

Compte rendu

*Atelier sur les programmes d'évaluation :
contribuer à la base de données nationale sur les DIM
« suivi des titres de compétence canadiens
et accès à la pratique »*

*Le 9 février 2006
8h30 à 15h30
Lord Elgin, salle MacDonald, Ottawa (ON)*

Sont présents

Caroline Abrahams	Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Jason Kur	ACMR
Helga Loechel	Santé Canada
Patty Brady	RHDCC
Chris Bolland	RHDCC
David Blackmore	CMC
Dale Dauphinee	CMC
Brent Barber	ICIS
Elspeth Gullen	ICIS
Howard Wright	Programme d'évaluation de l'Alberta
Penny Davis	Programme d'évaluation de la Saskatchewan
Gisèle Bourgeois-Law	Programme d'évaluation du Manitoba
Radu Vestemean	Knowledge4You (entrepreneur d'IMG-Ontario)
Gwen MacPherson	Programme d'évaluation de la Nouvelle-Écosse
Robert Maudsley	Programme d'évaluation de la Nouvelle-Écosse
Carl Sparrow	Programme d'évaluation de Terre-Neuve-et-Labrador
Rod Andrew	Programme d'évaluation de la Colombie-Britannique
Nick Busing	AFMC
Hélène LeBlanc	CAPER
Dianne Thurber	CAPER
Rita Forte	CAPER

Contexte

CAPER travaille actuellement à l'élaboration de la base de données sur les diplômés internationaux en médecine (DIM). Cette initiative était l'une des recommandations du Groupe de travail canadien sur l'accréditation des médecins formés à l'étranger. Ce projet national longitudinal de base de données permettra d'assurer le suivi des DIM depuis leur entrée dans le système canadien d'évaluation médicale, de formation et de délivrance de licences de médecine, et ce jusqu'au moment où ils entrent en pratique dans l'une des provinces canadiennes. L'exercice a pour but de suivre toute personne engagée dans les systèmes canadiens d'évaluation ou d'éducation médicale, et auprès des organismes d'accréditation, afin de déterminer les voies d'entrées et la contribution des DIM à l'effectif canadien de médecins. Pour ce qui est du rôle des centres d'évaluation des candidats à la délivrance de licences, il est important pour brosser le tableau complet de l'effectif de médecins.

Dans le cadre de l'élaboration de la base de données sur les DIM, les responsables des programmes d'évaluation ont été invités à un atelier d'une journée à Ottawa le 9 février 2006. Nous avons cerné les objectifs suivants et accueilli les commentaires sur les sujets que les participants souhaitaient aborder ou sur lesquels ils voulaient de l'information d'un spécialiste du domaine.

Les objectifs étaient :

- fournir une description de l'ensemble de la base de données sur les DIM et de l'importante contribution des centres d'évaluation en ce qui concerne les données;
- ce que l'on sait déjà, du point de vue de CAPER, sur les DIM et ce que la base de données sur les DIM ajoute à ces connaissances et à l'effectif de médecins au Canada;
- des exposés de chacun des centres d'évaluation en rapport avec les faits saillants des activités de l'année dernière et le rôle du sous-ministre de la Santé de chaque province pour les centres d'évaluation des DIM;
- l'origine, la description et l'usage prévu du NIMC.
- une étude de cas sur la façon dont un organisme sans but lucratif offrant de l'information sur la santé a présenté des politiques en matière de protection des renseignements personnels aux niveaux provincial et fédéral;
- avec l'aide d'un animateur, nous aimerions aborder la question de la transparence et de la transférabilité.

Le présent compte rendu résume les exposés et les discussions de l'atelier. Il est divisé en trois parties : les exposés des spécialistes locaux; les exposés de CAPER et l'observation animée de chacun des programmes d'évaluation.

Mot de bienvenue : Chris Bolland, directeur adjoint – Politique sur les travailleurs étrangers et les immigrants, Direction générale des compétences en milieu de travail, RHDC

Chris Bolland commence l'atelier en donnant un aperçu des titres de compétences étrangers et de leur pertinence ou importance pour RHDC et le gouvernement du Canada. Il présente aussi la façon dont le projet de base de données sur les DIM s'inscrit dans le cadre général de la reconnaissance des titres de compétences étrangers à RHDC.

Objectifs :

- ❖ pourquoi les questions auxquelles se rapporte le projet de base de données sur les DIM sont-elles importantes?
- ❖ certains des changements apportés par le nouveau gouvernement

Le gouvernement du Canada s'est engagé à construire une économie plus concurrentielle sur la plan mondial et plus viable. L'un des éléments essentiels de cet engagement est l'investissement dans les gens. C'est la qualité de chaque personne et sa compétence à faire ce pour quoi elle a été formée qui aidera le Canada à être plus concurrentiel sur les marchés mondiaux. L'accélération et l'amélioration de la capacité des travailleurs compétents formés à l'étranger à travailler dans leurs domaines demeurent des priorités pour le gouvernement du Canada.

Immigration

Au cours des dernières années, des changements ont été apportés à la façon dont le Canada attire les immigrants. Les critères de sélection ont changé en 2002 et tiennent compte davantage du modèle de capital humain que de la profession. En vertu des anciens critères, bon nombre des professions de la santé étaient exclues. Selon le nouveau modèle sur le capital humain, le choix s'appuie sur le degré de scolarité, l'expérience de travail et les facteurs d'adaptabilité langagière. Bien que ces nouveaux critères aient été instaurés en 2002, plusieurs candidats ont déposé leur demande en fonction des anciens critères. Les effets des nouveaux critères se feront sentir dans les prochaines années. Au cours des 10 à 12 prochaines années, l'immigration comptera vraisemblablement pour la totalité de la croissance de la population active, même si l'on ne prévoit pas une grande croissance de cette population.

Diplômés internationaux en médecine

Effectif de médecins

- l'effectif de médecins vieillit;
- la composition de l'effectif de médecins évolue;
- pénuries de médecins de famille et dans certaines spécialités;

- les DIM ont toujours constitué de 20 à 30 % de l'effectif de médecins;
- on ne conçoit pas les DIM comme la solution au problème de l'effectif de médecins, mais comme une partie importante de la solution.

Le but est donc d'améliorer les chances des DIM qualifiés de rejoindre les rangs de l'effectif canadien de médecins.

La base de données sur les DIM, qui ressort des travaux du Groupe de travail canadien sur l'accréditation des médecins formés à l'étranger, est conçue pour nous donner un portrait vivant de la façon dont les DIM entrent en contact avec le système médical canadien. La base de données permettra de suivre le cheminement dans le système canadien des candidats à la licence. Cela nous aidera à brosser le tableau complet de l'effectif canadien de médecins. De plus, ces données aideront à l'élaboration de politiques et d'initiatives éventuelles visant à faciliter l'accession des DIM qualifiés à l'effectif canadien de médecins.

