



ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER

*CONCEPTION DU FUTUR PROCESSUS PANCANADIEN
D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER*

***DOCUMENT DE TRAVAIL SUR LES NORMES POUR L'ÉVALUATION
DE LA CAPACITÉ À EXERCER EN MÉDECINE FAMILIALE***

PRÉPARÉ LE : 15 mai 2015

VERSION : n° 2.0

CONTRÔLE DES VERSIONS DU DOCUMENT

Version	Date	Description
0.1	18 septembre 2012	Intégration des commentaires du comité directeur de l'évaluation de la capacité à exercer de la CNE
0.2	26-27 septembre 2012	Intégration des noms du président et du représentant du CMFC dans le document
0.3	16 octobre 2012	Intégration des commentaires du groupe de travail élargi des partenaires
0.4	18 janvier 2013	Examen et officialisation des normes par rapport aux recommandations et aux révisions de contenu; séparation des normes et des composantes d'un modèle opérationnel durable
0.5	21 février 2013	Révisions et modifications importantes des compétences et section d'évaluation fournies par les programmes d'évaluation de la capacité à exercer, les ordres des médecins et le CMFC
0.6	18 mars 2013	Examen du comité consultatif sur l'évaluation de l'éducation médicale (CCEEM) du CMC
0.7	27-28 mars 2013	Révisions et modifications en fonction de l'ensemble des commentaires du groupe de travail élargi des partenaires des programmes d'évaluation de la capacité à exercer, des ordres des médecins, du CMFC, du CRMCC et des ministères de la Santé
1.0	10 mai 2013	Intégration des commentaires et approbation définitive du C ³ CNE
1.1	16 juin 2014	Intégration des précisions approuvées par le comité directeur de l'évaluation de la capacité à exercer de la CNE
1.2	19 novembre 2014	Incorporation des révisions suggérées par les groupes de travail spécialisés de l'évaluation de la capacité à exercer de la CNE et approuvé par le C3CNE
2.0	15 mai 2015	Incorporation des révisions suggérées par les groupes de travail de l'évaluation de la capacité à exercer de la CNE, le comité directeur de l'évaluation de la capacité à exercer de la CNE, et approuvé par le C3CNE

REMERCIEMENTS

La Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) regroupe un certain nombre d'organisations canadiennes, dont :

- [Santé Canada](#);
- le [Conseil médical du Canada \(CMC\)](#);
- les gouvernements provinciaux et territoriaux;
- [les programmes régionaux d'évaluation des DIM](#);
- les ordres des médecins provinciaux et territoriaux;
- la [Fédération des ordres des médecins du Canada \(FOMC\)](#);
- l'[Association des facultés de médecine du Canada \(AFMC\)](#);
- le [Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada \(CRMCC\)](#);
- le [Collège des médecins de famille du Canada \(CMFC\)](#);
- le [Collège des médecins du Québec \(CMQ\)](#);

Les représentants de ces organisations forment l'organe de gouvernance – le comité central de coordination de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (C³CNE) – qui a pour but d'élaborer des processus pancanadiens d'évaluation des diplômés internationaux en médecine (DIM), dont un processus commun d'évaluation de la capacité à exercer.

Plusieurs provinces se sont déjà dotées de leur propre processus d'évaluation. Pour améliorer la transférabilité entre les provinces et les territoires et réduire les doubles emplois, la CNE travaille avec ses partenaires pour créer une évaluation pancanadienne de la capacité à exercer qui sera semblable et comparable dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens. Cette évaluation sera accessible aux DIM qui cherchent à obtenir un permis provisoire pour commencer à exercer la médecine de façon indépendante¹.

Le projet d'évaluation de la capacité à exercer a été financé par Santé Canada et a pour but d'élaborer un processus pancanadien durable d'évaluation des DIM, sur le plan de la préparation à l'exercice. La mobilisation et la collaboration avec les représentants des ordres des médecins, des programmes ou processus d'évaluation existants ou prévus de la capacité à exercer des DIM, des collèges de certification, des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et d'autres experts en la matière ont permis l'élaboration de ce processus et l'entente sur les normes à appliquer.

Il convient de noter qu'il aurait été impossible d'élaborer ces normes sans les efforts et le dévouement d'importants partenaires :

- les ordres des médecins et la FOMC qui ont travaillé à la définition des *Normes pour la délivrance du permis provisoire*, élaborées grâce au travail du groupe de travail sur l'inscription de la FOMC et du groupe de travail sur l'évaluation et la supervision de la FOMC (lequel a aussi joué un rôle actif à titre de comité directeur dans le cadre des travaux sur le processus pancanadien d'évaluation de la capacité à exercer);
- le CMFC qui a établi la définition des compétences nécessaires pour exercer la médecine familiale grâce au leadership remarquable du D^r Tim Allen travaillant avec nos groupes d'experts;

¹ Au Québec, le permis restrictif permet une pratique autonome mais en établissement seulement.

- les responsables des programmes d'évaluation de la capacité à exercer des DIM, qui ont activement contribué au processus et qui ont proposé de modifier leurs programmes afin qu'ils respectent les normes définies.

Cette collaboration et ces liens ont été essentiels à la définition des normes pancanadiennes pour l'évaluation de la capacité à exercer et à l'élaboration d'approches en matière de mise en œuvre.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
APERÇU DU DOCUMENT.....	6
Objet du document.....	6
Structure du document	6
APERÇU DES NORMES PANCANADIENNES RELATIVES À L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER.....	7
1. ÉVALUATION INITIALE ET SÉLECTION POUR L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER ..	9
A. Évaluation initiale	9
B. Demande/inscription.....	9
C. Sélection/classement aux fins de l'évaluation de la capacité à exercer	10
2. CONTEXTE ET COMPÉTENCES.....	11
Contexte	11
A. Compétences	12
A.1 Habitudes sentinelles et domaines de soins cliniques.....	14
A.2 Gamme des sujets et des compétences	14
3. ÉVALUATIONS RÉALISÉES AU FIL DU TEMPS.....	15
A. Évaluation réalisée au fil du temps dans un environnement supervisé	15
B. Évaluateurs.....	18
C. Candidats.....	19
D. Outils d'évaluation	19
4. PRISE DE DÉCISIONS	21
A. Caractéristiques	21
B. Établissement de rapports	22
C. Contestation	22
5. ORIENTATION DES DIM	23
A. Contenu.....	23
ANNEXE A – LISTE DES ACRONYMES.....	25
ANNEXE B – NORMES RELATIVES AUX PERMIS PROVISOIRES DE LA FOMC – ATTENTES ET EXIGENCES PRÉALABLES À L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER	26

A. Pré-évaluation	26
B. Norme pour la délivrance du permis provisoire applicable à l'évaluation de la capacité à exercer	28

APERÇU DU DOCUMENT

Objet du document

Le document présente les normes acceptables dans le cadre d'un processus pancanadien d'évaluation de la capacité à exercer des diplômés internationaux en médecine (DIM) qui souhaitent exercer la médecine familiale au Canada. Il a été élaboré sous l'égide de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) et porte principalement sur le contenu d'un processus pancanadien.

