



MEDICAL COUNCIL OF CANADA LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

*La version française suit.*

## **Backgrounder on questions regarding the MCCQE Part II**

Since its inception in 1912, one of the founding principles of the Medical Council of Canada (MCC) has been to administer a national standardized qualification to enable the ease of movement of physicians between regulatory jurisdictions in Canada – a process that remains challenging to this day.

The MCC also plays a critical role in the assessment of International Medical Graduates (IMGs) who seek licensure in Canada. Canada is not self-sufficient in training physicians and currently approximately 26% of practising physicians in Canada were trained overseas (see [\*A profile of physicians in Canada\*](#)). While there are robust and standardized accreditation systems for assessing medical schools' undergraduate and postgraduate training programs in Canada and the United States of America (USA), this is not the case in the majority of other global jurisdictions.

Currently, there are approximately 3,300 operational medical schools listed in the World Directory of Medical Schools and approximately 150 new schools are added each year. The Medical Council of Canada Qualifying Examination (MCCQE) Part I and the MCCQE Part II, in addition to the National Assessment Collaboration (NAC) Examination, designed specifically for assessment of IMGs, are used as a screening assessment by Practice-Ready Assessment (PRA) programs across the country.

### **What was the original purpose of the MCCQE Part II and how has it evolved to assess current competencies required?**

A joint statement was made in 1991 by the then Association of Canadian Medical Colleges (now the Association of Faculties of Medicine of Canada) and the Federation of Medical Licensing Authorities of Canada that, effective January 1, 1994, the successful completion of the MCCQE Part II would be a prerequisite for licensure to practise in a province or territory.

An *excellent overview of the Medical Council of Canada Qualifying Examination (MCCQE) Part II* was written and published in the Canadian Medical Education Journal (CMEJ) in 2016 by Dr. Ian Bowmer, former CEO and Executive Director of the MCC.

Overtime, the MCCQE Part II has evolved, particularly as a result of requests from the medical regulators to focus on areas commonly seen as resulting in complaints – namely communication skills, patient safety and professional behaviours; it has moved from its earlier focus on medical expert, particularly as a result of the work of the *Assessment Review Task Force* (ARTF), to focus on the foundational clinical skills required of all physicians regardless of specialty. The MCCQE Part II Test Committee regularly reviews and updates the exam content, and recent work has focused on cultural aspects of care, conflict resolution, intra and interdisciplinary relationships, with work on content and objectives related to the opioid crisis and Indigenous Health. In addition, its work has recently been further informed by the Black Lives Matter movement. MCC exam objectives are used in every medical school to inform their curriculum requirements. Assessment truly does drive learning.

## **What are the competencies assessed by the MCCQE Part II, that are not assessed by the certification examinations?**

The MCCQE Part II uses a blueprint that was updated with new requirements and implemented in 2018. The blueprint can be directly mapped to the CanMEDS roles and offers an assessment framework that is highly complementary to the CanMEDS and CanMEDS-FM frameworks. The *Qualifying Examinations Blueprint and Content Specifications* ensure examination of fundamental core physician competencies and activities (assessment/diagnosis, management, and communication and professional behaviours) in various dimensions of care that physicians regularly encounter (health promotion and illness prevention, acute and chronic care, and psychosocial aspects of care).

Discipline specific expertise is the purview of the certification colleges - the College of Family Physicians of Canada (CFPC) and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC).

## **What is the rationale for the timing of this exam?**

Timing of the exam was reviewed by the ARTF and our Council at the time and it was agreed that placement post medical school and after a defined period of postgraduate training was appropriate. Consolidation of clinical skills continues to evolve during the first year of postgraduate training such that earlier testing may not demonstrate adequate ability. For more information, see the published research entitled *“Do OSCE progress test scores predict performance in a national high-stake examination?”*

## **Will there be changes to the next session of the MCCQE Part II in 2021 or its pass mark given that candidates will have more practical experience and are further from the end of undergraduate medicine?**

The MCCQE Part II assesses core clinical skills that must be acquired and should be maintained and sustained during all future medical practice. Given the extensive input by the Federation of Medical Regulatory Authorities (FMRAC) members to request and inform that updates to the blueprint should focus on areas of concern in future practice, this exam should not be regarded as a “timed” demonstration of skill acquisition that can then be forgotten.

