



# PROJET RELATIF AU PLAN DIRECTEUR

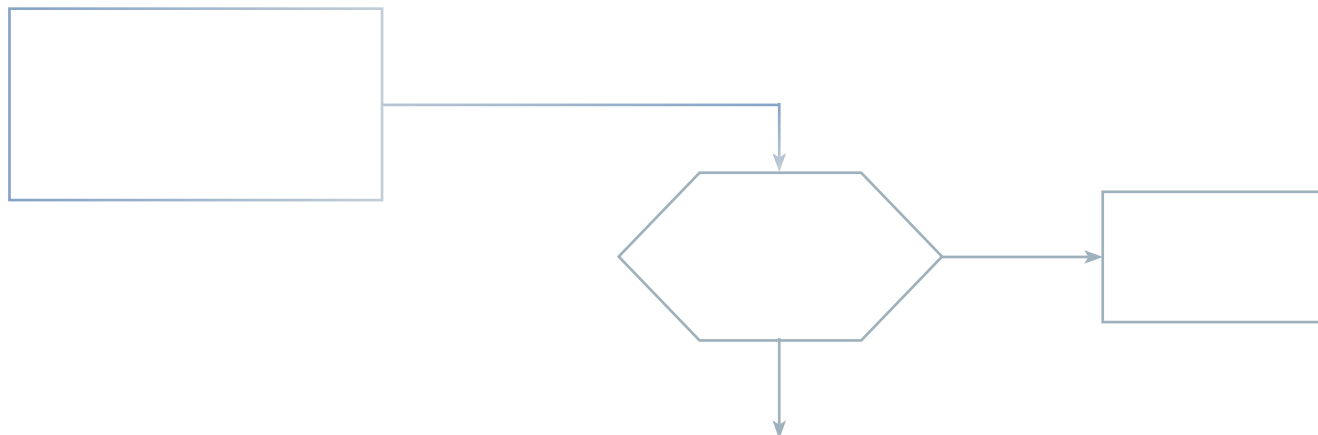


MEDICAL COUNCIL  
OF CANADA

LE CONSEIL MÉDICAL  
DU CANADA

Plan directeur et spécifications  
de contenu des examens d'aptitude

Septembre 2014 – Version finale



## Plan directeur et spécifications de contenu des examens d'aptitude

Le Conseil médical du Canada  
2283, boul. St. Laurent, Bureau 100  
Ottawa ON K1G 5A2  
Canada

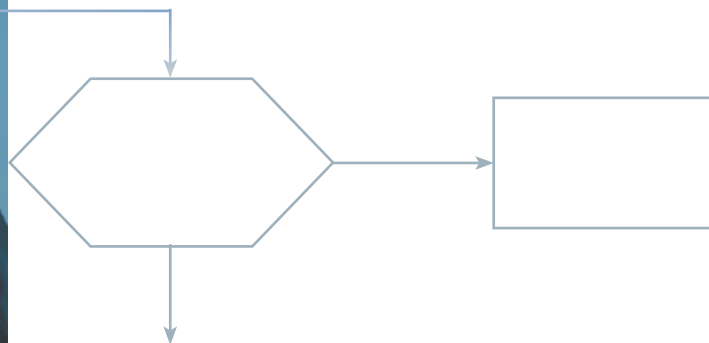
mcc.ca  
blueprint@mcc.ca

© Le Conseil médical du Canada, 2014

Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales seulement, avec indication de la source tel qu'il est indiqué ci-dessous. La reproduction du document à toute autre fin est interdite sans l'autorisation écrite du Conseil médical du Canada.

### Comment citer ce document en référence :

Touchie C., Streefkerk C. for the Blueprint Project Team.  
Blueprint Project – Qualifying Examinations Blueprint and Content Specifications.  
Ottawa, Ontario. September 2014



## Projet relatif au Plan directeur

### Le Conseil médical du Canada (CMC)

veille à offrir aux Canadiens les meilleurs soins médicaux qui soient grâce à l'excellence de l'évaluation des médecins. Chaque année, le CMC évalue par ses examens plus de 12 000 étudiants et diplômés en médecine.