Structure du document

Le document est organisé en fonction des aspects ciblés par l'évaluation de la capacité à exercer décrits ci-dessous et présente un aperçu des éléments suivants :

Corps

- **Description des éléments du processus** : le but des éléments du processus présenté dans le contexte d'une évaluation pancanadienne de la capacité à exercer
- **État pancanadien à venir** : proposition concernant l'état à venir de l'évaluation de la capacité à exercer
 - *Normes*
 - *Recommandations ou lignes directrices*

Annexes :

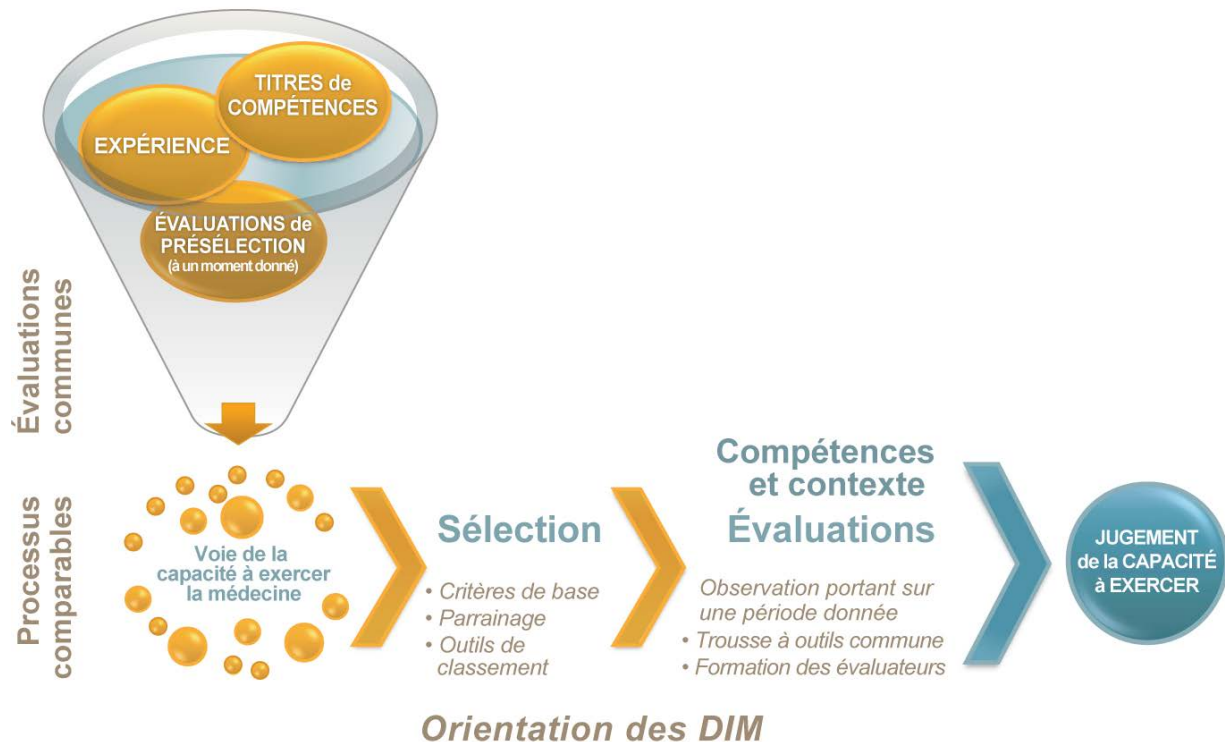
- **Annexe A** : Acronymes utilisés dans le document
- **Annexe B** : Normes pour la délivrance du permis d'exercice provisoire de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC)

APERÇU DES NORMES PANCANADIENNES RELATIVES À L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER

Voici les objectifs de l'évaluation de la capacité à exercer de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) :

1. Concevoir et proposer un processus pancanadien pour l'évaluation de la capacité d'un candidat à exercer la médecine (c.-à-d. se voir délivrer un permis provisoire à titre de médecin qui pratique de façon autonome).
2. Élaborer ou adopter des normes communes dans l'ensemble des administrations.

Dans le cadre de l'analyse du contexte de l'évaluation de la capacité à exercer achevée par la CNE en avril 2012, nous avons étudié un processus général qui est décrit dans le diagramme ci-dessous. Le processus proposé pour l'évaluation de la capacité à exercer comprend des éléments de présélection communs et des processus comparables dans toutes les administrations.



Dans le cadre de la conception, les activités seront axées sur l'établissement de normes acceptables pour les différents aspects du processus, y compris :

- Présélection initiale et sélection des candidats qui feront l'objet d'une évaluation de la capacité à exercer (section 1)
- Contexte et compétences (section 2)
- Processus, critères et outils d'évaluation utilisés (section 3)
- Processus décisionnel concernant la capacité d'un DIM à exercer la médecine (section 4)
- Orientation des DIM (section 5)

Voici certaines des sources d'information utilisées pour la rédaction du document, en plus des diverses réunions et des divers ateliers tenus :

- L'analyse du contexte de l'évaluation de la capacité à exercer réalisée par la CNE
- Groupe de travail sur l'évaluation et la supervision de la FMOC

1. ÉVALUATION INITIALE ET SÉLECTION POUR L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER

On prévoit un processus d'évaluation initiale et de sélection plutôt similaire permettant de choisir les DIM les plus susceptibles de réussir le processus d'évaluation de la capacité à exercer des provinces ou des territoires. Les ressources utilisées pour l'évaluation initiale et la sélection peuvent varier selon les régions. On pourrait utiliser, par exemple :

- des examens d'évaluation exigés partout au pays, des titres de compétences et l'expérience du candidat (p. ex., les résultats de l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada [ECCMC], de l'examen d'aptitude du CMC [EACMC], partie I, et d'examens de compétences linguistiques);
- les critères d'admissibilité minimums établis par chaque ordre des médecins permettant à une personne d'obtenir un permis d'exercice provisoire;
- le classement;
- les politiques relatives aux demandes/à l'inscription (c.-à-d. nombre de tentatives, preuve de remédiation/d'activités d'apprentissage après la dernière tentative de l'évaluation de la capacité à exercer, etc.)

A. Évaluation initiale

Pour pouvoir entreprendre le processus d'évaluation de la capacité à exercer, le médecin candidat doit satisfaire aux critères d'admissibilité minimums pour l'inscription au Canada conformément aux ententes relatives aux normes de la FOMC sur les demandes d'inscription médicale au Canada. Pour faciliter la consultation, les éléments exigés aux fins de la délivrance des permis provisoires et de l'évaluation initiale sont énumérés à l'Annexe B – *Normes relatives aux permis provisoires de la FOMC – Attentes et exigences préalables à l'évaluation de la capacité à exercer*².

Il convient de noter que d'autres outils actuellement étudiés feront peut-être l'objet d'une recommandation (p. ex., l'EACMC, partie I, s'il sera offert à l'échelle internationale et plus fréquemment, une évaluation des compétences linguistiques nécessaires pour l'exercice de la médecine) si les résultats montrent que les outils d'évaluation des compétences linguistiques possèdent une valeur prédictive.

Lorsque possible, des évaluations initiales ponctuelles devraient être offertes à l'extérieur du Canada.

