes d'entrer dans le système sans passer d'évaluation?

Présentation du groupe 5

1. En ce qui concerne le recrutement et la conservation des DIM dans les milieux ruraux, déterminer où les DIM vont, combien de temps ils y restent et, s'ils partent, où ils sont allés. Les DIM ont-ils quitté la province et quelle est leur spécialisation? Est-ce que les DIM ont reçu un retour de service dans ces milieux ruraux? S'agit-il de la seule raison pour laquelle les DIM ont choisi le milieu rural? Ces données sont-elles les mêmes pour les DIM canadiens?
2. Le temps écoulé entre le moment où les DIM quittent le pays et le moment où ils exercent au Canada et ont leur permis d'exercice complet (c.-à-d. le moment où ils passent leur premier examen, l'EE, au moment où ils reçoivent leur certification).
3. À quelle étape du processus les DIM réussissent-ils et à quelle étape échouent-ils? Comment pouvons-nous les aider?

Présentation du groupe 6

1. Comparer les cohortes qui réussissent ou qui échouent à l'EACMC et leur niveau de réussite pour obtenir le permis d'exercice de la médecine. La définition de niveau de réussite peut sembler quelque peu vague. On doit définir ce qu'est un niveau de réussite. On a suggéré qu'un niveau élevé de réussite signifie qu'il n'y a eu aucune plainte déposée devant l'organisme de réglementation. Il ne s'agit peut-être pas de la meilleure façon de juger, mais c'est un début.
2. Le domaine de formation à l'extérieur du Canada correspond-il au domaine de pratique au Canada? Il s'agit ici de déterminer à quel degré la formation spécialisée à l'étranger peut être justifiée par la médecine générale au Canada. Des DIM ont suggéré qu'ils étaient des spécialistes dans leur pays, mais, après un examen plus poussé, on a découvert que leur formation était peut-être surtout plus générale que spécialisée.
3. Déterminer s'il existe un lien entre le niveau de réussite dans l'exercice de sa profession qu'un médecin ou un DIM pourrait obtenir pour certaines variables de la liste (p. ex., s'il y a des combinaisons de pays d'origine et d'autres facteurs associés à la réussite de l'EACMC, si certaines variables, sur une base individuelle, déterminent le niveau de réussite d'un DIM dans sa pratique).

Présentation du groupe 7

1. Comprendre l'impact qu'ont les DIM sur les aspects de modélisation utilisés par les provinces, comme le système d'éducation, l'approvisionnement en général, l'inventaire actuel. Quelles sont les répercussions du taux d'entrée et de sortie selon l'âge et le sexe sur certains de ces aspects de modélisation?
2. Quelles sont les caractéristiques indicatrices de réussite pour conserver la un permis d'exercice valide (p. ex., le pays)?
3. Le temps écoulé et l'exercice depuis le doctorat.
4. Est-ce que la personne vient d'un milieu rural ou urbain? La personne est-elle passée d'un milieu rural à un autre milieu rural? La personne est-elle passée d'un milieu rural à un milieu urbain?

Présentation du groupe 8

1. Surveiller le mouvement dans le processus d'évaluation et déterminer les résultats de ce même processus; comparer les résultats de différentes régions en particulier (p. ex., suivre le processus d'évaluation, obtenir un permis d'exercice complet dans certaines provinces et un permis provisoire dans d'autres).

2. Comment mesurer la réussite? Un DIM obtenant un permis d'exercice complet pour pratique indépendante après avoir exercé sa profession pendant cinq ans est-il différent en termes de qualité d'un DIM qui réussit à passer un examen du CMFC dans les deux années qui suivent le début des évaluations?

3. Dans quelle mesure les ententes ou les contrats de service post-formation sont-ils efficaces? Quel est le modèle de mobilité lorsqu'une personne obtient un contrat de service post-formation par rapport à une personne qui n'en a pas?

Présentation du groupe 9

1. De combien de temps un DIM a-t-il besoin pour passer les examens du CMC, les tests linguistiques, et quel l'effet cela peut avoir sur le temps nécessaire pour entrer dans le système médical canadien en tant que résident ou pour suivre une autre voie d'obtention d'un permis d'exercice.

2. Combien de ces DIM entrent dans le système médical comme résidents, boursiers, assistants cliniques ou autres?

3. Quels sont les effets des critères de sélection pour différents postes sur leur statut d'observateur ou la formation clinique.