As a result of the pandemic and public health requirements, the MCCQE Part II Test Committee and the Central Examination Committee (CEC) had adapted the in-person examination to remove specific physical examination activities, which formed only a minor component of the assessment, in order to minimize direct contact. The MCCQE Part II is a criterion-referenced exam for which the pass/fail is determined by comparing an individual candidate’s score to a standard (as reflected by the pass score) regardless of how others perform. Representative expert physicians from across Canada conduct an extensive standard-setting exercise and judge the content of the exam in conjunction with candidate performance to establish a pass score that is then recommended for approval by the CEC.

## **Are there meaningful differences in the pass rate for graduates of Canadian medical schools who challenge the exam after Post-Graduate Year (PGY)-1 versus later in their residency?**

The MCC’s records only differentiate between first-time and repeat takers rather than by when a candidate chooses to challenge the exam. Because of the deferred exams in 2020, we can now identify a group who is further advanced in training but has not yet challenged the exam.

## **Is there a correlation between pass rates in the MCCQE Part II and pass rates for the CFPC or RCPSC certification examinations?**

A *review*, looking at IMGs following a PRA pathway and attempting the CFPC certification exam and their MCCQE Part I status, was completed and published in 2014.

Another *study* was done exploring the relationship with the MCCQE Part II with the findings being:

- Clinical Exam / Simulated Office Oral (SOO) component individually predict PRA outcomes
- The MCCQE Part I scores predict CFPC scores and status (SAMPs) component
- The MCCQE Part II scores predict CFPC scores and status on the SOO component

No work has been done with RCPSC examinations.

Of 1,929 CFPC candidates in Canadian medical schools, between 2017 and 2018, 96% passed at the first attempt; of 2,716 RCPSC candidates, 94% passed at the first attempt.

It is important to highlight, however, that published **research demonstrates that the MCC examinations are predictive of future difficulties in practice** including patient complaints (both for the MCCQE Part I and II), inappropriate prescribing practices for benzodiazepines and opioids (the MCCQE Part II) and an increased risk of unacceptable quality of care peer assessment outcome.

References can be found here:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/208633>

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/195623>

<https://mcc.ca/media/IAMRA-2018Poster-A.DeChamplain.pdf>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2009.03534.x>

## **How does a candidate obtain access to the MCCQE Part II, prior to the pandemic postponements and going forward (Is it first come, first served until the examination is full or are other variables considered)?**

Prior to the COVID-19 pandemic, the MCC has had capacity to offer the exam to all PGY-2+ candidates. While PGY-1 candidates can apply to write the exam, priority is given to those further along in training. Other special considerations are also reviewed for priority access including, for example, those applying for PRAs. Random selection from other candidates is used to fill vacant positions.

For upcoming exam administrations, priority will be given to those who were not able to write their exam due to the postponed May and October 2020 sessions, since many will now have a provisional, temporary or restricted license. Only when the delayed candidates have been processed will new registrations be accepted.

## **Has the MCC considered changing the timing of the examination as it relates to the candidate's training program? For example, could the examination conceivably be offered to all at the end of medical school?**

Please see previous answers. A change in timing would require a complete review by multiple stakeholders, Council and the Central Examination Committee.

For the next session of the MCCQE Part II in 2021, the MCC plans to offer the exam in a virtual format using a semi-continuous delivery model.

**Is the MCC contemplating any changes to the exam in the short term so that it can continue to be offered, regardless of a situation like the pandemic? Is the MCC contemplating long-term changes?**

We are currently shifting to a virtual exam delivery offering for the MCCQE Part II expected in May 2021.

The exam had already been modified in anticipation of being able to offer the exam in October 2020 in respect to how physical examination skills are assessed.

As part of the shift to virtual delivery, we are exploring the use of technology to assess skills more directly – e.g., audio files of heart murmurs, videos demonstrating abnormal findings.

The MCC successfully ran a very similar clinical performance exam, the NAC Examination in September 2020 while adhering to all public health requirements and anticipates doing the same in March 2021.