B. Demande/inscription

Des normes générales relatives aux demandes ou aux inscriptions doivent être intégrées au processus pancanadien d'évaluation de la capacité à exercer en vue de favoriser des communications claires et cohérentes à l'intention des DIM et de permettre l'échange de renseignements entre les provinces et les territoires.

² Les normes de la FOMC sont celles qui ont été définies à la dernière étape du présent document de normes. La source principale est accessible auprès de la FOMC.

1. Programme

- 1.1. Avant que le candidat ne soit accepté dans le programme d'évaluation de la capacité à exercer, il faut que la capacité de procéder à une évaluation existe (« place disponible »).
- 1.2. Les médecins diplômés à l'étranger (« DIM ») doivent être parrainés à un emploi éventuel avant le début d'une évaluation réalisée au fil du temps. Nous recommandons fortement que le parrainage soit arrangé au moment de la demande d'inscription au programme d'évaluation de la capacité à exercer.
- 1.3. L'information sur les critères de l'évaluation initiale et de l'admissibilité doit être accessible au public.

2. Points concernant les candidats

- 2.1. Au total, les candidats ont droit à un maximum de deux tentatives dans l'ensemble des provinces et des territoires (et non deux tentatives à chaque endroit).
 - 2.1.1. Les tentatives doivent avoir lieu dans une période de cinq ans.
 - 2.1.2. Une tentative de réussite d'une évaluation réalisée au fil du temps correspond au début d'une période d'évaluation réalisée au fil du temps.
 - 2.1.2.1. Dans le cas d'un retrait de la part d'un candidat, les responsables du programme d'ECE peuvent décider, après avoir examiné la requête valide d'un candidat faisant valoir des circonstances particulières, de ne pas compter l'évaluation au fil du temps comme une tentative de réussite.
- 2.2. Dans le cadre des programmes d'évaluation de la capacité à exercer, il faut obtenir le consentement des candidats pour divulguer et utiliser certains renseignements, notamment :
 - 2.2.1. les tentatives d'évaluation de la capacité à exercer;
 - 2.2.2. les résultats d'appel;
 - 2.2.3. les résultats de l'évaluation de la capacité à exercer (réussite/échec/incomplet/retrait)³;
 - 2.2.4. les renseignements non nominatifs à des fins de recherche.
- 2.3. Le consentement des candidats doit comprendre un consentement éclairé touchant les partenaires qui auront accès à leurs renseignements.

C. Sélection/classement aux fins de l'évaluation de la capacité à exercer

Dans certaines provinces et certains territoires, les candidats doivent respecter des critères additionnels pour entreprendre le processus d'évaluation de la capacité à exercer. Habituellement, les critères concernent des activités de classement ou des outils d'évaluation qui permettent d'éliminer les DIM qui présentent une demande d'évaluation de la capacité à exercer, lorsque la capacité est restreinte en raison des coûts, des ressources, des délais, etc. (c.-à-d. si le nombre de candidats est supérieur au nombre de places disponibles). Ces activités de classement et de sélection ont lieu avant l'évaluation décrite à la section 3.

³ À la demande des ordres des médecins, deux versions en langage normalisé de la demande de consentement que doivent remplir les candidats qui se soumettent à une évaluation de la capacité à exercer ont été approuvées et feront l'objet de renvois dans de futurs documents liés aux politiques.

Aucune norme n'est décrite pour cette activité; par contre, l'élaboration d'activités de sélection ou de classement communes ou comparables est souhaitable.

2. CONTEXTE ET COMPÉTENCES

Dans le cadre du processus d'évaluation, on établira des critères normalisés en ce qui a trait au contexte et aux compétences. Ces critères souligneront les différences régionales en matière d'évaluation qui existeront dans le processus pancanadien.

Contexte

Être compétent ne signifie pas simplement faire « ce qu'il faut », mais bien faire ce qu'il faut au bon moment, de la bonne manière, pour les bonnes raisons et le faire tous les jours pour les personnes qui reçoivent les services. Le document de référence recommandé pour la définition des compétences dans un tel exercice de la médecine familiale est celui sur les Objectifs d'évaluation (OE) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Il s'agit d'objectifs fondés sur les compétences élaborés et définis par le CMFC dans le cadre d'un processus itératif de consultation auprès de médecins de famille praticiens de partout au Canada. Les OE ont été élaborés à partir d'un concept élargi de compétences et servent actuellement de base pour la conception des évaluations dans un contexte de formation pendant la résidence et pour l'établissement des examens de certification.

La structure des OE est composée de quatre éléments, et chaque compétence particulière est généralement décrite au moyen de ces quatre éléments.

1. Dimensions de la compétence essentielle (habiletés)⁴

- Compétences en raisonnement clinique – concentration sur les étapes qui exigent un niveau cognitif supérieur (p. ex., phases de diagnostic ou de résolution de problèmes, hypothèses et diagnostic différentiel, collecte de données et prise de décisions actives *[voir les phases, les sujets prioritaires et les éléments clés]*)
- Sélectivité – reconnaître que la compétence se caractérise davantage par l'adoption d'une approche sélective et adaptative pour résoudre les problèmes que par une approche routinière ou stéréotypée *(voir les sujets prioritaires et les éléments clés)*
- Communication *(voir les sujets et les comportements observables)*
- Professionnalisme *(voir les sujets et les comportements observables)*
- Habiletés techniques – mettre l'accent sur les compétences générales nécessaires pour poser des actes techniques de façon compétente et non sur les compétences techniques à proprement parler *(voir les actes techniques de base et les éléments clés)*

2. Phases de rencontre clinique

4 Une sixième compétence essentielle, approche axée sur le patient ou méthode clinique axée sur le patient, convient davantage à la Certification en médecine familiale et n'est pas obligatoire pour ce qui est de l'évaluation de la capacité à exercer. On s'attend bien sûr que les soins prodigués par les candidats soient axés sur le patient, mais il n'est pas nécessaire d'évaluer la méthode qu'ils utilisent pour arriver à cette fin.

3. Sujets prioritaires, actes techniques de base et thèmes

4. Éléments clés et comportements observables

Les quatre éléments concernant toutes les dimensions de compétences, fournissent une orientation claire pour l'apprentissage et l'évaluation clinique et permettent d'établir une norme raisonnable et transparente pour déterminer la réussite du processus d'évaluation de la capacité à exercer. Les éléments reposent sur des tâches et des problèmes cliniques courants qui seront probablement faciles à appliquer et à utiliser. Ils peuvent être utilisés pour établir des rapports définitifs selon presque n'importe quel cadre choisi.

Le document de référence de la présente section, *Définir la compétence aux fins de la Certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale*, est accessible à l'adresse suivante :

<http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/column1a.aspx?id=234&langType=3084>.

A. Compétences

Déclaration principale : Ces candidats possèdent les compétences nécessaires pour se voir délivrer le permis d'exercice de la médecine familiale et être inscrits dans un registre provisoire en tant que médecin le plus responsable (MPR) sous supervision, car :

« ils ont démontré avoir acquis et utilisé, de façon habituelle et judicieuse, les huit habitudes sentinelles observées chez les bons médecins de famille, qui permettent de régler les problèmes touchant tous les domaines de soins cliniques en médecine familiale qui sont décrits dans les Objectifs de l'évaluation en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada⁵ ».