4. Y a-t-il des critères nationaux d'admissibilité au CaRMS? Le nombre de DIM inscrits au programme et le taux de réussite des candidats aux examens d'évaluation et d'aptitude ont augmenté de façon significative. Quelle est l'importance de ces renseignements sur l'admissibilité de ces personnes dans des programmes de résidence? S'ils ont réellement une incidence sur leur réussite, devraient-ils y avoir des critères supplémentaires pour déterminer l'admissibilité au CaRMS.?

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM ainsi que les données d'une source existante ou d'une autre source.

Après les premières idées de recherche potentielle, on discute en petits groupes des propositions intéressantes à élaborer qui pourraient demander une source supplémentaire de renseignements. Voici les idées lancées durant les discussions :

Présentation du groupe 1

1. Comparer les diplômés en médecine canadiens aux DIM selon divers aspects : temps écoulé entre l'obtention du doctorat et le début de la pratique, coût de l'évaluation et de la formation, influence possible de la formation offerte sur le lieu de pratique éventuel.
2. Le lieu d'évaluation a-t-il une influence sur le lieu d'exercice?
3. Les DIM préfèrent-ils un modèle de pratique en particulier?
4. Quels sont les résultats de l'évaluation? (pourcentage de DIM réussissant dans leur pratique après avoir subi certains types d'évaluation)

Sources de données supplémentaires : étude sur les préférences des DIM, CAPER, fichier principal de l'AMC.

Présentation du groupe 2

1. Quel est l'impact de l'instruction en anglais? – comparaison de trois groupes de l'ECCMC, de l'EACMC partie I et de l'EACMC partie II.
Les DIM qui ont suivi leur formation dans une école de médecine anglophone et qui ont très bien réussi le Test TOEFL.
Les DIM qui n'ont pas suivi leur formation dans une école de médecine anglophone et qui ont réussi le Test TOEFL.
Les DIM qui n'ont pas suivi leur formation dans une école de médecine anglophone, mais qui ont participé à des programmes de formation en langues et communication spécialement conçus pour les services de santé.
2. La spécialisation de la formation dans le pays d'origine et la spécialisation pratiquée actuellement.

Présentation du groupe 3

1. Comparaison des diplômés en médecine canadiens et les DIM en ce qui concerne le profil de pratique.

2. Existe-t-il des équivalents au Test TOEFL qui seraient mieux adaptés au domaine médical?
3. Les incidences sur les conjoints et la vie sociale.
4. Est-ce que le service post-formation fonctionne et quels sont les résultats à court et à long terme?

Présentation du groupe 4

1. Définir les critères de comparaison entre la situation des DIM et celle des diplômés canadiens en médecine.
2. Mobilité des DIM : Qu'est-ce qui pousse les DIM à déménager? Leur réussite?

Source supplémentaire de données : registres des collègues.

Présentation du groupe 5

1. Quels sont les possibilités de cheminement de carrière pour ceux qui n'obtiennent pas la note de passage à l'EECMC ou qui l'obtiennent, mais n'entrent pas dans le système?
2. Tenter de déterminer l'étendue de la pratique des DIM qui ont obtenu un permis. (Les DIM qui sont des médecins de famille offrent-ils des services complets ou se spécialisent-ils? Les spécialistes se sous-spécialisent-ils?)
4. Est-il plus rentable, aux points de vue coûts et ressources, de reformer les DIM ou de leur offrir une formation au premier cycle et de former les Canadiens dès le départ?

Sources supplémentaires de données : recensements, CAPER, ICIS.

Présentation du groupe 6

1. Conservation des DIM : Pourquoi s'en vont-ils? Où vont-ils? Quelles sont les raisons de leur départ? Quelles sont les enjeux culturels?
2. Mesures du rendement des diplômés en médecine canadiens et des DIM : Où les DIM ont-ils suivi leur formation? Quelles évaluations ont-ils subies et à quels programmes ont-ils participé? Quels résultats ont-ils obtenus dans l'évaluation?
3. Contrats de service post-formation : Quels en sont les effets sur la durée du séjour?

Sources supplémentaires de données : entrevues de départ, statistiques nationales sur la sécurité des patients.

Présentation du groupe 7

1. Combien y a-t-il de DIM au Canada?
2. Évaluation de deux types de modèles d'évaluation : universitaire et non universitaire.
3. Cheminement des DIM : Que fait le DIM qui ne devient pas médecin?