Le groupe de travail du CMC pour la révision des évaluations a entrepris une étude stratégique de ses processus d'évaluation, en mettant nettement l'accent sur les buts et les objectifs, la structure et l'harmonisation de ces processus avec les exigences des principaux partenaires du CMC. Cet examen a porté sur les tendances actuelles en matière d'éducation, de réglementation et d'évaluation dans le domaine médical. Il a également pris en considération le rôle et les objectifs des examens du CMC en vue de répondre aux besoins actuels et futurs des ordres des médecins, du public et des autres intervenants. Des consultations auprès de nombreux partenaires et des analyses ont été menées de 2009 à 2011. Les recommandations et le rapport qui en ont résulté ont été approuvés par le Conseil du CMC en 2011.

En plus de mettre l'accent sur la réévaluation et le réalignement des examens du CMC, le rapport contenait une recommandation clé portant sur la validation et la mise à jour des plans directeurs des examens d'aptitude du CMC.

Dans le cadre de son engagement à maintenir des pratiques exemplaires en matière de formation et d'évaluation en médecine, le CMC a mis sur pied un projet relatif au Plan directeur pour étudier et mettre en oeuvre une approche fondée sur des données probantes, afin de définir les compétences dont les médecins devront faire preuve et sur lesquelles ils seront évalués à deux points de décision : (1) le début de la résidence; (2) le début de la pratique autonome. Le but visé est de faire en sorte que les compétences, connaissances, habiletés et comportements cruciaux, qui sont au coeur de soins sûrs et efficaces pour les patients au Canada, soient évalués de manière appropriée aux deux points de décision.

## Préambule

Au cours des 24 derniers mois, le CMC a entrepris des travaux visant la validation et la mise à jour des plans directeurs des examens d'aptitude du CMC. Un tel plan directeur correspond aux connaissances, compétences et comportements exigés d'un professionnel et guide l'élaboration des évaluations. Ce plan est crucial pour faire en sorte que les éléments considérés comme importants pour des soins aux patients et soins de santé sûrs et efficaces au Canada soient représentés dans les examens et autres formes d'évaluation.

Le Plan directeur du CMC, approuvé par le Conseil du CMC en septembre 2014, est fondé sur des données probantes et résulte d'une approche collaborative. À partir des résultats de nombreuses recherches, un groupe de 12 médecins experts représentant divers points de vue et organismes a rédigé une ébauche de plan directeur qui a été examinée par de multiples intervenants lors de consultations approfondies. Le Plan directeur du CMC est structuré selon deux dimensions qui représentent : (1) un continuum de soins; (2) des activités que les médecins accomplissent quotidiennement. Ce Plan directeur offre au CMC la possibilité d'évaluer les compétences centrales fondamentales exigées des médecins qui pratiquent au Canada à différents moments de leur carrière, peu importe leur spécialité.

## Correspondance avec les rôles CanMEDS

En 2009, le CMC a adopté les rôles CanMEDS<sup>1</sup> pour structurer ses Objectifs. Un examen mené par le Conseil du CMC en septembre 2013 a montré qu'il y a une correspondance directe entre les rôles CanMEDS et les dimensions du nouveau Plan directeur. Le Plan directeur offre donc un cadre d'évaluation qui complète bien à la fois le cadre CanMEDS, défini par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et le cadre CanMEDS-MF, élaboré par le Collège des médecins de famille du Canada.

## Définition du Plan directeur du CMC

### *Collecte et analyse des données*

Un ensemble de rapports portant sur diverses facettes de la pratique et de l'évaluation des médecins a fourni des données éclairant le Plan directeur du CMC :

- **Report of the National Survey of the Physicians, Pharmacists, Nurses, and Public in Canada: 2013** (*Rapport de l'enquête nationale auprès des médecins, des pharmaciens, du personnel infirmier et du public au Canada – 2013*) — Cette enquête portait sur l'importance relative des connaissances, compétences et comportements attendus de la part des médecins aux deux points de décision – début de la résidence

(autrefois appelée pratique supervisée) et début de la pratique autonome (non supervisée). Cette enquête nationale a été conçue autour des rôles CanMEDS<sup>1</sup>, conformément aux Objectifs du CMC.