Autres projets de RHDCC

Parmi les autres projets connexes, on compte l'agence nationale de vérification des titres de compétences et le registre des médecins, ainsi que l'autoévaluation en ligne des DIM. Finalement, l'EECMC sera en ligne de sorte que les candidats puissent commencer leur processus d'examen dans leur pays d'origine. D'autres projets sont financés dans d'autres professions de la santé, dont les soins infirmiers, la pharmacologie, l'ergothérapie, la physiothérapie, les technologies en radiation médicale et les techniques de laboratoire médical.

Le contexte au sein du gouvernement

En avril 2005, le gouvernement a annoncé l'Initiative concernant les professionnels de la santé formés à l'étranger.

Quelles sont nos priorités? Quelles initiatives mettons-nous en place?

Cinq éléments principaux :

- Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers; cours de langue de niveau avancé – Réalisés de façon bilatérale avec les provinces pour examiner les initiatives pour la formation des personnes de niveau avancé (niveaux de compétence 7 à 10);
- information sur le marché du travail – Consolidation de l'information sur le marché du travail au Canada à propos des possibilités économiques et affichage de cette information dans un portail Web appelé « Se rendre au Canada... »;
- pont entre le marché du travail et l'étranger – Élaboré pour aider plus activement les personnes avant leur arrivée au Canada, par ex., offrir aux personnes des possibilités d'acquérir une certaine expérience de travail lorsqu'elles viennent au pays;
- recherche – Quels sont les déterminants de bons résultats sur le marché du travail?

Le but consiste à créer des processus de reconnaissance des titres de compétence étrangers qui soient justes, accessibles, transparents et cohérents, mais qui conservent la rigueur nécessaire pour ne pas compromettre les normes d'accréditation. RHDCC s'intéresse aux professions réglementées et non réglementées par le truchement d'ententes bilatérales avec les provinces et les territoires.

NIMC, Dr Dauphinee, directeur exécutif, Conseil médical du Canada

Le Dr Dauphinee fait un survol du Numéro d'identification médicale du Canada (NIMC). Le NIMC est né de la nécessité d'avoir un type d'identificateur exclusif constituant une façon simple de reconnaître les personnes. Sa pertinence est devenue plus évidente dans les questions reliées à l'efficacité.

Contexte

- le bureau du NIMC est situé au *College of Physicians and Surgeons of Alberta*. Une entreprise spécialisée en technologies de l'information se charge des aspects techniques;
- le bureau du NIMC est un organisme sans but lucratif dont les membres sont la FOMC et le CMC;
- les membres du conseil d'administration du bureau du NIMC sont bénévoles;
- le NIMC est strictement un mécanisme de liaison concernant de l'information déjà disponible.

Les justifications du NIMC

- les gens changent de nom;
- les gens veulent des duplicata de certains documents;
- variations dans les noms;
- changement de titres de compétences;
- changement de territoire de compétences;
- il n'existe actuellement aucun moyen de relier les individus bien qu'il n'y ait aucun lien entre les identificateurs.

Comment obtenir un NIMC

- quiconque passe l'EECMC reçoit un NIMC;
- l'information principale, comme le nom, la date de naissance, le lieu de naissance, le sexe, la faculté et l'année d'obtention du diplôme, est recueillie et soumise à un ordinateur central qui crée un NIMC;
- l'ordre professionnel informe le médecin de son NIMC.

Exemple de NIMC

- CAMD-1234-6789
- CA = code de pays
- MD = code de profession
- 1234678 = numéro d'identification séquentiel
- 9 = numéro de vérification

Utilisateurs du NIMC

Bien que les premiers utilisateurs du NIMC soient les ordres professionnels et le CMC, les organismes peuvent, en vertu d'un protocole d'entente et moyennant une cotisation,

obtenir l'autorisation d'utiliser le NIMC. L'utilisateur autorisé peut accéder à la base de données du NIMC pour vérifier l'identité lorsque deux personnes portent le même nom.

Activités en cours

- un programme de marketing est en vigueur au sujet des utilisateurs autorisés;
- actuellement, 5 ordres des médecins sur 13 sont inscrits au NIMC;
- il y a un site Web du NIMC;
- NIMC travaille avec les Australiens pour l'instauration d'un processus d'évaluation commun; c'est là un autre exemple de l'utilisation du NIMC.

Discussion : les questions suivantes sont soulevées au sujet du NIMC :

Un utilisateur autorisé peut-il accéder au NIMC par le truchement d'un site Web pour vérifier l'identité d'un médecin s'il y a un site Web réservé aux médecins seulement?

Lorsqu'un ordre des médecins adhère au NIMC, est-ce que tous les médecins membres de cet ordre reçoivent un NIMC?

L'ordre des médecins informe les médecins au sujet du NIMC et obtient leur permission. On procède ensuite à une vérification. Par la suite, le médecin reçoit un NIMC au moment de son inscription. Si une personne reçoit un NIMC par le truchement du CMC, cette personne a donc déjà un NIMC.

Quel est le taux de réussite dans l'obtention d'un NIMC?

Dans les 5 ordres des médecins qui y ont adhéré, tous les médecins ont reçu un NIMC.

Existe-t-il un lien entre le numéro de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et le NIMC?

Non.

Y a-t-il des façons de vérifier un NIMC?

Il y a deux façons : le CMC et les ordres des médecins ont des photographies.

Un étudiant en médecine peut-il obtenir un NIMC?

Oui, le champ réservé à la faculté ou à l'année d'obtention du diplôme demeure vide jusqu'à l'obtention du diplôme.

Loi sur la protection des renseignements personnels – Elspeth Gullen, Secrétariat au respect de la vie privée, et Brent Barber, Ressources humaines de la santé, Institut canadien d'information sur la santé

Elsbeth Gullen résume les principes du respect de la vie privée qui guident les activités de l'ICIS en matière de données, et Brent Barber résume la façon dont ces principes s'appliquent au Projet de développement de bases de données sur les ressources humaines de la santé (PDBD RHS).

Objectifs :

- ❖ donner un aperçu de la façon dont l'ICIS a adopté les principes du respect de la vie privée adaptés du code CSA;
- ❖ comment les principes du respect de la vie privée sont utiles en pratique.