Tableau 1 : Liste des habitudes sentinelles et des domaines de soins cliniques

Habitudes sentinelles	Domaines de soins cliniques
Tient compte de l'expérience et de la situation du patient pour reconnaître et prendre en charge les problèmes.	Médecine comportementale Santé mentale
Formule des hypothèses pertinentes afin de poser un diagnostic différentiel sûr et priorisé.	Soins des adultes
Établit l'importance et la priorité des divers éléments d'une situation et en tient compte.	Soins des enfants et des adolescents
Prend les patients en charge en appliquant les pratiques exemplaires qui existent.	Soins des personnes âgées

⁵ **Définir la compétence aux fins de la Certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale.** Le groupe de travail sur le processus de Certification du CMFC (<http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/column1a.aspx?id=234&langType=3084>)

Normes de la CNE pour l'évaluation de la capacité à exercer en médecine familiale

Habitudes sentinelles	Domaines de soins cliniques
Fait preuve de respect ou de sens des responsabilités.	Soins des personnes vulnérables et mal desservies
Communique à l'oral ou à l'écrit de façon claire et en temps opportun.	Maternité/soin des nouveau-nés
Utilise des éléments clés généraux pour faire une intervention.	Soins palliatifs
Recherche la rétroaction et y réagit de façon appropriée.	Compétences liées aux procédures

A.1 Habitudes sentinelles et domaines de soins cliniques

Les compétences essentielles en médecine familiale sont souvent intégrées au contexte de la pratique clinique au quotidien. Les principales compétences cliniques intégrées que l'on retrouve chez les bons médecins de famille deviennent des comportements habituels que l'on appelle « habitudes sentinelles ». Ces habitudes sont utiles et utilisées par les cliniciens responsables de l'évaluation et de la rétroaction en milieu clinique. Elles fournissent le fondement pour l'évaluation des compétences en milieu de travail⁶. Ce type d'évaluation, même s'il s'agit principalement d'une évaluation sommative, doit permettre d'obtenir et de consigner la rétroaction qui justifie les décisions définitives.

Les domaines de soins cliniques permettent de décrire toute l'étendue de la médecine familiale et servent de cadre garantissant que les évaluations de compétences tiennent compte de cette variété. Les sujets prioritaires et les actes techniques tirés des OE du CMFC sont tous liés à un ou à plusieurs des domaines de soins cliniques.

A.2 Gamme des sujets et des compétences

Les sujets et les problèmes particuliers que les candidats qui réussissent l'évaluation de la capacité à exercer devraient pouvoir régler, les soins qu'ils devraient être en mesure d'offrir et les compétences cliniques auxquelles ils devraient avoir recours sont décrits dans les OE du CMFC (compétences essentielles, phases, sujets prioritaires, éléments clés et comportements observables) et sont accompagnés des commentaires explicatifs suivants :

1. **Soins intrapartum et interventions obstétricales** : il n'y a aucune exigence en matière de compétences dans ce domaine de soins dans le cadre de l'évaluation de la capacité à exercer
2. **Examen physique** : le candidat doit être compétent dans tous les éléments courants de l'examen physique
3. **Niveau ou contexte de soins** : le candidat doit avoir les compétences nécessaires⁷ pour fournir des soins dans les milieux d'exercice suivants :
 - la collectivité;
 - les établissements de soins de longue durée;
 - les hôpitaux communautaires qui offrent des soins sur place et des soins actifs ou urgents.
4. **Environnements d'exercice précis** : pour les candidats qui se dirigent vers un environnement qui exige certaines compétences concernant des actes techniques ou la capacité de soigner certains types de patient ou de problèmes qui ne sont pas mentionnés ci-dessus :
 - les exigences en matière de compétences supplémentaires doivent être indiquées clairement;
 - les compétences supplémentaires ne doivent pas éclipser le besoin de démontrer l'ensemble des compétences générales, précisées plus haut.

⁶ This competency requirement does not imply that assessment must or should take place in these settings.

⁷ Cette exigence en matière de compétences ne signifie pas que l'évaluation doit ou devrait avoir lieu dans ces milieux d'exercice.

3. ÉVALUATIONS RÉALISÉES AU FIL DU TEMPS

L'évaluation est l'élément déterminant du processus pancanadien d'évaluation de la capacité à exercer. Elle englobe les normes acceptables appliquées à l'évaluation des compétences cliniques qu'il faut réaliser au fil du temps en milieu de travail. La portée de l'évaluation est large et englobe l'environnement de l'évaluation, les attentes en matière de compétences telles que définies à la section 2 (*Contexte et compétences*), les protocoles et les outils utilisés pour faire les évaluations, les rapports et les précisions relatives aux évaluateurs pour établir la comparabilité de la prise de décisions concernant la capacité à exercer. Le principal objectif est d'évaluer les attitudes, les compétences et les comportements des candidats par rapport à un échantillon raisonnable de domaines cliniques pertinents en vue d'assurer la qualité et la comparabilité des évaluations dans toutes les provinces et tous les territoires.

Il faut créer un équilibre entre :

- Les compétences générales et les compétences particulières nécessaires dans le contexte d'exercice propre à une province ou à un territoire;
- Les recommandations concernant la documentation minimale et maximale de l'évaluation à des fins de défense juridique;
- Le nombre d'observations documentées, d'évaluateurs, de lieux, de recommandations concernant le domaine et de paramètres régionaux liés au coût et à la logistique;
- Les variations régionales et le fait d'assurer la qualité et la comparabilité des décisions concernant l'évaluation dans toutes les provinces et tous les territoires.

A. Évaluation réalisée au fil du temps dans un environnement supervisé

A.1 Environnement

La supervision et l'évaluation doivent avoir lieu dans un milieu de travail semblable à celui dans lequel évoluera le candidat à l'évaluation de la capacité à exercer.

1. La personne ou l'organisation responsable du parrainage ne doit pas prendre part à l'évaluation réalisée au fil du temps.
 - 1.1. Dans le cas où il n'est pas possible de réaliser une évaluation au fil du temps en raison d'un manque de ressources (p. ex., aucun autre milieu de pratique n'est disponible et/ou le nombre d'évaluateurs est limité), le processus d'évaluation doit comprendre des mesures visant à prévenir une situation, réelle ou apparente, dans laquelle l'évaluateur serait en conflit d'intérêt ou aurait un préjugé.
2. L'évaluation doit avoir lieu dans un contexte d'exercice supervisé où :
 - 2.1. l'exercice clinique est continu et supervisé de près et où l'évaluation se fait régulièrement, et la rétroaction, quotidiennement;

Recommandations :

- Les candidats à l'évaluation de la capacité à exercer doivent se voir remettre un permis d'exercice pour pouvoir participer à une évaluation, au besoin
- Les candidats à l'évaluation de la capacité à exercer doivent être admissibles à l'adhésion à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) (c.-à-d. être inscrits), au besoin

- 2.2. l'on accorde assez de temps et d'encadrement au candidat pour lui permettre de s'intégrer au milieu de travail et d'atteindre un rendement qui permettra une évaluation valable de ses compétences cliniques.
3. Si, au cours de la période d'évaluation, le candidat présente un risque important pour la sécurité du public, l'évaluateur en avisera les responsables du programme d'ECE qui, à leur tour, en informera l'ordre des médecins; ce dernier prendra une décision qui pourrait aller jusqu'à révoquer le permis du candidat (voir A.2, point 5.1.1.1).
4. L'évaluation doit avoir lieu dans un environnement propice à son déroulement (p. ex., espace adéquat, engagement des évaluateurs et des partenaires d'exercice qui ne sont pas des évaluateurs à accueillir l'évaluation, etc.). Une clinique de médecine familiale qui répond à la plupart des aspects des besoins communautaires ou des cliniques d'urgence dans la collectivité seraient probablement des milieux de travail convenables, c'est-à-dire :
 - 4.1. nombre suffisant de patients qui présentent un problème nouveau et indéterminé auquel il faut trouver une solution;
 - 4.2. diversité suffisante de sujets et de situations qui figurent sur la liste de sujets prioritaires et d'éléments clés (CMFC).