- **Report of Incidence and Prevalence of Diseases and Other Health Related Issues in Canada (*Rapport sur l'incidence et la prévalence des maladies et d'autres problèmes de santé au Canada*)** — Ce rapport met en évidence les affections prévalentes qui devraient faire l'objet d'évaluation dans les examens préalables à l'obtention d'un permis d'exercice de la médecine, pour faire en sorte que les médecins soient bien préparés à traiter les principaux problèmes de santé auxquels la population canadienne est actuellement confrontée, ainsi que d'autres questions importantes comme la santé de la population, les soins aux personnes âgées, la santé des Autochtones et la sécurité des patients.
- **Report on the Supervision of New PGY-1 Residents: A Case Report of Supervisors' Expectations vs. Residents' Perceptions project (*Rapport sur la supervision de nouveaux résidents en première année de formation postdoctorale : attentes des superviseurs et perceptions des résidents*)** — Ce rapport définit les activités professionnelles pouvant être exercées de façon indépendante, afin de donner des points de vue sur le degré de supervision au début de la première année de formation postdoctorale. Ce rapport a aidé à cerner les attentes au point de décision – début de la résidence (autrefois appelée pratique supervisée).
- **Report to the Medical Council of Canada on Current Issues in Health Professional and Health Professional Trainee Assessment (*Rapport au Conseil médical du Canada sur les problèmes actuels d'évaluation des professionnels de la santé en exercice ou en formation*)** — Ce rapport expose des idées et des points de vue sur les manières dont le CMC pourrait envisager d'adapter ses méthodes actuelles d'évaluation, et d'élaborer de nouveaux outils en accord avec les conceptions modernes et futures de l'enseignement et de la pratique de la médecine.

Ces rapports, résumés à l'[annexe A](#), ont fourni des perspectives sur l'importance des compétences, la fréquence des tableaux cliniques, les activités professionnelles pouvant être exercées de façon indépendante, ainsi que sur les visions actuelle et future de l'évaluation.

### **Définition du Plan directeur et des spécifications de contenu**

Pour définir le Plan directeur et les spécifications de contenu, le CMC a invité 12 médecins experts (voir l'[annexe B](#)) à juger le contenu qui devrait faire l'objet d'une évaluation aux deux points de décision. Ces experts représentaient :

- *le Conseil du CMC – avec des représentants des ordres des médecins et des universités;*
- *des organismes de reconnaissance professionnelle – CRMCC et CMFC;*
- *le milieu de la formation médicale – doyens des études médicales de premier cycle et des études médicales postdoctorales;*
- *des comités du CMC – Comité central des examens, Comité sur les Objectifs et comités d'épreuves.*

Un atelier de trois jours a eu lieu à la mi-mai 2013, afin d'en arriver à un consensus et de formuler des recommandations concernant un plan directeur et des spécifications de contenu des examens d'aptitude du CMC. Le Plan directeur qui en a résulté servira de cadre pour évaluer les compétences centrales fondamentales exigées des médecins à différents moments de leur carrière, peu importe leur spécialité.

### **Consultations des intervenants**

De juin à décembre 2013, le CMC a tenu des consultations auprès d'importants groupes d'intervenants :

- *Conseil du CMC (à l'assemblée annuelle)*
- *Doyens des études médicales de premier cycle et des études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Canada*
- *Collège des médecins de famille du Canada*
- *Collège des médecins du Québec*
- *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*
- *Association des facultés de médecine du Canada*
- *Association canadienne des médecins résidents*
- *Fédération des médecins résidents du Québec*
- *Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada*
- *Fédération médicale étudiante du Québec*
- *Fédération des ordres des médecins du Canada*
- *Service canadien de jumelage des résidents*

De plus, le CMC a reçu des commentaires d'autres associations professionnelles par courriel et lors de réunions spéciales.

Le Plan directeur et les spécifications de contenu ont été dans l'ensemble bien accueillis, avec toutefois des suggestions dans le but de clarifier et d'améliorer les définitions et de faire en sorte que certains concepts soient plus explicites.

### Recommandations concernant le Plan directeur et les spécifications de contenu – Thèmes et résultats

Un plan directeur bidimensionnel commun d'évaluation a été proposé, de même que des spécifications de contenu pour des candidats à deux points de décision – début de la résidence et début de la pratique autonome.