Le document intitulé *Le respect de la vie privée et confidentialité de l'information à l'ICIS* en est à sa troisième édition. Ce document fait le point sur les sujets suivants :

- les paramètres juridiques du fonctionnement de l'ICIS;
- 10 principes de respect de la vie privée tirés du code CSA et de la LPRPDE;
- les procédures suivies à l'ICIS;
- le traitement des demandes de données;
- la détermination de la politique de l'institution en matière d'information.

Des lois sur le respect de la vie privée ont été adoptées par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'ICIS est considéré comme une « entité prescrite » en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario. L'ICIS doit maintenir un seuil en matière de respect de la vie privée et de confidentialité.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

L'ICIS, avec le financement de Santé Canada, a entrepris l'élaboration de 5 nouvelles bases de données. Ces bases de données concernent les professionnels de la santé suivants : ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes, techniciens de laboratoire médical, techniciens en radiation médicale.

Il y a plusieurs phases :

- besoins en information : communiquer avec les ordres professionnels de ces professions de la santé;
- déterminer l'ensemble de données minimal : liste des informations que nous allons recueillir;
- appliquer les principes de l'ICIS en matière de respect de la vie privée et évaluation des répercussions sur la vie privée;
- éléments de données :
- identificateur exclusif provincial;
- sexe;
- scolarité;
- renseignements sur l'emploi – temps plein, temps partiel, occasionnel;

- région;
- type d'employeur;
- heures travaillées;
- renseignements géographiques : code postal.

Principes du respect de la vie privée

Imputabilité

Définition : à l'ICIS, il est important d'instaurer une culture de respect de la vie privée. Bien que la responsabilité ultime incombe au directeur général, il existe une *équipe du respect de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité*. Les employés de l'ICIS signent une entente de confidentialité.

Détermination des raisons

Définition : il faut clairement préciser les raisons pour lesquelles on recueille l'information. Cela encourage la transparence, inspire la confiance et l'imputabilité. L'évaluation des impacts sur la confidentialité est un processus exhaustif qui se penche sur les buts et les utilisations.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

Chaque élément de données est dans un but au sens large et dans un but plus détaillé; il y a donc une bonne justification pour la collecte des données. Ces buts sont la rétrospective longitudinale et l'analyse concurrente. C'est la raison du maintien des données.

Consentement

Définition : c'est pour la connaissance et le consentement de la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels, et il y a des exceptions lorsque ce n'est pas approprié. Pour l'ICIS, les exigences en matière de consentement sont définies par les gouvernements provinciaux et territoriaux. L'ICIS est un collecteur de données secondaire, il reçoit donc ses données auprès de fournisseurs. L'ICIS n'entretient pas de rapport avec le sujet des données et s'appuie sur le territoire de compétences pour se conformer aux exigences législatives. L'ICIS consulte en permanence les ministères de la santé et les fournisseurs de données sur la mise en place de ce processus.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

Le fournisseur de données signe une lettre d'entente avec l'ICIS au sujet de la fourniture des données. L'ICIS veille à ce que le fournisseur de données ait l'autorité légale de fournir les données; en revanche, il incombe au fournisseur de données de se conformer aux lois sur la protection de la vie privée ou aux règlements internes.

Limites à la collecte de données

Définition : il est nécessaire de se demander pourquoi il est important de recueillir l'information afin de définir les données à fournir. Les exigences en matière de données sont définies en collaboration avec les fournisseurs de données. L'ICIS a des lettres

d'entente énonçant les obligations de l'ICIS en ce qui concerne la sécurité et la confidentialité de cette information.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

Pour le PDBD RHS, les fournisseurs de données sont les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux.

Limite à l'utilisation, divulgation et rétention

Définition : les données ne sont recueillies que ce pourquoi elles le sont au départ et ne sont conservées que pour le temps nécessaire. À l'ICIS, le processus est à paliers multiples caractérisé par un formulaire de demande de données examiné par le Secrétariat au respect de la vie privée et approuvé par le directeur général. Les facteurs pris en considération comprennent l'origine de la demande, une partie ou l'ensemble des données, les facteurs institutionnels et la nature critique des données.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

La demande de données à l'ICIS est un processus très complexe. Si l'information ne figure pas déjà dans une publication, la demande est acheminée au PDBD RHS pour plus de détails ou des données d'ensemble comme le nombre d'ergothérapeutes par province y compris le sexe et l'âge. La demande sera présentée au Secrétariat au respect de la vie privée, qu'elle soit pour des dossiers ou des données d'ensemble. L'ICIS ne divulgue aucun renseignement personnel identifiable et les cellules contenant moins de 5 événements sont supprimées. Parfois une demande peut prendre de 2 à 6 mois.

Exactitude

Définition : l'ICIS a une stratégie sur la qualité des données qui est importante dans un cadre de qualité des données.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

Un rapport sur la qualité de l'information fournie accompagne chaque divulgation de données de sorte que l'exactitude fasse partie des critères de l'ICIS en matière de respect de la vie privée.

Mesures de protection

Définition : des mesures de protection physiques, techniques et administratives sont en place pour veiller à la sécurité de l'information.

Ouverture

Définition : l'ouverture fait référence à la transparence, à la communication, à l'éducation et à la confiance. Beaucoup d'information se trouve sur un site Web ou dans un catalogue de produits et services.

Accès et modification

Définition : une personne doit avoir accès aux renseignements qui la concernent. Comme l'ICIS est le collecteur secondaire des données, la personne est renvoyée au fournisseur de données.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

Comme il n'y a pas suffisamment d'information à l'ICIS pour vérifier l'identité de la personne, celle-ci est renvoyée à la source des données.

Difficultés en matière de conformité

Définition : la personne doit être en mesure de surmonter une difficulté en matière de conformité aux principes 1 à 9. L'ICIS a mis en place des procédures permettant aux personnes de se renseigner sur les politiques et les pratiques en matière de respect de la vie privée. Celles-ci s'appuient sur la confiance et la transparence.

PDBD RHS (Projet de développement de bases de données)

Des copies des évaluations des impacts sur la confidentialité sont disponibles pour les bases de données sur le personnel infirmier et le secteur pharmaceutique.

Discussion : les questions reliées à l'ICIS comprennent :

Si vous élaboriez un ensemble de données pour les pharmaciens, seriez-vous en mesure de savoir combien de personnes ont reçu leur formation à l'étranger?

Oui, il est possible de connaître leur scolarité au Canada, à l'extérieur du Canada, le domaine d'études, etc.

Considérez-vous la loi sur la protection de la vie privée comme une nuisance ou comme une chose utile? Comment peut-on maintenir l'équilibre entre les deux?

Une fois que les gens comprennent pourquoi on impose des restrictions et lorsque ces principes mis en place, la paralysie devient moins importante. À l'ICIS, la structure est définie et les politiques en matière de respect de la vie privée accentuent son travail.