A.2 Normes relatives aux périodes d'évaluation

Il faut établir un plan de programme qui accorde au candidat suffisamment de temps pour faire l'expérience d'une grande variété de cas cliniques courants en médecine familiale, être exposé à des urgences où la vie du patient est en danger et appliquer les compétences nécessaires énoncées à la section 2, c'est-à-dire :

1. on établit des objectifs clairs pour la période d'évaluation;
2. de nombreuses observations indépendantes sont faites dans différentes situations par différents observateurs;
3. il est entendu que les cas cliniques choisis à des fins d'évaluation, de documentation ou de rétroaction sont principalement de nature aléatoire, en fonction de la disponibilité des patients dans un contexte donné; il est en outre attendu que les cas cliniques doivent pouvoir contribuer de façon significative à l'évaluation et permettre d'appuyer une décision valide concernant la compétence clinique du candidat à l'évaluation de la capacité à exercer :
 - 3.1. au besoin, les observations effectuées pendant le travail peuvent être accompagnées par des évaluations structurées ou semi-structurées visant des buts précis (p. ex., établissement du dossier, quelques interventions, discussion axée sur des cas).
 - 3.2. les évaluations peuvent avoir lieu en tranches horaires et être organisées par compétence dans un seul endroit ou à différents endroits; idéalement, chaque tranche est supervisée par un évaluateur différent.
4. toute période d'évaluation doit fournir :
 - 4.1. le temps nécessaire au candidat pour s'acclimater/s'adapter à l'environnement dans lequel se déroulera l'évaluation;

Recommandations :

Bien que la norme exige de nombreuses observations effectuées dans différentes situations, une évaluation réalisée au fil du temps doit :

- se faire selon les lignes directrices liées aux outils d'évaluation (voir tableau 2);
- se faire en 12 semaines ou moins.

- 4.2. le temps nécessaire à l'évaluateur pour fournir de la rétroaction et pour déterminer si la rétroaction a été intégrée.
5. toute période d'évaluation doit être assez longue pour permettre de consigner les observations nécessaires aux fins d'une prise de décision valable par rapport aux compétences définies à la section 2 :
 - 5.1. il importe moins de préciser la période exacte de l'évaluation que de terminer et de consigner un nombre suffisant d'observations des compétences requises; toutefois, toute exception touchant les périodes établies par la province ou le territoire doit être consignée et la justification doit pouvoir servir de défense juridique;
 - 5.1.1. les décisions relatives à la capacité à exercer se fondent sur plusieurs observations des échanges avec les patients et nécessitent donc du temps;
 - 5.1.1.1. la décision de mettre fin à une évaluation réalisée au fil du temps avant son terme parce que le rendement du candidat se situe à l'une des extrémités du spectre décisionnel est considérée comme acceptable dans tous les programmes, à la condition que l'on mette l'accent sur la notion d'« extrémités du spectre décisionnel » (c.-à-d. constitue un danger ou est tout à fait remarquable); il est entendu que de telles décisions sont rares et ne doivent pas miner les principes propres à l'évaluation réalisée au fil du temps.

B. Évaluateurs

Les évaluateurs de toutes les provinces et de tous les territoires doivent tirer des conclusions semblables concernant la capacité à exercer des candidats. C'est à cette fin que les normes et les lignes directrices suivantes ont été établies :

1. Critères de recrutement des évaluateurs

- 1.1. Les évaluateurs sont des médecins de famille expérimentés et compétents qui exercent dans des secteurs compatibles avec les stages permettant d'évaluer la capacité à exercer.
- 1.2. Les critères de recrutement des évaluateurs, pour tous les programmes d'évaluation de la capacité à exercer, sont les suivants :
 - 1.1.1. les évaluateurs doivent être titulaires d'un permis d'exercice de la médecine et être membre en règle de leur ordre des médecins;
 - 1.1.2. les évaluateurs doivent avoir exercé la médecine au Canada pendant au moins trois ans dans un champ d'activité semblable au stage proposé pour l'évaluation de la capacité à exercer.
- 1.2. Les évaluateurs ne sont pas tenus de posséder une expérience officielle en évaluation, tant qu'ils peuvent bénéficier d'un soutien.

Recommandation :

- Il est préférable que les évaluateurs détiennent la certification par le CMFC; cependant, cela n'est pas obligatoire

2. Soutien aux évaluateurs

- 2.1. Les évaluateurs doivent suivre une formation à l'intention des évaluateurs dont la durée dépend de leur expérience.
- 2.2. Les évaluateurs doivent bénéficier d'un soutien et de rétroaction tout au long de la période d'évaluation.
- 2.3. L'orientation et la formation des évaluateurs doivent comprendre :
 - 2.3.1. les objectifs et les exigences de l'évaluation;
 - 2.3.2. de l'information générale concernant les médecins DIM, p. ex., diversité culturelle et les difficultés liées à l'acculturation;
 - 2.3.3. les mises à jour relatives à des situations cliniques particulières, au besoin et selon les exigences du stage pratique proposé pour le candidat à l'évaluation de la capacité à exercer;
 - 2.3.4. la méthode d'évaluation :
 - 2.3.4.1. les compétences cliniques et les domaines faisant l'objet de l'évaluation;
 - 2.3.4.2. des contre-indications relatives à la capacité à exercer;
 - 2.3.4.3. une rétroaction valable;
 - 2.3.4.4. les outils d'évaluation (c.-à-d. comment noter les observations);
 - 2.3.4.5. les principes d'équité;
 - 2.3.4.6. les exigences en matière d'établissement de rapports.
 - 2.3.5. des lignes directrices et un soutien permettant de faire face aux situations et aux candidats difficiles dans un délai acceptable.