		DIMENSIONS DES SOINS			
		Promotion de la santé et prévention de la maladie	Affections aiguës	Affections chroniques	Aspects psychosociaux
ACTIVITÉS DU MÉDECIN	Évaluation et diagnostic				
	Prise en charge				
	Communication				
	Comportements professionnels				

### Dimensions des soins<sup>2</sup>

Ces dimensions reflètent l'accent mis sur les soins pour le patient, la famille, la collectivité ou la population.

- Promotion de la santé et prévention de la maladie**  
*Processus qui consiste à permettre aux gens d'accroître la maîtrise de leur santé et de ses déterminants, et d'améliorer ainsi leur santé. La prévention de la maladie englobe les mesures visant non seulement à prévenir l'apparition de la maladie, par exemple la diminution des facteurs de risque, mais aussi à enrayer la progression de la maladie et à en diminuer les conséquences une fois qu'elle est établie<sup>3</sup>. Cela comprend entre autres le dépistage, les examens de santé périodiques, le maintien de la santé, l'éducation et la défense des patients, la santé communautaire et la santé des populations.*
- Affections aiguës**  
*Épisodes de maladie de courte durée, dans les limites de temps définies par le tableau clinique initial jusqu'à la transition des soins. Cette dimension comprend entre autres les affections urgentes, émergentes ou mettant la vie en danger, les nouvelles affections et l'exacerbation d'affections sous-jacentes.*



- **Affections chroniques**  
*Maladies de longue durée, comprenant entre autres les maladies à progression lente.*
- **Aspects psychosociaux**  
*Tableaux cliniques ayant leur origine dans les déterminants sociaux et psychosociaux de la santé, ainsi que les répercussions de ceux-ci sur le bien-être ou la maladie. Ces déterminants comprennent entre autres les défis de la vie, la situation économique, la culture, de même que les répercussions du milieu social et physique du patient.*

### **Activités du médecin**

Ces activités reflètent la portée de la pratique et des comportements d'un médecin qui exerce au Canada.

- **Évaluation et diagnostic**  
*Exploration de la maladie ou de l'affection, en utilisant le jugement clinique pour obtenir, interpréter et synthétiser l'information pertinente. Cela comprend entre autres l'anamnèse, l'examen physique et l'investigation.*
- **Prise en charge**  
*Processus comprenant entre autres la production, la planification et l'organisation de soins sûrs et efficaces, en collaboration avec les patients, leur famille, les collectivités, les populations et d'autres professionnels (p. ex. recherche d'une compréhension commune, accord sur les problèmes et les objectifs des soins, gestion du temps et des ressources, répartition des rôles pour parvenir à des décisions communes de traitement, travail en équipe).*
- **Communication**  
*Interactions avec les patients, leur famille, le personnel soignant, d'autres professionnels, les collectivités et les populations. Les éléments de la communication comprennent entre autres le développement d'une relation, la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle en matière de soins, l'éducation, la communication verbale (p. ex. grâce à l'entrevue centrée sur le patient et à l'écoute active), la communication non verbale et écrite, l'obtention d'un consentement éclairé ainsi que la divulgation d'incidents touchant la sécurité du patient.*
- **Comportements professionnels**  
*Attitudes, connaissances et habiletés fondées sur des compétences administratives cliniques ou médicales, la communication, la déontologie, de même que sur des obligations sociales et juridiques. L'application sage de ces comportements témoigne d'un engagement envers l'excellence, le*



*respect, l'intégrité, l'empathie, la responsabilité et l'altruisme dans le contexte du système canadien de soins de santé. De plus, les comportements professionnels du médecin comprennent entre autres la conscience de soi, la réflexion, l'apprentissage permanent, le leadership, les habitudes de recherche et le souci de sa propre santé pour une pratique durable.*

Les membres du comité d'experts ont estimé que ces domaines peuvent non seulement être évalués aux deux points de décision du Plan directeur du CMC, mais peuvent aussi s'appliquer à tout médecin en exercice. Ce Plan directeur reflète les connaissances, les compétences et les comportements qui devraient être ceux de tout médecin pratiquant au Canada, peu importe sa spécialité, lorsqu'il s'occupe de patients, de leur famille, de collectivités ou la population en général. Les dimensions ci-dessus ne sont pas mutuellement indépendantes, de sorte que des épreuves d'évaluation peuvent être conçues pour une ou plusieurs dimensions. Il est à noter que les principes de la sécurité des patients sous-tendent chacune de ces dimensions.