**How many eligible candidates are waiting to take the MCCQE Part II? What is the plan to deal with this backlog and what is the plan for the 2021 cohort?**

Currently, we have 2,133 candidates who were deferred from the May 2020 administration and generally anticipate approximately 2,400 candidates per session – so adding those also deferred from October, there are approximately 4,550 current candidates. In addition to exploring virtual exam delivery, we are also looking at more frequent exam delivery and moving away from only offering exam sessions twice per year in 2021. This will allow us to reduce the backlog and be able to offer a timely exam experience to the 2021 candidate group.

**Additional information**

**Assessment Innovation Task Force**

The MCC is in the process of implementing an Assessment Innovation Taskforce, comprised of health care and medical education professionals, that will be asked to identify emerging competencies required of all physicians, especially as identified by the impact of the COVID-19 pandemic and a shift to virtual care delivery; the increasingly important need to assess cultural humility and cultural competencies; team-based care delivery and technology-enabled care. The Taskforce will also be asked to contemplate novel and updated mechanisms for assessment and to capture its findings and recommendations in a report.

The report prepared by the Taskforce will be used to inform strategic planning to be undertaken by the MCC's fully constituted new Council which will be in place at our next Annual Meeting in 2021. With the adoption of a new By-Law at the MCC Annual Meeting in October 2020, a Transition Council is currently in place.

**MCCQE Part II as an acceptable alternative in other countries**

At the end of June 2020, the Education Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) announced that in the absence of the National Medical Board of Examiners (NBME) clinical performance assessments, the MCCQE Part II is an acceptable alternative for IMGs for residency training in the USA.

**The importance of standardized assessments**

The importance of a national, objective, independent and highly standardized assessment process for physicians cannot be underestimated. Pass rates for MD graduation and completion of postgraduate

residency training are high and these do not provide information that allows identification of individuals with observed difficulties.

The MCC emerged 108 years ago from the need for a national and uniform system for examination supporting appropriate licensure and allowing physician mobility. This has not changed. Canada has seventeen medical schools all with varying models of education and approaches to key concepts such as social accountability. While accreditation as a peer review process carefully reviews the educational environment and what is being taught, independent validation through objective assessment is necessary to ensure that what has been taught has been learned and can be demonstrated. Without a national standardized approach, as identified in the Medical Regulatory Authorities' agreed-on requirements for the "Canadian Standard for Independent Practice," there is a risk of reprising and increasing the fragmentation of the health-care system and impacting on safe patient care delivery in Canada.



## Document d'information sur les questions concernant l'EACMC, partie II

Depuis sa fondation en 1912, l'un des principes originaux du Conseil médical du Canada (CMC) consiste à administrer une qualification nationale standardisée afin de faciliter la mobilité des médecins parmi les différentes instances réglementaires des provinces et territoires au Canada — un processus toujours complexe à ce jour.

Le CMC exerce par ailleurs un rôle essentiel dans l'évaluation des diplômés internationaux en médecine (DIM) qui aspirent à obtenir un permis d'exercice au Canada. La formation des médecins au Canada n'est pas autosuffisante et à l'heure actuelle, quelque 26 % des médecins en exercice au pays ont été formés à l'étranger (voir *Profil des médecins au Canada*). Bien que des systèmes d'accréditation rigoureux et standardisés soient en place au Canada et aux États-Unis pour évaluer les programmes de formation de premier cycle et postdoctorale des facultés de médecine, ce n'est pas le cas dans la majorité des autres pays du monde.

Quelque 3 300 écoles de médecine fonctionnelles figurent actuellement au World Directory of Medical Schools et environ 150 nouveaux établissements s'y ajoutent chaque année. L'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC), partie I, et l'EACMC, partie II, en plus de l'examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE), conçu expressément pour l'évaluation des DIM, servent d'évaluation préalable dans le cadre des programmes d'évaluation de la capacité à exercer (ECE) dans l'ensemble du pays.

### **Quel était l'objectif initial de l'EACMC, partie II, et dans quelle mesure a-t-il évolué afin d'évaluer les compétences actuelles requises?**

En 1991, l'Association des facultés de médecine du Canada et la Fédération des ordres des médecins du Canada ont déclaré conjointement qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994, la réussite de l'EACMC, partie II, devenait une condition préalable à l'obtention d'un permis d'exercice dans une province ou un territoire.