C. Candidats

Tout programme d'évaluation doit fournir aux candidats ce qui suit :

- Une évaluation impartiale et sécuritaire
- Un soutien ou des mécanismes de soutien permettant aux candidats de présenter des questions et des préoccupations relatives au processus d'évaluation

D. Outils d'évaluation

Les données sur les évaluations réalisées au fil du temps qui appuient la prise de décisions relative à la capacité à exercer proviennent de trois sources : les données multi-sources, l'évaluation fondée sur les dossiers et l'évaluation clinique continue. Voici les principes généraux qui ont été établis :

1. Les outils utilisés dans un programme d'évaluation de la capacité à exercer doivent être *comparables* aux outils utilisés par les autres programmes;
2. Les outils d'évaluation doivent appuyer les renseignements consignés concernant les échanges entre le patient et le candidat, et entre le superviseur (évaluateur) et le candidat;
 - 2.1. la documentation doit comprendre, notamment, les commentaires concernant les compétences (p. ex., notes d'évaluation).
3. Les outils d'évaluation doivent permettre de documenter facilement les compétences observées dans un contexte naturel (p. ex., notes d'évaluation ou mini-exercices d'évaluation clinique [mini-CEX]);
4. Chaque outil d'évaluation a un but particulier, et son utilisation doit être adaptée à la compétence faisant l'objet d'une évaluation;
5. Les outils d'évaluation utilisés doivent appuyer la formulation de rétroaction formative en milieu de travail et la prise de décisions sommatives;
6. Les examens complémentaires utilisés en plus de l'évaluation réalisée au fil du temps ne doivent pas faire un double emploi avec l'une des évaluations de présélection; ces examens doivent permettre d'évaluer les compétences qui sont visées par l'évaluation de la capacité à exercer, mais qui sont difficiles à évaluer dans le lieu de travail, habituellement pour des raisons de logistique ou de coût.

Recommandation :

- Dans le cadre des programmes d'évaluation de la capacité à exercer, il faut s'assurer que les candidats connaissent bien les outils qui seront utilisés pendant l'évaluation

Plus précisément, dans le tableau 2, on présente les normes et les lignes directrices établies pour chaque source de données.

Tableau 2 : Normes et lignes directrices relatives aux outils servant aux évaluations réalisées au fil du temps

	CARACTÉRISTIQUES/SOURCES DES DONNÉES		
	Données multisources	Composantes fondées sur les dossiers	Évaluation clinique continue (observation réalisée au fil du temps)
DESCRIPTION	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun document précis (les données portent sur les rôles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel stimulé par les dossiers, vérification des 	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-CEX • ODCP

Normes de la CNE pour l'évaluation de la capacité à exercer en médecine familiale

	de communicateur, de collaborateur et de professionnel)	dossiers <ul style="list-style-type: none"> Discussions axées sur des cas 	<ul style="list-style-type: none"> CBAS Notes d'évaluation
NORME	<ul style="list-style-type: none"> Les données proviennent des patients et des collègues (diplômé en médecine ou non) Les commentaires sont consignés 	<ul style="list-style-type: none"> Les candidats démontrent leur capacité à respecter les normes réglementaires de la province ou du territoire lorsqu'ils établissent des dossiers Rapport des observations fondées sur les dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> Les observations concernent toutes les habitudes sentinelles de tous les domaines cliniques (sauf, peut-être, les soins palliatifs) Les observations ont lieu au fil du temps en fonction des problèmes des patients
LIGNE DIRECTRICE	<p>Idéalement, les données multisources proviennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'un échantillon d'au moins 15 patients dont les caractéristiques démographiques et les problèmes sont extrêmement diversifiés, dans la mesure du possible; de 5 à 8 collègues (diplômés en médecine ou non) 	<ul style="list-style-type: none"> Décision de l'évaluateur concernant un certain nombre de dossiers qui feront l'objet d'un examen 	<p>Il est possible que plus d'un contexte clinique soit nécessaire pour assurer un échantillonnage adéquat si ce qui suit est utilisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Notes d'évaluation seulement, un par jour atteignant 40-80. Mini-CEX (ou équivalent) seulement, un par semaine atteignant 8 à 12

4. PRISE DE DÉCISIONS

Un bon processus pancanadien et normalisé d'évaluation de la capacité à exercer en médecine familiale doit permettre une certaine flexibilité sur le plan régional et faire en sorte que toutes les provinces et tous les territoires puissent se fier aux résultats finaux, peu importe l'endroit où l'évaluation a eu lieu. En bref, la même décision – réussite ou échec – doit être prise pour tous les candidats dont les compétences sont équivalentes.

Peu importe les différences en ce qui touche les exigences, les processus, les outils et la durée de l'évaluation :

- les provinces et les territoires et autorités de la santé doivent être certains que la bonne décision concernant la capacité à exercer a été prise;
- les ordres des médecins doivent être certains que les médecins ayant réussi le programme d'évaluation de la capacité à exercer possèdent un niveau de compétence acceptable.

Le rapport rendant compte des décisions relatives à l'évaluation de la capacité à exercer doit permettre de prendre des décisions éclairées relatives au permis d'exercice et répondre aux besoins en matière d'information des candidats à l'évaluation de la capacité à exercer et d'autres partenaires provenant d'autres provinces ou territoires.

A. Caractéristiques

Un processus officiel de prise de décisions doit être documenté et transparent tant pour les candidats que pour les responsables de tous les programmes d'évaluation de la capacité à exercer, c'est-à-dire :

1. les décisions doivent être fondées sur les compétences démontrées de façon répétée dans un éventail suffisamment important de situations et dans un milieu de travail approprié, pour que l'on puisse conclure si le candidat détient ces compétences;
2. les décisions doivent être fondées sur l'ensemble des données d'évaluation recueillies à différents endroits et dans différentes situations et doivent faire ressortir le fait que le candidat affiche un niveau élevé de compétences par rapport à toutes les exigences;
3. la décision définitive concernant la capacité à exercer d'un candidat doit être prise par le programme d'évaluation de la capacité à exercer se fondant sur les recommandations de l'évaluateur principal et sur l'examen global de l'évaluation.

Recommandation

Un rendement supérieur dans certains domaines ne rend pas acceptable un rendement inadéquat dans d'autres domaines; une approche fondée sur une « note moyenne » *n'est pas* recommandée

De façon générale, il est reconnu que la décision à l'égard de la capacité à exercer devrait être rendue par les responsables du programme d'ECE (peu importe le lieu où « se trouve » le programme) et fondée sur les recommandations/observations de l'évaluateur en chef. Les décisions relatives à un permis d'exercice délivré par un ordre des médecins ne figurent pas dans les activités exercées dans le cadre du programme d'ECE.

B. Établissement de rapports

L'information commune présentée au candidat et aux autres partenaires sous forme de rapport.

1. Les candidats devraient recevoir une rétroaction détaillée qui justifie la décision définitive concernant leur capacité à exercer.
2. Les rapports doivent tous utiliser la même terminologie et les mêmes rubriques (p. ex., « les compétences ont été démontrées dans... ») et doivent comprendre :
 - 2.1. une description ou un résumé du processus d'évaluation;
 - 2.2. une description des compétences évaluées (portée);
 - 2.3. l'information relative à l'évaluation du candidat (preuve sur laquelle la décision a été fondée);
 - 2.4. de la rétroaction formative;
 - 2.5. la décision relative à la capacité à exercer;
 - 2.6. la preuve selon laquelle la rétroaction et les commentaires constructifs ont été examinés par le candidat.
3. Les candidats doivent consentir à la divulgation de renseignements personnels.
4. Les renseignements concernant le programme d'évaluation de la capacité à exercer doivent être communiqués aux autres partenaires à la demande de ceux-ci et doivent comprendre :
 - 4.1. des exemples des compétences affichées par le candidat;
 - 4.2. des détails utiles qui permettront au responsable du parrainage d'aider le candidat à s'orienter vers un perfectionnement professionnel continu et ciblé pendant la période de permis provisoire, et de recueillir de l'information pendant la période de supervision qui suivra;
 - 4.3. des données regroupées et utiles pour le gouvernement provincial ou territorial ou pour la CNE.
5. Ordres des médecins
 - 5.1. Enregistrement du résultat (réussite/échec/incomplet/retrait/résultat de l'appel).