Description de la base de données sur les DIM et le rôle des données des centres d'évaluation – Rita Forte, directrice de projet, base de données sur les DIM

Rita Forte résume les éléments de la base de données sur les DIM et la collecte des données pour les centres d'évaluation.

Objectifs

- ❖ un aperçu de la base de données sur les DIM;
- ❖ deux parties de la collecte de données pour les centres d'évaluation;
- ❖ liste principale des variables et comment elle est adaptée à chaque centre.

Objectifs de la base de données

- déterminer le nombre de DIM individuels au Canada qui ont fait des démarches auprès d'organismes canadiens d'évaluation ou d'agrément dans le but d'obtenir le droit de pratiquer la médecine;
- cela comprend l'identification de quiconque a réussi les examens du CMC et les personnes évaluées par les centres d'évaluation régionaux.

Base de données

- la base de données en elle-même consiste en 6 fournisseurs de données;
- trois d'entre eux sont des organismes individuels (CMC, CMFC, CRMCC);
- trois des six sont des fournisseurs de données considérés comme des groupes bien que la liste des variables puisse être propre à une province ou un territoire (organismes de réglementation, centres d'évaluation, facultés de médecine);
- des variables sont communes à chacun des fournisseurs de données. Il y a 14 variables communes pour nous assurer d'avoir la bonne personne. Ces variables comprennent l'année du rapport, le mois du rapport, le nom, la date de naissance, le sexe, le nom et le pays de l'université émettrice du diplôme de médecine.

Facultés de médecine

- on met l'accent sur les variables reliées à la formation post-doctorale.

Collège des médecins de famille du Canada

- on met l'accent sur les variables reliées à l'évaluation et à l'accréditation.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

- on met l'accent sur les variables reliées à l'évaluation et à l'accréditation;
- l'un des aspects des variables pour cette demande de données est qu'elle comporte les DIM et les diplômés canadiens de médecine qui ont terminé au moins une année d'études post-doctorales en dehors du Canada.

Organismes de réglementation

- on met l'accent sur les variables reliées à l'accréditation, au droit exclusif d'exercer et à la pratique.

Collecte des données

- la première partie concerne les faits numériques regroupés, ce qui donne un portrait global instantané;
- les données de ce portrait instantané indiquent le nombre total de nouveaux DIM évalués dans l'année en cours;
- elles rendent disponible un sommaire initial concret pour retracer des événements spécifiques.

- la deuxième partie concerne les dossiers individuels et les variables sont propres à un fournisseur de données;
- ces variables dépendent de l'étape du processus d'évaluation et des résultats possibles.

Sommaire

- comme les fournisseurs de données sont aussi des utilisateurs de données, les demandes et suggestions d'analyses statistiques sont les bienvenues;
- essentiellement, les critères de filtrage des données seraient tous les médecins ayant reçu leur diplôme à l'extérieur du Canada ET qui ont été évalué et ont obtenu un résultat;
- dans le partage des données, il faut tenir compte du contexte et du but reliés au mandat du CAPER, du fournisseur de données et du but de la base de données sur les DIM; des obligations de CAPER de produire des tableaux sans identifiants; et du rôle du fournisseur de données.

Discussion : les suggestions pour la base de données sur les DIM comprennent :

- une promesse de service post-formation;
- les privilèges rattachés au permis d'exercer;
- le statut d'observateur – formel ou informel;
- Qui finance l'évaluation?

- **Introduction et animateur –Nick Busing, président-directeur général, AFMC**

Les présentations de chacun des centres d'évaluation comprenaient des points reliés aux sujets suivants :

- description du processus relié au DIM dans votre province;
- le mode de sélection des médecins pour l'évaluation;
- faits saillants de l'année écoulée, notamment le nombre d'évaluations réalisées à votre centre;
- les aspects exclusifs de votre processus d'évaluation;
- les complexités (difficultés) à votre centre;
- la relation avec l'organisme de réglementation;
- l'intégration du centre d'évaluation à la faculté de médecine.

Le point de vue de l'AFMC et celui de la faculté de médecine concernent l'engagement envers le continuum éducationnel sur la façon dont les étudiants accèdent à nos facultés de médecine, leur évolution dans la formation post-doctorale et dans la poursuite du perfectionnement professionnel. Dans ce continuum, il y a convergence des points de vue de l'AFMC et des gouvernements quant à l'accès équitable des DIM à la formation post-doctorale. Les processus d'évaluation ultérieurs peuvent être provinciaux ou uniformisés à l'échelle du pays. Comme les provinces et territoires ont des besoins qui leur sont propres, la tâche consiste à définir les éléments communs.

Colombie-Britannique – Programme d'évaluation des DIM de la C.-B.

Rod Andrew est directeur du programme d'évaluation des DIM de la C.-B. depuis 1997 mais il œuvre dans l'enseignement et l'évaluation des DIM depuis 1990.

Contexte

- avant l'instauration du programme d'évaluation des DIM en C.-B., le contexte entourant les DIM avait connu une grève de la faim;
- le programme a commencé par la résidence en médecine familiale de deux DIM, bien que plus que deux avaient été évalués;
- les domaines de spécialité évalués : médecine familiale, médecine interne, chirurgie générale, psychiatrie, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, anesthésie, médecine de laboratoire et pathologie.

Exigences initiales

- EECMC, EACMC partie I, test TOEFL, résidence en C.-B. pendant un an, deux lettres de référence de médecin.

Outils d'évaluation

- questionnaire à choix multiples, ECOS;
- parmi ceux passant l'ECOS, les 20 à 25 meilleurs sont choisis pour la phase suivante d'évaluation clinique;
- orientation d'une semaine;
- douze semaines d'évaluation clinique en médecine familiale, psychiatrie, médecine interne, gériatrie et médecine d'urgence;
- à la suite de l'évaluation, les candidats sont classés de 1 à 22.

Résultats

Il y a douze postes en médecine familiale et les DIM peuvent faire des résidences dans des spécialités. De plus, les DIM peuvent être évalués comme généralistes avant de suivre une formation en spécialité.

La formation antérieure peut réduire le nombre d'années en formation post-doctorale.

Sommaire

- un site de résidence pour la formation de DIM en médecine familiale est en voie de création au St. Paul's Hospital;
- le CPSBC y participe depuis l'instauration du programme d'évaluation;
- la faculté de médecine y participe depuis l'instauration du programme.

Discussion : la discussion a permis de soulever des questions sur les sujets suivants :

- le jumelage du CARMS est un résultat de l'évaluation;
- la promesse de service post-formation.