Sources supplémentaires de données : associations provinciales de DIM, Emploi et Immigration Canada.

Présentation du groupe 8

1. Quand le DIM est admis dans un programme de résidence, on connaît la date d'admission et la date de sortie, mais s'il n'a pas son diplôme, où va ce DIM?

En étudiant la date à laquelle un DIM entre dans le système et celle à laquelle il termine ses évaluations, y a-t-il des DIM qui reprennent une partie de leur formation?

2. Quelles sont les exigences de chaque province en matière de pratique pour les DIM? Est-ce qu'il y a un protocole établi dans toutes les provinces?

Quelles sont les différences entre les politiques et les exigences de chaque province?

Sources supplémentaires de données : CaRMS, les sondages, Statistique Canada, les collèges, les universités.

Présentation du groupe 9

1. Les profils de pratique comprennent des renseignements sur la langue, la portée de la pratique, le type de pratique et les types de patients. Les DIM limitent-ils leur pratique de façon significative?
2. La pratique du DIM est-elle influencée par la génération X? Ou les variables les plus récentes sont-elles plus importantes pour le nouveau médecin?

Résultats des discussions – Ce qui en ressort

- Collaboration entre différents groupes de personnes;
 - Divers programmes pour effectuer des évaluations plus régionales et pour continuer les échanges;
 - Valeur de prévision;
 - Des outils pour gérer les attentes;
 - Nous étudierons peut-être les renseignements donnés en réponse à certaines questions en ce qui concerne les diplômés en médecine canadiens;
 - Il est intéressant de comparer la durée de la formation d'un DIM et celle d'un diplômé canadien, tant pour les programmes de médecine familiale que les spécialisations;
 - Les exigences de chaque province en ce qui concerne les DIM afin d'aider les facultés de médecine à orienter les candidats;
 -
- Les raisons qui ont amené un DIM à sortir du système;
- Étudier toutes les propositions de recherche et les variables et comparer les DIM qui entrent dans le système au début de leur formation avec ceux qui y entrent plus tard au cours de leur formation;
 - On tente de parvenir à une collaboration et à une uniformité dans tout le Canada;
 - La façon dont les données nous renseignent et nous poussent à poser des questions;
 - Reconnaissance qu'il s'agit là d'une source de médecins; nous pouvons donc utiliser à fond toutes les possibilités qu'ont les DIM de faire partie de notre effectif médical;
 - Les compétences que peuvent les DIM, qu'elles soient générales ou techniques, pour qu'on puisse les comparer dans tout le pays;
 - Calendrier des différentes étapes;
 - La variable de la langue;

- Si l'EECMC a été passé à l'extérieur du Canada;
- Identifier les étudiants détenteurs d'un visa;
- Les prochains rapports;
- Autre que le Test TOEFL, il existe des moyens d'évaluer les compétences linguistiques en anglais;
- Description des cheminements possibles pour entrer dans le système;
- Faire le suivi de l'expérience en clinique de médecine familiale avec un médecin qui a terminé sa formation.

Sincères remerciements à tous les participants.

Annexe

Membres du groupe : Michelle Goulbourne
Hussein Lalani
Terry O'Brien
Genevieve MacMillan

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

Questions sur les diplômés en médecine étrangers pour lesquelles des réponses sont attendues.

1. Les résultats du processus d'évaluation diffèrent-ils lorsque les DIM sont évalués dans plus d'une région du Canada? (s'il existe des différences entre les provinces)
2. Y a-t-il un lien entre l'endroit où le DIM a obtenu son doctorat, les années de pratique et s'il a passé les examens canadiens.
3. Combien de temps dure chaque étape du processus de demande dans chaque université et endroit émettant le doctorat?

Variables nécessaires.

1. Le nom de l'université qui a décerné le doctorat en médecine.
Le lieu, la province ou le territoire de résidence.
Tous les domaines d'évaluation.
Les résultats.
2. Le nom de l'université qui a décerné le doctorat en médecine.
L'année d'obtention du doctorat.
Le pays où se trouve l'université qui a décerné le doctorat en médecine.
L'année d'obtention du doctorat.
Le mois et l'année du début de l'évaluation du CMFC.
3. Le nom de l'université qui a décerné le doctorat en médecine.
Le pays où se trouve l'université qui a décerné le doctorat en médecine.
La date du début de l'évaluation du CRMCC (date d'achèvement)
Le mois et l'année du début de l'évaluation du CMFC (date d'achèvement)

Membres du groupe : Cathi Bradbury
Patty Brady
Daniela Robu

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

Questions sur les diplômés en médecine étrangers pour lesquelles des réponses sont attendues.