En 2016, le Dr Ian Bowmer, ancien chef de la direction et directeur général du CMC, a rédigé pour le Canadian Medical Education Journal (CMEJ) un *brillant aperçu de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC), partie II*.

L'EACMC, partie II, a évolué, notamment à la suite des demandes des organismes de réglementation médicale de se concentrer sur des domaines généralement considérés comme donnant lieu à des plaintes — à savoir les compétences en communication, la sécurité des patients et les comportements professionnels ; il n'est plus centré sur l'expertise médicale, notamment dans la foulée des travaux du *Groupe de travail pour la révision des évaluations*, mais sur les compétences cliniques fondamentales exigées de tous les médecins, quelle que soit leur spécialité. Le Comité d'épreuve de l'EACMC, partie II, revoit et met à jour régulièrement le contenu de l'examen. Ses récents travaux ont porté sur les aspects culturels des soins, la résolution des conflits, les relations intra et interdisciplinaires, mais aussi sur le contenu et les objectifs liés à la crise des opiacés et à la santé autochtone. Ses travaux ont par ailleurs été récemment étoffés à la lumière du mouvement *Black Lives Matter*. Les objectifs des examens du CMC servent à orienter les programmes d'études de chaque faculté de médecine. L'évaluation est un véritable moteur de l'apprentissage.



## **Quelles compétences l'EACMC, partie II, évalue-t-il en dehors de celles visées par les examens de certification?**

L'EACMC, partie II, suit un plan directeur, actualisé selon les nouvelles exigences, mis en œuvre en 2018. Le plan directeur peut être directement mis en correspondance avec les rôles CanMEDS et offre un cadre d'évaluation hautement complémentaire aux cadres CanMEDS et CanMEDS-MF. Le [Plan directeur et les spécifications de contenu des examens d'aptitude](#) garantissent l'évaluation des compétences et des activités fondamentales des médecins (évaluation/diagnostic, gestion, communication et comportements professionnels) selon les diverses dimensions des soins que les médecins sont amenés à rencontrer régulièrement (promotion de la santé et prévention des maladies, soins aigus et chroniques et aspects psychosociaux des soins).

L'expertise particulière à chaque discipline est du ressort des organismes de certification — le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

## **Pourquoi dois-je subir l'examen à ce moment de mon cheminement?**

À l'époque, le Groupe de travail pour la révision des évaluations et notre Conseil ont étudié le moment propice de subir l'examen et ont jugé opportun de le faire passer après l'école de médecine et à la suite d'une période définie de formation postdoctorale. Les compétences cliniques évoluent et se consolident au fil de la première année de formation postdoctorale, de sorte que tout examen précoce peut s'avérer inapproprié pour démontrer les aptitudes visées. Pour plus d'information, veuillez consulter cette étude qui se penche sur la relation entre les résultats d'épreuves de progression de type ECOS et les résultats à un examen national à enjeux élevés ([Do OSCE progress test scores predict performance in a national high-stake examination?](#)).

## **Des changements seront-ils apportés à la prochaine session de l'EACMC, partie II, en 2021, ou à sa note de passage, considérant que les candidats disposeront d'une plus grande expérience pratique et qu'ils seront plus éloignés de la fin de leur formation de premier cycle en médecine?**

L'EACMC, partie II, évalue les compétences cliniques essentielles à acquérir et à entretenir au cours de toute pratique médicale ultérieure. Considérant les nombreuses demandes et remarques des membres de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FMRAC), qui souhaitent que les mises à jour du plan directeur ciblent des domaines de préoccupation liés à la pratique ultérieure, cet examen ne doit pas être envisagé comme une démonstration « programmée » de l'acquisition de compétences pouvant être ensuite oubliées.