C. Contestation

Dans le cadre des programmes d'évaluation de la capacité à exercer, il faut présenter aux candidats un accès au processus d'appel des provinces et des territoires, c'est-à-dire que :

1. le processus d'appel doit être défendable sur le plan juridique dans chaque province ou territoire et conforme aux lois en vigueur;
2. le processus d'appel doit être bien documenté, et les candidats doivent être informés de la politique avant d'entamer un programme d'évaluation de la capacité à exercer;
3. les appels doivent être traités rapidement.

5. ORIENTATION DES DIM

L'orientation doit être accessible à tous les diplômés internationaux en médecine (DIM) avant ou pendant l'évaluation de la capacité à exercer. L'objectif final est de sélectionner le DIM qui possède les compétences requises pour servir le public. Le principe sous-jacent est le suivant : les médecins DIM doivent être évalués dans des conditions équitables.

Le contenu, la durée et le déroulement du programme d'orientation doivent être déterminés par la province ou le territoire; par contre, pour assurer des conditions équitables en matière de comparabilité des évaluations et pour répondre aux besoins en matière de ressources humaines en santé, il faut que les sujets abordés soient les mêmes pour tous. Le principe de base est d'avoir un contenu commun qui sera adapté par les régions.

Étant donné que des normes d'orientation minimales acceptables devraient être établies, les lignes directrices suivantes sont à noter :

- Des organisations autres que le programme d'évaluation peuvent gérer, faciliter, financer ou offrir l'orientation, tant que le contenu obligatoire est abordé;
- L'orientation relative à l'évaluation de la capacité à exercer compense pour les désavantages qui touchent forcément les DIM — leur compréhension de la prestation de soins de santé au Canada peut être limitée en raison du contexte culturel et d'hypothèses fondamentales différentes concernant les soins de santé.

A. Contenu

1. Les candidats à l'évaluation de la capacité à exercer doivent se voir offrir une orientation.
2. Le contenu abordé comprend :
 - 2.1. des renseignements relatifs au programme d'évaluation de la capacité à exercer :
 - 2.1.1. politiques touchant l'évaluation;
 - 2.1.2. logistique et calendrier des évaluations;
 - 2.1.3. compétences à évaluer;
 - 2.2. des renseignements sur les provinces et les territoires, par exemple le rôle des partenaires des provinces et des territoires et les obligations juridiques;
 - 2.3. des renseignements relatifs au contexte canadien :
 - 2.3.1. aperçu du système de soins de santé canadien;
 - 2.3.2. ce qu'on attend des médecins :
 - 2.3.2.1. soins axés sur le patient;
 - 2.3.2.2. communication efficace de la part du médecin;
 - 2.3.2.3. questions relatives aux limites;
 - 2.3.2.4. dossiers médicaux électroniques;
 - 2.3.2.5. prescription dans le cadre de l'exercice;
 - 2.3.2.6. problèmes d'ordre médical ou juridique;
 - 2.3.2.7. éthique;
 - 2.3.2.8. Équipes multidisciplinaires.

2.3.3. principales activités d'apprentissage (c.-à-d. *Assessment, Learning and Technology Solutions [ALTS]*).

Remarque : Ces normes ont été proposées dans le document de la FOMC intitulé *Integrating International Medical Graduates into the Medical Community* écrit par M^{me} Gwen MacPherson (octobre 2011).

ANNEXE A – LISTE DES ACRONYMES

Acronyme	Description
ACPM	Association canadienne de protection médicale
ALTS	<i>Assessment, Learning and Technology Solutions</i>
CBAS	<i>Competency-Based Achievement System</i>
CCEEM	Comité consultatif sur l'évaluation de l'éducation médicale
CMC	Conseil médical du Canada
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CNE	Collaboration nationale en matière d'évaluation
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
DAC	Discussion axée sur des cas
DIM	Diplômé international en médecine
DOPS	Observation directe des compétences liées aux procédures
EACMC	Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada
ECC	Évaluation clinique continue
EECMC	Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada
FOMC	Fédération des ordres des médecins du Canada
GTES	Groupe de travail sur l'évaluation et la supervision
IELTS	International English Language Testing System
Mini-CEX	Mini-exercice d'évaluation clinique
MPR	Médecin le plus responsable
MS	Ministère de la Santé
OE	Objectifs d'évaluation (en médecine familiale)
TOEFL	Test of English as a Foreign Language

ANNEXE B – NORMES RELATIVES AUX PERMIS PROVISOIRES DE LA FOMC – ATTENTES ET EXIGENCES PRÉALABLES À L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER

Annexe B.1 – Normes relatives aux demandes d'inscription médicale au Canada

Cette information est tirée des normes relatives aux permis provisoires de la FOMC et s'applique au contexte d'une évaluation de la capacité à exercer. Veuillez communiquer avec la FOMC pour obtenir la version la plus récente.

La demande d'évaluation de la capacité à exercer doit commencer par une déclaration qui informe le candidat qu'il doit répondre le plus honnêtement possible à toutes les questions.

Normes nationales relatives aux permis provisoires

A. Pré-évaluation

Les exigences en matière de pré-évaluation des médecins qui pourraient être admissibles à l'octroi d'un permis provisoire se composent de sept éléments. Ceux-ci sont regroupés en fonction du moment où ils doivent être confirmés.

A.1 À confirmer avant d'offrir au candidat une évaluation de la capacité à exercer

1) Compétences linguistiques de base

- a) Examen de français (niveau élémentaire) en conformité avec les lois québécoises
- b) Examen d'anglais (niveau élémentaire)
 - a. Les candidats sont exemptés de l'examen d'anglais s'ils ont suivi leur formation médicale et qu'ils ont acquis leur expérience avec les patients dans un pays où l'anglais est une langue officielle (voir la liste ci-dessous)
 - b. Tous les autres candidats doivent avoir passé l'examen IELTS ou l'examen TOEFL au cours des 24 derniers mois précédant la date de demande d'inscription et doivent avoir obtenu le résultat minimum suivant :
 - i. niveau académique de l'ELTS : au moins 7.0 pour chaque composante;
 - ou**
 - ii. niveau académique du TOEFL IBT : au moins 24 pour chacune des quatre composantes (il pourrait être exigé des candidats qu'ils réussissent l'examen IELTS afin de respecter les exigences du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration du Canada et de la faculté de médecine concernée, le cas échéant).

Liste des pays où l'anglais est une langue officielle

- Pays : Australie, Bermudes, îles Vierges britanniques, Canada, Irlande, Nouvelle-Zélande, Singapour, Afrique du Sud, Royaume-Uni, États-Unis, îles Vierges américaines.
- Îles des Caraïbes : Anguilla, Antigua et Barbuda, Barbade, Dominique, Grenade, Grenadines, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent, Trinité-et-Tobago.