1. Y a-t-il des critères (comme l'examen d'évaluation et l'examen d'aptitude) qui assurent aux DIM de réussir les programmes de résidence? Si oui, devraient-ils devenir des critères d'admissibilité au CaRMS?
2. De combien de temps un DIM a-t-il besoin pour passer tous les examens du CMC et les tests linguistiques, et quels effets ont-ils sur le délai d'admission au système médical canadien en suivant un programme de résidence ou une autre voie d'obtention d'un permis d'exercice.
3. Quels sont les effets de l'obtention d'un diplôme d'une école de médecine dans d'autres pays sur la réussite (en termes de permis d'exercice?) au Canada?

Variables nécessaires.

EECMC réussi (MM/AAAA)

EACMC partie I réussi (MM/AAAA)

EACMC partie II réussi (MM/AAAA)

La faculté de médecine offrant une formation post-M.D.

Le rang (année de résidence)

Le domaine de certification du CRMCC

Le domaine de certification du CMFC

Les résultats

Le type de permis d'exercice en date du rapport pour l'année en cours

L'université qui a décerné le doctorat en médecine

Le pays où est située l'université qui a décerné le doctorat en médecine

Membres du groupe : Anna Cain
Annette Dacquay
D^r Mahmood Naqvi
Lynda Buske
Lance Benson

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

Questions sur les diplômés en médecine étrangers pour lesquelles des réponses sont attendues.

1. Quel est le délai entre l'EECMC et le début de la pratique? Comment s'est déroulé le cheminement? Combien de temps celui-ci a-t-il exigé?
2. Quelle est la voie d'obtention d'un permis d'exercice par divers organisme de réglementation?
3. Analyse de la cohorte.

Variables nécessaires.

Tous les domaines d'évaluation
Type de permis d'exercice en date du rapport pour l'année en cours
EECMC réussi (MM/AAAA)
Année d'obtention de la certification du CMFC
Domaine de certification du CRMCC
Date d'obtention de la certification du CRMCC
La faculté de médecine offrant une formation post-M.D.
EACMC partie I réussi (MM/AAAA)
EACMC partie II réussi (MM/AAAA)

Membres du groupe : Johanne Irwin
Jerry Ross
Xina Chrapko
Kam Rungta

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

Questions sur les diplômés internationaux en médecine pour lesquelles des réponses sont attendues.

1. La corrélation entre la « réussite » dans la pratique et les variables.
2. La corrélation entre la réussite dans la pratique et la conservation.
3. La corrélation entre la réussite à l'EACMC partie I et la réussite dans la pratique.

Variables nécessaires.

Type de permis d'exercice en date du rapport pour l'année en cours
Domaine de pratique pour l'année en cours (médecine familiale ou spécialité)
Lieu de pratique pour l'année en cours (municipalité, code postal)
EACMC partie I réussi (MM/AAAA)

Membres du groupe : Randa Palfy
D^r Jerry Maniate
Erin Griffiths
Anshoo Kamal

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

1. Comparer les diplômés nés au Canada et ceux nés à l'étranger.
2. Comparer la réussite des DIM selon la source émettrice du doctorat, le type de spécialisation et la langue (Commonwealth par rapport aux pays qui ne font pas partie du Commonwealth, États-Unis).
3. Comparer la formation et l'exercice d'une spécialisation afin d'acquérir de l'expérience avant d'arriver au Canada ainsi que les résultats liés à la pratique et à la formation au Canada.

Variables nécessaires.

Pays de naissance

Pays de citoyenneté (1)

Université qui a décerné le doctorat en médecine

Pays où se trouve l'université qui a décerné le doctorat en médecine

Domaine de formation à l'extérieur du Canada

Domaine de certification dans d'autres pays

Domaine de pratique pour l'année en cours (médecine familiale ou spécialisation)

Lieu de pratique pour l'année en cours (municipalité, code postal)

Évaluations des variables de résultats

Membres du groupe : Hélène Sergerie
Odette Albert

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

1. En ce qui concerne les DIM qui ont reçu leur équivalence, combien ont fait une demande d'admission en formation auprès des CaRMS? Combien ont été admis? Qu'arrive-t-il du reste?
2. Est-ce qu'on oblige tous les DIM à faire une évaluation de leur diplôme en médecine? Est-ce qu'il existe des pays où ce n'est pas nécessaire?