### **Spécifications de contenu**

Ces spécifications sont des lignes directrices quant à la répartition des domaines évalués. Tout comme le Plan directeur, elles couvrent les deux points de décision – le début de la résidence et le début de la pratique autonome – et les compétences centrales fondamentales exigées des médecins, peu importe leur spécialité. Même si tous les domaines doivent faire l'objet d'une évaluation à chaque point de décision, il y a des différences pour mettre l'accent sur certains domaines. Les spécifications de contenu proposent d'accorder un poids important aux dimensions de la communication et des comportements professionnels aux deux points de décision. D'autre part, les spécifications accordent légèrement plus d'importance aux affections aiguës et à l'activité d'évaluation et diagnostic pour l'évaluation des médecins au 1<sup>er</sup> point de décision, c.-à-d. le début de la résidence (voir l'[annexe C](#)), alors qu'elles mettent davantage l'accent sur les affections chroniques et l'activité de prise en charge au 2<sup>e</sup> point de décision, c.-à-d. le début de la pratique autonome (voir l'[annexe D](#)).

### **Transition vers le nouveau Plan directeur**

Les intervenants seront informés de tout nouveau développement bien avant sa mise en oeuvre. Il y aura des mises à jour régulières sur le site Web du CMC quant à la transition de l'examen d'aptitude (parties I et II) ainsi que sur les autres opportunités d'évaluation.



## Références

1. FRANK, J.R., M. JABBOUR et al. (éd.). *Rapport des groupes de travail CanMEDS de la Phase IV*, Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005.
2. Adapté de WENGHOFER, E.F., A.P. WILLIAMS, D.J. KLASS et D. FAULKNER. « Physician-Patient Encounters: The Structure of Performance in Family and General Office Practice », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26, 2006, p. 285-293.
3. Organisation mondiale de la santé, [www.who.int/chp/en](http://www.who.int/chp/en) (dernier accès le 2013-05-14).

## ANNEXE A

**Points saillants des rapports****Report of the National Survey of the Physicians, Pharmacists, Nurses, and Public in Canada: 2013 (*Rapport de l'enquête nationale auprès des médecins, des pharmaciens, du personnel infirmier et du public au Canada – 2013*)**

Ce rapport résume les résultats de l'enquête menée par le CMC dans le cadre d'une analyse de la pratique des médecins : a) qui commencent leur formation en résidence (pratique supervisée); b) qui viennent d'obtenir leur permis d'exercice (début de la pratique autonome). Le contenu de l'enquête reposait sur les objectifs déjà définis par le CMC. L'enquête a permis d'obtenir l'opinion des médecins sur l'importance des compétences attendues aux deux points de décision. D'autre part, on a demandé aux pharmaciens, au personnel infirmier et aux membres informés du grand public de donner leur opinion sur l'importance de compétences choisies de manière appropriée. L'enquête auprès des médecins a révélé que les rôles d'expert médical et les autres rôles sont tous primordiaux, et que les compétences jugées importantes au premier point de décision sont encore plus cruciales lorsque le médecin passe à une pratique autonome.



*Le rapport complet est accessible ici.*

**Report of Incidence and Prevalence of Diseases and Other Health Related Issues in Canada (*Rapport sur l'incidence et la prévalence des maladies et d'autres problèmes de santé au Canada*)**

Cette étude avait pour principal objectif d'examiner et de résumer la fréquence des diagnostics les plus communs et importants dans le contexte canadien. Pour ce faire, on a étudié les données disponibles, notamment sur les hospitalisations, les visites à l'urgence et les consultations en clinique externe. Les données sont structurées par tranche d'âge et selon certaines catégories, par exemple la santé des femmes, les affections psychiatriques et les maladies chroniques. L'inclusion de ces affections prévalentes dans les spécifications d'épreuves préalables à l'obtention d'un permis d'exercice de la médecine vise à faire en sorte que les médecins soient bien préparés à traiter les principaux problèmes de santé actuels des Canadiens.