- 2) Pratique récente de l'exercice : au moment de présenter sa demande dûment remplie, le candidat doit fournir des documents à l'appui du fait qu'il a suivi une formation officielle dans une discipline ou qu'il a exercé de façon indépendante dans une discipline donnée au cours des trois dernières années
- 3) Période sans exercer :
 - a) Pour des raisons autres que médicales
Le candidat doit fournir une explication pour toute période d'au moins trois mois pendant laquelle il n'a ni reçu de formation ni exercé dans la discipline en question, pour toute sa vie professionnelle.
 - b) Pour des raisons médicales
Le candidat doit déclarer toute période pendant laquelle il n'a ni reçu de formation ni exercé la médecine (pratique clinique, enseignement, travaux de recherche ou administration) en raison d'un problème de santé qui pouvait (a) poser un risque pour les patients, (b) avoir une incidence défavorable sur son exercice de la médecine ou (c) les deux. Dans le doute à savoir si une telle période doit être déclarée, le candidat doit communiquer avec l'ordre des médecins pertinent.
- 4) Titres de compétences : comme le temps nécessaire pour vérifier à la source des titres de compétences peut varier, le dossier du candidat ne sera traité qu'une fois qu'auront été reçus tous les documents pertinents aux fins de la vérification dans le Répertoire de compétences des médecins. L'ordre des médecins a le droit de revenir sur sa décision s'il est impossible d'effectuer la vérification, si l'on découvre des renseignements défavorables ou si le candidat retire son consentement à la vérification des documents.
- 5) Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC)

A.2 À confirmer après avoir offert au candidat une évaluation de la capacité à exercer, mais avant l'évaluation réalisée au fil du temps

- 1) En règle/bonne conduite : le candidat doit prouver sa bonne conduite dans le cadre de plusieurs processus, p. ex., ouverture personnelle, certificats de conduite professionnelle de chaque administration où il a été titulaire d'un permis, lettres de recommandation et toute autre information exigée par l'ordre des médecins. Parmi les processus qui permettent au candidat de prouver qu'il est en règle/a une bonne conduite figurent l'ouverture personnelle (à évaluer préférablement pendant le processus de demande), la vérification du casier judiciaire et les lettres de recommandation.
- 2) Capacité physique d'exercer (santé du médecin) : le candidat doit prouver qu'il a la capacité physique d'exercer (santé du médecin) dans le cadre de plusieurs processus, p. ex., ouverture personnelle, certificats de conduite professionnelle de chaque administration où il a été titulaire d'un permis, lettres de recommandation et toute autre information exigée par l'ordre des médecins. Parmi les processus qui permettent au candidat de prouver qu'il a la capacité physique d'exercer figurent l'ouverture personnelle (à évaluer préférablement pendant le processus de demande), la vérification du casier judiciaire et les lettres de recommandation.
- 3) Au moins l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, de préférence l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC), partie I.

B. Norme pour la délivrance du permis provisoire applicable à l'évaluation de la capacité à exercer

Omnipraticiens/médecins de famille

1. Diplôme de médecine (RMEM 2000 ou IMED) ou doctorat en ostéopathie (États-Unis);

et

2. Au minimum, l'examen d'évaluation du CMC; préférablement l'examen d'aptitude du CMC, partie I⁸

N.B : Cela ne s'applique pas aux médecins titulaires d'un poste de professeur (voir Exemptions);

et

3.

a) Réussite d'un programme approuvé de formation médicale postdoctorale dans une discipline de médecine générale ou familiale de deux ans et certification de réussite de la formation et d'enregistrement/de reconnaissance en tant qu'omnipraticien ou médecin de famille dans l'administration;

ou

b) Réussite d'au moins une année d'un programme de formation médicale postdoctorale en médecine générale ou familiale et trois ans d'exercice indépendant comme omnipraticien ou médecin de famille à l'extérieur du Canada (voir B.2 pour consulter le questionnaire sur l'expérience d'exercice de la médecine récente);

et

4. Réussite au Canada d'une évaluation fondée sur les compétences et préalable à l'exercice⁹.

⁸ En ce qui concerne l'examen d'évaluation du CMC et l'examen d'aptitude du CMC, partie I, selon la norme, seules les réussites sont enregistrées.

⁹ En ce qui concerne les composantes de la pré-évaluation (pré-sélection) et de l'évaluation fondée sur les compétences et préalable à l'exercice, selon la norme, les résultats (réussite/échec/incomplet/retrait) de toutes les provinces et tous les territoires canadiens sont enregistrés et, pour ce faire, il faut obtenir le consentement des candidats.

Annexe B.2 – Expérience pratique

IMPORTANT : Toutes les questions de la présente section renvoient aux trois années d'exercice de la médecine du candidat qui précèdent immédiatement sa demande.

ATTESTATION D'EXERCICE INDÉPENDANT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE/FAMILIALE

J'atteste que mon expérience la plus récente en médecine générale/familiale (au cours des trois dernières années de mon expérience pratique déclarée) était indépendante, c'est-à-dire que j'ai exercé la médecine sans la supervision ni la surveillance d'un autre médecin.

- Oui
- Non. Donnez une brève explication : _____

J'atteste que mon expérience pratique la plus récente, telle que décrite ci-dessus, était axée exclusivement sur la médecine générale (soins primaires); je n'agissais pas à titre de conseiller pour les autres médecins et je ne voyais pas en consultation des patients recommandés par d'autres médecins.

- Oui
- Non. Donnez une brève explication : _____

CONTEXTE DE PRATIQUE CLINIQUE

Veillez indiquer tous les contextes de pratique clinique qui s'appliquent à votre dernière expérience en exercice et la moyenne en pourcentage (%) de temps passé dans chaque contexte au cours d'un mois type (veuillez noter que le pourcentage total de temps doit totaliser 100 %).

Contexte de pratique clinique		% moyen de temps passé dans chaque contexte pendant un mois donné
1	Soins ambulatoires/en clinique	
2	Hôpital	
3	Urgence	
4	Soins de longue durée	
5	Autre (veuillez préciser) :	
Temps total		100 %

CHAMP D'EXERCICE ET TYPE DE PATIENTS

Veillez indiquer toutes les catégories de soins qui s'appliquent à votre dernière expérience en exercice. Pour chaque catégorie, vous devez fournir une courte description et indiquer le nombre de patients.

(A) Soins en obstétrique : fournir une description sommaire dans le tableau ci-dessous du type de patientes ou de cas en obstétrique que vous avez observés régulièrement dans le cadre de votre dernière expérience pratique. Le cas échéant, veuillez inclure le nombre de cas dans chaque domaine.

Prénatal	Intrapartum (présence à l'accouchement)	Postnatal

(B) Tout autre domaine (veuillez remplir le tableau) : fournir une description sommaire dans le tableau ci-dessous du type de patients/cas que vous avez observés régulièrement dans le cadre de votre dernière expérience pratique.

→ TYPE DE PATIENT ↓ CAS CLINIQUES	OBSTÉTRIQUE	PÉDIATRIE			ADULTE		
		Nouveau-né	Enfant	Adolescent	Jeunes adultes	Autres adultes	Aînés
Maladies							
Chirurgies							
Troubles psychiatriques							
Fin de vie							
Pourcentage de l'expérience pratique la plus récente (doit totaliser 100 %)	%	%	%	%	%	%	%