En raison de la pandémie et des exigences de santé publique, le Comité d'épreuve de l'EACMC, partie II, et le Comité central des examens (CCE) ont adapté l'examen en personne en y supprimant certaines activités d'examen physique, qui ne constituaient qu'un élément mineur de l'évaluation, afin de réduire le plus possible les contacts directs. L'EACMC, partie II, est un examen à interprétation critérielle pour lequel la réussite ou l'échec est déterminé en comparant la note individuelle d'un candidat au standard de réussite (tel que présenté par la note de passage), peu importe le rendement des autres candidats. Des médecins experts représentatifs de partout au Canada mènent un exercice exhaustif d'établissement du seuil de réussite et évaluent le contenu d'examen en conjonction avec le rendement des candidats afin d'établir une note de passage qui est ensuite recommandée au CCE pour être approuvée.

## **Observe-t-on des différences notables dans le taux de réussite des diplômés des facultés de médecine canadiennes qui passent l'examen après leur première année de formation postdoctorale et ceux qui le passent plus tard au cours de leur résidence?**

Les registres du CMC ne distinguent que les candidats qui passent l'examen pour la première fois et ceux qui le passent pour la deuxième fois ou plus, et non le moment où un candidat choisit de le passer. En raison du report des examens en 2020, nous disposons désormais d'un groupe de candidats plus avancés dans leur formation, mais qui n'ont pas encore passé l'examen.

## **Existe-t-il une corrélation entre le taux de réussite à l'EACMC, partie II, et le taux de réussite aux examens de certification du CMFC ou du CRMCC?**

Une *étude*, portant sur les DIM qui suivent un parcours d'ECE et qui se soumettent à l'examen de certification du CMFC et leur statut à l'EACMC, partie I, a été réalisée et publiée en 2014.

Une autre *étude* fut réalisée afin de sonder la relation avec l'EACMC, partie II, dont les résultats ont démontré ce qui suit :

- L'examen clinique et la composante d'entrevue médicale simulée (EMS) permettent de prédire individuellement les résultats de l'ECE ;
- Les résultats de l'EACMC, partie I, prédisent les résultats et le statut du CMFC quant aux simulations cliniques écrites abrégées (SAMPs) ;
- Les résultats de l'EACMC, partie II, prédisent les résultats et le statut du CMFC quant à la composante EMS.

Aucune étude n'a été réalisée concernant les examens du CRMCC.

Parmi les 1 929 candidats du CMFC issus des facultés de médecine canadiennes, entre 2017 et 2018, 96 % ont réussi l'examen à leur première tentative; parmi les 2 716 candidats du CRMCC, le taux s'élève à 94 %.

Il est toutefois important de souligner que les **études publiées démontrent que les examens du CMC sont révélateurs des difficultés observées ultérieurement dans la pratique**, notamment en ce qui concerne les plaintes des patients (tant pour l'EACMC, partie I, que pour l'EACMC, partie II), les pratiques de prescription inappropriées pour les benzodiazépines et les opioïdes (l'EACMC, partie II) et un risque accru de résultats inacceptables en matière d'évaluation par les pairs de la qualité des soins. Voici quelques références :

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/208633>

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/195623>

<https://mcc.ca/media/IAMRA-2018Poster-A.DeChamplain.pdf>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2009.03534.x>

## **De quelle manière un candidat parvient-il à s'inscrire à l'EACMC, partie II (avant le report occasionné par la pandémie et dans l'avenir)? Est-ce premier arrivé, premier servi, jusqu'à ce que l'examen soit complet ou d'autres variables sont-elles prises en compte?**

Avant la pandémie de la COVID-19, le CMC était en mesure d'offrir l'examen à tous les candidats en deuxième année de formation postdoctorale (R-2) ou d'une année ultérieure. Bien que les candidats en première année de formation postdoctorale (R-1) puissent s'inscrire à l'examen, la priorité est donnée à ceux dont la formation est plus avancée. D'autres particularités sont également considérées pour la priorité d'accès, notamment les candidats soumettant une demande d'ECE. Les places vacantes sont ensuite pourvues par une sélection aléatoire parmi les autres candidats.



Pour les prochaines sessions d'examens, la priorité sera accordée à ceux n'ayant pas pu passer leur examen en raison du report des sessions de mai et d'octobre 2020, puisque plusieurs d'entre eux disposeront d'un permis provisoire, temporaire ou restreint. Lorsque les candidats inscrits aux sessions reportées auront passé l'examen, les nouvelles inscriptions seront acceptées.