L'étude avait aussi pour objectif d'approfondir certaines questions fondamentales pour la pratique de la médecine et qui peuvent ne pas être bien représentées par les tableaux cliniques et diagnostics ou les compétences énoncées par le CMC. Mentionnons par exemple la santé de la population, les soins aux personnes âgées, la santé des Autochtones et la sécurité des patients.



*Le rapport complet est accessible ici.*

## Points saillants des rapports (suite)

### **Report on the Supervision of New PGY-1 Residents: A Case Report of Supervisors' Expectations vs. Residents' Perceptions project (*Rapport sur la supervision de nouveaux résidents en première année de formation postdoctorale : attentes des superviseurs et perceptions des résidents*)**

Les résidents en première année de formation postdoctorale (R1) commencent leur pratique supervisée dans un environnement où des résidents avancés et le personnel responsable sont disponibles pour les guider et revoir leur travail. On s'attend à ce que les R1 soient supervisés, mais qu'ils prennent graduellement de plus en plus de responsabilités et qu'ils fonctionnent de manière autonome à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience.

Cette étude visait à déterminer s'il y a un écart entre le degré de supervision attendu par les chargés de formation clinique et ce que les R1 rapportent effectivement.

Parmi les dix activités professionnelles pouvant être exercées de façon indépendante énumérées (p. ex. transfert du dossier d'un patient, obtention d'un consentement éclairé), trois ont présenté des différences significatives entre les attentes des chargés de formation clinique et le degré de supervision rapporté par les R1. Ce sont : (1) la prise en charge de l'administration de liquides intraveineux; (2) l'obtention d'un consentement éclairé; (3) l'obtention de directives préalables. Il y a eu également des différences significatives pour trois autres activités (reconnaissance et début de la prise en charge de patients en état critique, transfert du dossier d'un patient, coordination du congé d'un patient) lorsqu'elles étaient exécutées la nuit.

Les R1 ont rapporté avoir effectué ces activités avec moins de supervision que ce à quoi les chargés de formation clinique s'attendaient, en particulier la nuit. L'inclusion des activités professionnelles pouvant être exercées de façon indépendante dans l'élaboration des programmes et des outils d'évaluation avant la résidence peut contribuer à mieux faire correspondre les activités des R1 avec les attentes des chargés de formation clinique.



L'article est publié dans la revue *Medical Education*, septembre 2014

### **Report to the Medical Council of Canada on Current Issues in Health Professional and Health Professional Trainee Assessment (*Rapport au Conseil médical du Canada sur les problèmes actuels d'évaluation des professionnels de la santé en exercice ou en formation*)**

L'objectif fondamental de ce rapport est d'exposer des idées et des points de vue sur les manières dont le CMC pourrait envisager d'adapter ses méthodes actuelles d'évaluation et d'élaborer de nouveaux outils en accord avec les conceptions modernes et futures de l'enseignement et de la pratique de la médecine, dans le but ultime de fournir de meilleurs soins de santé à tous les Canadiens.



Le rapport complet est accessible ici.

## ANNEXE B

**Le groupe de médecins experts**

- D<sup>r</sup> Stephen Aaron, *Comité des Objectifs du CMC*
- D<sup>re</sup> Cathy Cervin, *Collège des médecins de famille du Canada*
- D<sup>re</sup> Anne Fournier, *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*
- D<sup>re</sup> Lisa Graves, *Études médicales de premier cycle*
- D<sup>re</sup> Joan Glenn, *Représentante universitaire du CMC*
- D<sup>r</sup> Andrew Harris, *Comité d'épreuve du CMC*
- D<sup>re</sup> Johanne Lacelle, *Comité d'épreuve du CMC*
- D<sup>r</sup> Bill McCauley, *Fédération des ordres des médecins du Canada*
- D<sup>r</sup> Florin Padeanu, *Comité d'épreuve du CMC*
- D<sup>re</sup> Barbara Power, *Comité d'épreuve du CMC*
- D<sup>r</sup> Kamal Rungta, *Études médicales postdoctorales*
- D<sup>re</sup> Lynn Russell, *Comité des Objectifs du CMC*