Alberta – Programme d'évaluation des DIM de l'Alberta (AIMG)

Howard Wright est le coordonnateur provincial du programme AIMG.

Contexte

- le programme est financé par *Alberta Health and Wellness*;
- le mandat consiste à augmenter le nombre de DIM admissibles à travailler comme médecins en Alberta;
- ce programme a été instauré en 2001 avec 5 cycles de demandes. Il met l'accent sur la pré-résidence après la faculté de médecine;
- les objectifs comprennent l'évaluation des DIM, une période d'orientation et d'évaluation, et la pratique proprement dite;
- la gouvernance comprend des représentants des gouvernements, une formation post-doctorale, le plan d'action pour les médecins en milieu rural, les régions régionales de la santé, CPSA, et le personnel du programme;
- le nombre de médecins inscrits dans la province est de 6200 et environ 1700 sont des DIM, 28% des médecins sont donc des DIM;
- le nombre total de résidents à l'Université de l'Alberta est de 589 et le nombre de visas de DIM est de 49;
- le nombre total de résidents à l'Université de Calgary est de 480 et le nombre de visas de DIM est de 35;
- il y a 19 inscrits au programme AIMG à l'U. de l'A. et 22 à l'U. de C.

Exigences

Être résident permanent et avoir vécu dans la province pendant un an, EECMC, EACMC, partie I, test TOEFL, curriculum vitae, relevés de notes, références, déclaration personnelle.

Étapes de l'évaluation

- formulaire de demande;
- examen du dossier par des équipes de personnes dont des membres du corps professoral, des résidents et des représentants du public;
- ECOS – pratique et pointage;
- entrevues – en médecine familiale on procède à une entrevue de groupe avec les 45 meilleurs candidats. Pour les spécialités, les responsables des programmes rencontrent individuellement les candidats aux postes de formation en spécialité disponibles;
- examen sommatif;
- période d'orientation et d'évaluation de 4 mois.

Résultats

- il y a trois résultats possibles : résidence, prolongement de l'orientation ou exclusion du programme. Le DIM qui réussit choisit la médecine familiale ou une spécialité. Il n'y a pas de promesse de service post-formation;
- 405 candidatures dont 376 sont terminées;
- 54% de femmes âgées entre 24 et 62 ans;
- nombre de personnes optant pour l'ECOS = 331;
- nombre de facultés de médecine représentées parmi les candidats DIM = 56;
- jusqu'à maintenant, 94 postes de résidents ont été comblés.

Discussion : la discussion a fait ressortir des questions sur les sujets suivants :

- résultats de l'évaluation de 4 mois;
- y a-t-il corrélation entre l'ECOS et le rendement pendant l'évaluation clinique?;
- postes de résidence dans environ 10 spécialités.

Saskatchewan

Le Dre Penny Davis est directrice de la division de l'éducation professionnelle continue de la faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan. L'évaluation des DIM fait partie de ses responsabilités.

Contexte

- la Saskatchewan compte 1600 médecins dont 54% sont des DIM;
- la province accueille de 100 à 110 DIM par année;
- le nombre total demeure à 1600, ce qui veut dire que la province accueille autant de DIM qu'il n'en quitte;
- l'accès à la résidence se fait habituellement par le truchement du deuxième tour du jumelage CARMS;
- au cours des deux dernières années, le gouvernement provincial a accepté de financer certains programmes de résidence destinés en particulier aux DIM;
- le but du programme n'était pas de préparer les gens à la résidence, il consistait à vérifier s'ils étaient prêts à exercer dans la province;
- il y a un centre de remédiation et d'évaluation secondaire de sorte que tous les DIM venant en Saskatchewan puissent obtenir le droit d'exercer, dans la mesure où leur dossier est bon et où ils participent au CAPE au Manitoba à la première occasion;
- pour le moment, évaluation des médecins de famille; encore aucun spécialiste.

Processus d'évaluation

- la personne reçoit un rapport du CAPE(processus d'évaluation et de perfectionnement professionnel des cliniciens) dans lequel sont soulignés ses points forts et ses points faibles;
- le CPSS peut décider de ne pas accorder un permis d'exercer, accorder un permis complet ou un permis provisoire. S'il accorde un permis provisoire, le DIM accepte une certaine remédiation et une nouvelle évaluation pour l'obtention d'un permis d'exercer complet;
- le CAPE sert de guide sur ce dont les gens ont besoin et sur ce qu'il faut réévaluer; en revanche, certains médecins peuvent éprouver des difficultés avec l'EACMC, partie I, et obtenir de l'aide en ce sens;
- dans le cadre du CAPE, 20% échouent, 20% réussissent, 60% ont besoin de remédiation.

Évaluation secondaire (si un permis d'exercer complet n'est pas accordé)

Les évaluateurs examinent les connaissances des médecins, leurs compétences, leur attitude et leur comportement.

Ils élaborent un programme de remédiation contenant des sujets d'étude à domicile et de l'encadrement. On définit des objectifs d'apprentissage au début du programme et une partie de l'évaluation consiste à vérifier si le DIM a atteint ces objectifs.

Outils d'évaluation

- questions à choix multiples;
- programmes d'étude à domicile dans des domaines comme la pharmacologie;
- Journal d'EMC.
- le précepteur fournit un rapport clinique fondé sur le système FITER / ITER;
- ECOS;
- discussion de cas avec 2 ou 3 pairs en exercice;
- examen du dossier médical si le médecin pratique depuis suffisamment longtemps en fonction d'un processus formel de ce qui est approprié pour ce dossier;
- les précepteurs sont membres du corps professoral ou issus de la collectivité. Ils sont engagés par la faculté de médecine mais pas obligés de participer. On cherche à rendre le précepteur le plus pertinent possible à l'expérience du médecin (par ex., milieu rural, culture) et à faire en sorte qu'un éventail de précepteurs donnent leur opinion.

Résultats

À la fin du programme, si le renvoi provient du CPSS quant à savoir si le candidat est prêt à exercer, alors le rapport est acheminé au CPSS. Si les DIM postulent à l'un ou l'autre des postes de DIM offerts en Saskatchewan, le rapport est acheminé aux directeurs de résidence pour les aider dans leur choix.

Sommaire

- au cours de la dernière année, 24 personnes ont suivi ce programme;
- les exigences qui leur furent imposées allaient de 8 semaines de placement temporaire en psychiatrie à 6 mois de formation requise;
- suivi de 10 ans : moins du ¼ des personnes demeurent et pratiquent en Saskatchewan.

Manitoba – Programme d'obtention du permis d'exercice de la médecine à l'intention des médecins diplômés à l'étranger

Le Dre Gisèle Bourgeois-Law est directrice des programmes d'évaluation clinique à l'Université du Manitoba.