Variables nécessaires.

Nom de l'université qui a décerné le doctorat en médecine

Exemption à l'EECMC (oui ou non)

EECMC réussi (MM/AAAA)

Nombre d'années accordées pour la formation clinique postdoctorale à l'extérieur du Canada

Faculté de médecine offrant de la formation clinique postdoctorale

Résultat – Résidence

Membres du groupe : James Ayles
Raheem Kherani
Karen Levesque

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

1. Quels sont les taux d'entrées et de sorties des DIM?
2. De quels pays ou écoles viennent les DIM qui ont obtenu un permis d'exercice?
3. Combien de temps s'est écoulé entre l'obtention du doctorat et le début de la pratique?
4. Est-ce que les DIM exercent dans un milieu rural ou urbain? De quel milieu viennent-ils (rural ou urbain)?

Variables nécessaires.

Université qui a décerné le doctorat en médecine
Pays où est située l'université qui a décerné le doctorat en médecine
Année d'obtention du doctorat en médecine
Faculté de médecine offrant une formation post-M.D.
Rang (années de résidence)
Type de permis d'exercice en date du rapport pour l'année en cours
Lieu de pratique pour l'année en cours (municipalité, code postal)

Membres du groupe : Bev McLean-Alley
John Martin
D^r J. Botha
Caroline Abrahams

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

1. Quels sont les cheminements possibles (examen, évaluation et formation) menant à la réussite dans la pratique et quelles sont les différences entre chaque région du Canada? Est-ce que les titres de compétences obtenus à la fin sont liés aux évaluations subies?
2. Est-il possible d'évaluer la qualité de la pratique selon le cheminement parcouru, des évaluations à la pratique? P. ex., Est-ce qu'un DIM ayant obtenu une certification du CMFC offre des soins différents de ceux offerts par un autre DIM ayant obtenu un permis d'exercice par enregistrement et pratique?
3. La mobilité des DIM peut-elle être déterminée par la région et la nature des exigences nécessaires à la pratique contenues dans leurs évaluations? Quels sont les incidences des ententes de service post-formation?

Variables nécessaires.

Exemption de l'EECMC (oui ou non)
EECMC réussi (MM/AAAA)
EACMC partie I réussi (MM/AAAA)
EACMC partie II réussi (MM/AAAA)
Domaine de certification du CMFC
Pertinence du processus de la FOMC
Domaine de certification du CRMCC
Faculté de médecine offrant une formation post-M.D.
Tous les domaines d'évaluation
Type de permis d'exercice en date du rapport pour l'année en cours
Lieu de pratique pour l'année en cours (municipalité, code postal)

Membres du groupe : Helga Loechel
John Baumber
Rhys Davies
Jen Sager Haldy
Shirley Watson-Poole

Propositions de recherche à l'aide de la base de données sur les DIM.

1. Recrutement et conservation des DIM dans les milieux ruraux (où ils sont partis, combien de temps ils sont restés, s'ils ont reçu une entente de service post-formation). Ces données sont-elles les mêmes pour les diplômés canadiens?
2. Le temps écoulé entre le moment où les DIM quittent leur pays et le moment où ils exercent au Canada (obtiennent un permis d'exercice complet).
3. Quelle étape du processus les DIM réussissent ou échouent-ils?

Variables nécessaires.

EECMC réussi (MM/AAAA)
EACMC partie I réussi (MM/AAAA)
EACMC partie II réussi (MM/AAAA)
Mois et année du début de l'évaluation du CMFC
Année d'obtention de la certification du CMFC
Date du début de l'évaluation du CRMCC
Date de l'examen du CRMCC
Date d'achèvement des évaluations (MM/AAAA)
Date d'achèvement de la formation (MM/AAAA)
Date d'achèvement du mentorat (MM/AAAA)
Type de licence en date du rapport pour l'année en cours
Domaine d'exercice pour l'année en cours (médecine familiale ou spécialisation)
Lieu de pratique pour l'année en cours (municipalité, code postal)