## ANNEXE C

1<sup>er</sup> point de décision – Début de la résidence

## Spécification n° 1 – Grille

		DIMENSIONS DES SOINS				Poids de la ligne %
		Promotion de la santé et prévention de la maladie	Affections aiguës	Affections chroniques	Aspects psychosociaux	
ACTIVITÉS DU MÉDECIN	Évaluation et diagnostic					30±5
	Prise en charge					20±5
	Communication					30±5
	Comportements professionnels					20±5
<b>Poids de la colonne %</b>		<b>20±5</b>	<b>30±5</b>	<b>30±5</b>	<b>20±5</b>	<b>100</b>

## Spécification n° 1 – Contraintes

CATÉGORIE DE CONTRAINTE	DESCRIPTION	CONDITION
<b>Complexité</b>	Morbidités multiples	Au moins 10 %
<b>Age</b>	Nouveau-nés, nourrissons et enfants, adolescents, adultes, femmes adultes en âge de procréer, personnes âgées fragiles	Échantillon couvrant toutes les catégories d'âge, y compris des femmes adultes en âge de procréer et des personnes âgées fragiles
<b>Sexe</b>	Hommes, femmes	Bon équilibre (au moins 40 % de chaque sexe)
<b>Populations particulières</b>	Immigrants, LGBT, diverses situations d'accès aux soins, handicapés, Premières Nations, Inuits et Métis; patients en fin de vie, réfugiés, pauvres en milieu urbain, toxicomanes, sans-abri, etc.	Échantillon représentatif
<b>Milieux</b>	Milieux ruraux, collectivités isolées, établissements de soins de longue durée, visites à domicile, etc.	Échantillon représentatif

ANNEXE D

2<sup>e</sup> point de décision – Début de la pratique autonome

Spécification n° 2 – Grille

		DIMENSIONS DES SOINS				Poids de la ligne %
		Promotion de la santé et prévention de la maladie	Affections aiguës	Affections chroniques	Aspects psychosociaux	
ACTIVITÉS DU MÉDECIN	Évaluation et diagnostic					25±5
	Prise en charge					35±5
	Communication					20±5
	Comportements professionnels					20±5
<b>Poids de la colonne %</b>		<b>20±5</b>	<b>25±5</b>	<b>35±5</b>	<b>20±5</b>	<b>100</b>

Spécification n° 2 – Contraintes

CATÉGORIE DE CONTRAINTE	DESCRIPTION	CONDITION
<b>Complexité</b>	Morbidités multiples	Au moins 20 %
<b>Age</b>	Nouveau-nés, nourrissons et enfants, adolescents, adultes, femmes adultes en âge de procréer, personnes âgées fragiles	Échantillon couvrant toutes les catégories d'âge, y compris des femmes adultes en âge de procréer et des personnes âgées fragiles
<b>Sexe</b>	Hommes, femmes	Bon équilibre (au moins 40 % de chaque sexe)
<b>Populations particulières</b>	Immigrants, LGBT, diverses situations d'accès aux soins, handicapés, Premières Nations, Inuits et Métis; patients en fin de vie, réfugiés, pauvres en milieu urbain, toxicomanes, sans-abri, etc.	Échantillon représentatif
<b>Milieux</b>	Milieux ruraux, collectivités isolées, établissements de soins de longue durée, visites à domicile, etc.	Échantillon représentatif



## L'équipe du plan directeur des examens du CMC

D <sup>re</sup> Claire Touchie	<i>Conseillère en chef en éducation médicale – Co-responsable du projet</i>
Cindy Streefkerk	<i>Consultante – Co-responsable du projet</i>
Tanya Rivard	<i>Agente principale d'élaboration d'examens</i>
Anna Di Medio	<i>Administratrice du projet</i>
Sydney Smee	<i>Conseillère en évaluation</i>
Jessica Hertzog-Grenier	<i>Directrice des communications</i>
Ingrid de Vries	<i>Directrice associée – Bureau d'évaluation</i>
Becca Carroll	<i>Gestionnaire, Évaluations informatisées</i>
Andrea Gotzmann	<i>Chercheuse psychométricienne</i>
Marguerite Roy	<i>Chercheuse, Éducation médicale</i>
Sasha Papayanis	<i>Gestionnaire des banques de questions</i>
Alex Clay	<i>Gestionnaire, Coordination de projet</i>