Contexte

- un programme d'évaluation mis sur pied en 1989 à l'intention des médecins en exercice qui éprouvaient des difficultés;
- le Manitoba a commencé à évaluer des DIM en 1997 à la demande de la Saskatchewan et l'année suivante à la demande de la Nouvelle-Écosse;
- il y a environ un an et demi, on a commencé à évaluer les DIM pour le Manitoba;
- pour les DIM du Manitoba, il y a deux voies possibles vers la pratique. L'évaluation est pour les DIM accédant à la pratique par la voie directe et un petit nombre qui participe au programme manitobain pour les DIM.

La voie du Programme d'obtention du permis d'exercice de la médecine à l'intention des médecins diplômés à l'étranger (Le Dre Ruth Simkin est directrice de cette voie.)

- parmi les exigences on compte la nécessité d'être citoyen du Manitoba;
- 15 personnes sont choisies pour participer au CAPE. On souhaite qu'au moins 10 d'entre elles se démarqueront et suivront une formation d'un an avant d'entrer en pratique;
- le choix dépend entièrement des résultats à l'EECMC et aux EACMC, parties I et II. Les personnes ayant réussi l'EACMC, partie II sont choisies en premier. Depuis quelques années, les personnes n'ayant que l'EECMC n'ont pu être évaluées dans le cadre du CAPE;
- depuis deux ans, les postes disponibles n'ont pas été comblés : 5 candidats sur 15 et 6 candidats sur 16 ont nécessité au moins un an de formation pour être prêts à exercer;
- le taux de réussite est bon pour ceux qui suivent la formation d'un an. Environ 2 personnes n'ont pas réussi. La raison de la réussite semble être une compréhension des questions culturelles.

La voie directe

- à la suite de plaintes en matière de droits de la personne, on a instauré la voie directe il y a environ un an et demi. Auparavant, on privilégiait certains pays, notamment l'Afrique du Sud. Maintenant, tous ceux qui se présentent doivent être évalués et le nombre de candidats d'Afrique du Sud a diminué;
- 65% des médecins en milieu rural sont des DIM;
- en ce qui concerne la voie directe, les personnes doivent avoir passé l'EECMC, avoir pratiqué pendant 3 des 5 dernières années, détenir une offre d'emploi conditionnelle et avoir complété le CAPE. Les personnes sont dirigées; la présélection est donc faite et les personnes dirigées réussissent bien.

Sommaire

- l'évaluation a posé des problèmes; elle sera donc modifiée dans les 6 prochains mois. Le CAPE est une évaluation de 3 jours et cette durée s'est avérée insuffisante pour évaluer toutes les compétences requises;
- comme tous ceux qui se présentent par la voie directe doivent travailler dans les régions rurales du Manitoba, ils doivent avoir des compétences en médecine d'urgence. Le fait est que certaines personnes ne savent pas comment accomplir certaines tâches comme des points de suture;
- le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial, l'*Office of Rural Northern Health*, les régies régionales de la santé du Manitoba et l'Université du Manitoba ont passé la dernière année à élaborer un processus qui satisfait toutes les parties;
- en plus de l'évaluation de 3 jours, il y aura une évaluation clinique de trois semaines comprenant une orientation de deux jours;
- les résultats varieront de l'entrée en pratique immédiate à une formation maximale d'un an en passant par la consultation pour un changement de carrière. Cela comprendrait l'acceptation de 25 personnes par an.

Processus d'évaluation – spécialistes, Programme NRSAP (*Non-Registered Specialists Assessment Program*)

- ce programme existe depuis 4 ans;
- la durée de l'évaluation varie de 3 mois à 1 an;
- pour être évalué, le candidat doit faire examiner ses titres de compétence par le CPSM et détenir une offre d'emploi;
- les régions doivent payer une cotisation pour couvrir les coûts de la supervision, de l'observation et le salaire qui est équivalent à celui d'un résident de niveau R5;
- les évaluations se font en obstétrique et gynécologie, en chirurgie générale, en urologie, en pathologie, en cardiologie, en neurologie et en anesthésie. Les évaluations en médecine interne commenceront bientôt.

Ontario – Programme IMG-Ontario

Radu Vestemean est le président et l'architecte en chef de l'information de la société Knowledge4You et il est le fournisseur des TI pour le programme IMG-Ontario. Il présente un aperçu du processus de demande et de la façon dont les données sont recueillies pour IMG-Ontario compte tenu des milliers de demandes reçues. On a élaboré un système d'information sur les candidats pour faire face à cette avalanche de données. Le Dr Vestemean décrit le système de gestion des données plutôt que le programme d'évaluation.

Libre-service

- le candidat fait sa demande en ligne en remplissant les champs de données y compris le paiement. L'information est conservée au bureau d'IMG-Ontario. Le personnel d'IMG-Ontario met l'information à jour en fonction des documents reçus et des examens passés. Le candidat a accès à son dossier et peut mettre à jour ses adresses électroniques et postales;
- le DIM remplit les champs reliés à sa spécialité, ses renseignements personnels, son statut juridique, sa langue, l'EECMC, sa formation médicale pré- et post-doctorale, son accréditation, ses permis d'exercer, sa pratique clinique et ses références.

Le personnel d'IMG-Ontario

- un membre du personnel peut rechercher les noms des candidats, leur date de naissance, le nombre de fois qu'ils ont déposé une demande et l'état de leur demande. Parmi les autres renseignements, mentionnons ceux sur l'inscription que le personnel saisit pour s'assurer du respect des critères. De plus, l'information reliée à l'acceptation à un programme indique l'université et la spécialité;
- quand le candidat passe un examen, le personnel rend les résultats disponibles. Ce processus se faisait habituellement par courrier et par courriel; avec le processus de demande en ligne, le candidat ouvre une session dans la demande et consulte les résultats.

Données

- le nombre de visites du site Web d'IMG-Ontario révèle des domaines du Canada, de l'Arabie saoudite, du Royaume-Uni, du secteur sans but lucratif et du secteur éducationnel américain;
- à partir des données produites par les candidats et le personnel, on peut créer des tableaux sur le sexe, le nombre de demandes par spécialité et le nombre de fois qu'un candidat a fait une demande;
- selon les données soumises pour la base de données sur des DIM, l'exportation de données proviendra des données conservées par IMG-Ontario.

Discussion : la discussion a permis de soulever des questions sur les sujets suivants :

- l'accessibilité de la demande en ligne pour les candidats non anglophones;
- la demande libre-service est réalisée en langage simple;
- les questions de communication ont été résolues par la création d'un site pour les mises à jour;
- accès aux ordinateurs aux bureaux d'IMG-Ontario ou de l'éducation médicale post-doctorale avec assistance pour remplir la demande;
- le programme IMG-Ontario a rassemblé 900 ECOS dans la période précédente;
- il y a plusieurs courants de résultats dont la résidence, le stage clinique, R1, R2, et l'admission des DIM en deuxième période du jumelage CARMS;
- l'orientation politique était de faire en sorte que les DIM entrent en pratique rapidement, mais il semble que beaucoup d'entre eux ont besoin d'une formation de niveau R1. On a l'intention de réévaluer le programme;
- tous les DIM ne sont pas tenus de remplir une promesse de service post-formation;
- les personnes admises à un programme de préparation à la résidence (PPR) pour atteindre leur niveau R1 ou supérieur doivent remplir une promesse de service post-formation du Programme des services régionaux insuffisamment desservis de l'Ontario.

Alliance occidentale pour l'évaluation des médecins formés à l'étranger

Howard Wright est aussi membre de la principale équipe de projet de WAAIP.

Contexte

- il s'agit d'un projet de démonstration dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux services médicaux par l'intégration des DIM dans les effectifs médicaux de l'Ouest et du Nord canadiens;
- ce programme recherche des candidats prêts à exercer. On a beaucoup débattu à savoir ce que signifie être « prêt à exercer ». Les personnes admises à ce programme sont sur le point d'obtenir leur permis d'exercer;
- projet de démonstration d'un an financé par Santé Canada dans les provinces de l'Ouest. Le financement a été mis en commun pour les quatre provinces de l'Ouest et les trois territoires et il prendra fin le 31 mars 2006;
- évaluation clinique : médecine familiale, chirurgie générale et médecine interne générale pour ce projet pilote.

Partenaires de l'Alliance

- plusieurs partenaires de différents territoires de compétence travaillent ensemble. L'apprentissage et la collaboration sont immenses entre les ministères de la santé, les organismes de réglementation professionnelle des provinces, les facultés de médecine, les régions sanitaires pour les sites d'évaluation, les programmes provinciaux sur les DIM et le personnel interne;
- le *Western Northern Health Human Health Resource Planning Forum* est le groupe parapluie regroupant environ 18 projets, dont celui de WAAIP;
- le comité directeur du projet, une équipe principale du projet et 7 groupes de travail différents comprenant tous des membres des 7 types d'organismes.

Processus de demande

Les DIM devaient faire une demande d'admission à ce programme. Ils devaient avoir passé l'EECMC, détenir une offre d'emploi conditionnelle ou être parrainés par un ministre de la Santé. On a reçu 112 demandes et chacun des ordres professionnels provinciaux a décidé d'aller de l'avant avec les évaluations.

Évaluation en deux phases

- phase A : 41 candidats sur 112 ont franchi la phase A dont 35 en médecine familiale, 5 en médecine interne et 1 en chirurgie générale. La représentation provinciale était la suivante : 5 de l'Alberta, 15 de la Colombie-Britannique, 7 du Manitoba, 12 de la Saskatchewan et 2 du Yukon;
- phase B : 25 candidats sur 41 ont passé l'évaluation de trois mois sur le terrain.

Sommaire

Dans un court laps de temps, le processus consistait à rassembler tous les groupes, à examiner les attentes des différents partenaires, à décider de la façon de traiter

l'information recueillie et à décider d'étendre ou non les spécialités et le processus. Les outils font l'objet d'une évaluation.

Terre-Neuve-et-Labrador – Programme CSAT (*Clinical Skills Assessment and Training Program*)

Le Dr Carl Sparrow est le directeur du programme d'évaluation pour Terre-Neuve-et-Labrador.

Contexte

- en 1997, le gouvernement provincial a constaté la nécessité de recruter des médecins de famille pour les régions rurales. La faculté de médecine ne formait pas de médecins pour pratiquer la médecine familiale dans les régions rurales de Terre-Neuve;
- les principaux commanditaires étaient le gouvernement provincial, le bureau du développement professionnel de l'Université Memorial et le *Newfoundland Medical Board*;
- le programme CSAT a été instauré en 1997 et a commencé à produire des médecins en 1998. Il s'appuie en grande partie sur le programme du Manitoba;
- le programme CSAT évalue aussi des médecins du *Newfoundland Medical Board* qui sont des médecins canadiens pouvant avoir besoin d'une évaluation ou provenant d'autres provinces;
- le programme CSAT évalue aussi des médecins du Nouveau Brunswick et l'Î.-P.-E.

Formation

- aucun des programmes de formation n'est offert à St. John's. Cela est particulier car nous sommes allés chercher des personnes à l'extérieur de la plus grande ville;
- si un organisme de réglementation sanitaire parraine une personne, il faut qu'un certain niveau de formation soit offert par cet organisme de sorte que la personne apprenne à connaître la région;
- il y a un comité consultatif médical de la faculté de médecine;
- les responsables du programme CSAT font rapport au CPSNL qui peut modifier les exigences éducationnelles.

Demande d'admission au programme

- les candidats déposent une demande en ligne auprès du CPSNL qui vérifie ensuite les titres de compétences;
- si les titres de compétences sont satisfaisants, le CPSNL renvoie la demande au programme CSAT;
- toutes les demandes d'admission sont examinées par le CPSNL;
- le programme CSAT envoie une trousse et le candidat doit obtenir une offre d'emploi à la fin du programme;
- il n'est pas nécessaire que le candidat soit résident de Terre-Neuve-et-Labrador;
- le programme est autosuffisant et n'est pas financé par le gouvernement. Le financement provient des individus ou de la régie régionale de la santé. Selon ses besoins, la régie régionale de la santé défraie habituellement les coûts de l'évaluation.

Évaluation

- examen formel de deux jours;
- programme de formation clinique de 6 mois en médecine d'urgence, médecine familiale, médecine interne, psychiatrie, obstétrique et gynécologie;
- une évaluation est faite toutes les deux semaines;
- le programme CSAT peut accueillir un maximum de 14 candidats.

Sommaire

- depuis 1998, 130 évaluations ont été réalisées et 69 candidats ont réussi et exercent au Canada;
- certains doivent passer une réévaluation en fonction de leurs examens initiaux;
- le nombre total d'évaluations pour 2005 était de 21 et il y a eu 16 nouvelles évaluations;
- il y a deux ans, le programme CSAT a réalisé une étude rétrospective pour savoir ce que les gens attendaient du programme;
- de 35 à 40% des candidats passent les examens du CMFC environ deux ans après avoir participé au programme CSAT;
- il y a 70% de chance que la personne soit toujours dans la province trois ans après avoir participé au programme CSAT;
- 70% des personnes qui pratiquent la médecine à l'extérieur de St. John's sont des DIM dont le nombre a grandi au fil du temps;
- parmi les points forts on souligne que les DIM ont beaucoup à offrir : ils connaissent les effets du stress social, des valeurs culturelles et de la famille, et ils parlent plusieurs langues;
- parmi les difficultés, on note le modèle médical qu'on leur avait enseigné, les tabous sociaux dans leurs demandes et la réticence à partager le pouvoir avec les patients.

Aspects importants

- la santé communautaire devient extrêmement importante dans ces programmes;
- les soins palliatifs – un nouveau programme faisant partie de la pratique de la médecine familiale où le directeur des soins palliatifs passe en revue les médicaments;
- la prescription de narcotiques;
- l'éducation sur le diabète;
- les services de toxicologie;
- les précepteurs doivent travailler avec les DIM;
- les difficultés comprennent l'aptitude et l'adaptation à travailler à Terre-Neuve-et-Labrador, et la possibilité de rester suffisamment longtemps dans une collectivité pour y développer un sentiment d'appartenance.

Discussion : la discussion a permis de soulever des questions sur les sujets suivants :

- Les questions posées dans l'évaluation deviennent-elles connues parmi les DIM.
- Le rôle des entrevues orales structurées.

Nouvelle-Écosse – Programme CAPP (*Clinical Assessment for Practice Program*)

Robert Maudsley est le directeur du programme CAPP de la Nouvelle-Écosse.

Contexte

- le programme est né d'un besoin. Pendant plusieurs années, les personnes qui demandaient un permis d'exercer en Nouvelle-Écosse étaient renvoyées au processus d'évaluation et de perfectionnement professionnel des cliniciens du Manitoba;
- sans aucun financement du gouvernement provincial pour lancer ce programme, le conseil d'administration du CPSNS a décidé d'aller de l'avant et d'investir 300 000 \$ de son fonds de prévoyance pour la mise sur pied du programme CAPP;
- le programme CAPP a commencé il y a 17 mois;
- il n'y a aucun poste de formation pour les DIM dans la province;
- les candidats sont acceptés sur référence. Le Collège examine leurs titres de compétence;
- on met l'accent sur la capacité d'exercer en médecine familiale.

Exigences

Les candidats doivent avoir obtenu leur diplôme, avoir été formés et avoir exercé à l'étranger. Le programme CAPP accepte les citoyens canadiens et résidents permanents sans préalables de résidence en Nouvelle-Écosse. Le programme CAPP accepte les renvois de tous les organismes de réglementation.

Évaluations

- évaluation de 56 candidats en juin 2005. De ce nombre, 11 pratiquent maintenant en Nouvelle-Écosse;
- une deuxième évaluation a eu lieu en décembre 2005 auprès de 44 candidats;
- l'original du rapport est remis au candidat, et une copie est remise au collègue l'ayant référé;
- 17 candidats avaient besoin de leurs résultats pour être admis au système de jumelage CARMS;
- la prochaine évaluation aura lieu en juin 2006.

Processus d'évaluation

- partie A – Évaluation de l'ECOS et examen écrit sur les mesures thérapeutiques avec rapport sur les points forts et les points faibles. La personne qui obtient un permis d'exercice provisoire du CPSNS passe à la partie B;
- partie B - 1 an avec un mentor. Ceux qui détiennent un permis défini doivent avoir un commanditaire (régie régionale) et un mentor. Il y a 50 régions à l'extérieur de la région métropolitaine de Halifax et les régies régionales proposent des noms de mentors. Chaque médecin du programme CAPP suit un programme d'éducation personnalisé élaboré en collaboration avec le service d'EMC de l'Université Dalhousie :

- période de 2 à 4 semaines avec un mentor;
- processus formel avec rapports d'étape mensuels du mentor;
- 5 heures par semaine avec le mentor;
- après 4 à 6 mois, il y a un examen de pratique par un évaluateur externe et une évaluation de 10 mois de sources multiples;
- le comité des vérifications des titres de compétences décide si le permis d'exercer sera maintenu ou s'il y aura mentorat formel. La personne doit être parrainée jusqu'à obtention d'un permis d'exercer complet.

Futur : la plateforme du programme CAPP pour un projet pilote avec les infirmières autorisées de la Nouvelle-Écosse pour l'évaluation des infirmières praticiennes.

Discussion : la discussion a soulevé des questions sur les sujets suivants :

- l'accréditation par le CMFC dans les 4 ans et les différences entre la réussite et l'échec pour les diplômés en médecine canadiens et les DIM (taux d'échec de 5 à 7% pour les diplômés Canadiens et de 30% pour les DIM);
- programme d'éducation personnalisé par l'apprentissage en ligne et les appels conférence;
- l'objectivité du mentor et l'appui accordé aux mentors communautaires par le coordonnateur du mentorat.

Résultats de l'atelier :

- sensibilisation accrue à la notion de respect de la vie privée afin d'instaurer une culture de respect de la vie privée dans l'accomplissement des tâches de recherche;
- les politiques et les lois en matière de protection de la vie privée peuvent être un atout pour veiller à ce que la recherche soit effectuée;
- les programmes et les processus d'évaluation des DIM élaborés par les provinces et territoires témoignent d'une grande diversité;
- l'Ontario, le Québec, l'Alberta et la C.-B. ont des programmes d'évaluation incluant la résidence. Les autres provinces évaluent les DIM pour voir s'ils sont « prêts à exercer »;
- les deux questions suivantes étaient incorporées dans la discussion : Que signifie la « transparence » pour les centres d'évaluation? Quelle est le point de vue des DIM en ce qui concerne la « transférabilité » des titres de compétences?
- quelle est la profondeur et le bassin de DIM dans notre collectivité?
 - la qualité des candidats qui passent nos évaluations est plus grande qu'il y a trois ans, par ex., diplômés d'études supérieures d'universités canadiennes;
 - le nombre de candidats ne diminuera probablement pas beaucoup;
 - au cours des dernières années, un plus grand nombre de candidats accèdent à la pratique et à la résidence;
 - il existe une source inexploitée de médecins prêts à pratiquer au Canada;
 - le nombre de candidats à l'EECMC a augmenté;
 - comme le nombre de places est limité pour l'évaluation des DIM, il faudra du temps pour épuiser la source;
 - les DIM devraient-ils faire partie d'une équipe de traitement clinique dans les hôpitaux ou être seuls avec un précepteur;
 - différents niveaux allant de la résidence au passage rapide des DIM au statut de « prêt à exercer ».

Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont participé à cet atelier.