### **Le CMC a-t-il envisagé de revoir le moment de l'examen en fonction du programme de formation du candidat? Par exemple, l'examen pourrait-il être proposé à tous à la sortie de l'école de médecine?**

Veillez vous référer aux réponses précédentes. Changer le moment de l'examen nécessiterait une révision complète par de multiples intervenants, le Conseil et le Comité central des examens.

Pour la prochaine session de l'EACMC, partie II, en 2021, le CMC envisage de proposer l'examen dans un format virtuel en utilisant un modèle de passation semi-continu.

### **Le CMC envisage-t-il de modifier l'examen à court terme afin de pouvoir continuer à le proposer indépendamment d'une situation telle que la pandémie? Le CMC envisage-t-il des changements à long terme?**

En ce moment, nous mettons en place une offre d'examen virtuel pour l'EACMC, partie II, qui devrait débuter en mai 2021.

L'examen avait déjà fait l'objet de modifications quant à la manière d'évaluer les compétences en matière d'examen physique afin de pouvoir l'offrir en octobre 2020.

En ce qui concerne l'offre virtuelle, nous envisageons le recours à des technologies permettant d'évaluer les compétences de manière plus directe (p. ex., fichiers audio de souffles cardiaques, vidéos démontrant des résultats anormaux).

Le CMC a administré avec succès un examen de performance clinique très similaire, l'examen de la CNE, en septembre 2020, tout en respectant toutes les exigences de santé publique et compte faire de même en mars 2021.

### **Combien de candidats admissibles sont dans l'attente de l'EACMC, partie II? Quel est le plan pour traiter cet arriéré et quel est le plan pour la cohorte de 2021?**

En ce moment, nous avons dû reporter l'examen de 2 133 candidats en mai 2020. De manière générale, environ 2 400 candidats passent l'examen chaque session et comme l'épreuve d'octobre 2020 a aussi été reportée, ce sont environ 4 550 candidats qui sont en attente de subir l'examen. En plus d'explorer la possibilité d'offrir des examens virtuels, nous envisageons également d'en accroître la fréquence et de proposer des sessions d'examen plus de deux fois par année à partir de 2021. Cela nous permettra de réduire l'arriéré et d'offrir une expérience d'examen au moment approprié au groupe de candidats de 2021.

## **Renseignements supplémentaires**

### **Groupe de travail sur l'innovation en matière d'évaluation**

Le CMC s'affaire à mettre en place son Groupe de travail sur l'innovation en matière d'évaluation, composé de professionnels des soins de santé et des facultés de médecine, dont le mandat consistera à déterminer les nouvelles compétences médicales de base requises, en particulier celles mises en évidence par l'impact de la pandémie de la COVID-19 et à la lumière du passage aux soins virtuels. Il abordera également le besoin de plus en plus important d'évaluer l'humilité et les compétences culturelles, la prestation de soins en équipe et les soins basés sur la technologie. Il lui sera également

demandé d'envisager des modalités d'évaluation nouvelles et actualisées et de consigner ses conclusions et recommandations dans un rapport.

Le rapport du Groupe de travail servira à éclairer la planification stratégique du nouveau Conseil du CMC, qui sera en place lors de notre prochaine réunion annuelle en 2021. Depuis l'adoption d'un nouveau règlement administratif lors de la réunion annuelle du CMC en octobre 2020, un Conseil de transition est désormais en place.

### **L'EACMC, partie II, comme substitut valable dans d'autres pays**

À la fin de juin 2020, l'Education Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) a annoncé qu'en l'absence d'épreuves d'évaluation de performance clinique du National Medical Board of Examiners (NBME), l'EACMC, partie II, constituait un substitut valable à une formation en résidence aux États-Unis pour les DIM.

### **Importance des évaluations standardisées**

L'importance d'un processus d'évaluation national, objectif, indépendant et hautement standardisé pour les médecins ne peut être sous-estimée. Le taux d'obtention du diplôme de médecine et le taux d'achèvement de la formation médicale postdoctorale sont élevés et ne permettent pas d'identifier les personnes présentant des difficultés observables.

Le CMC est né il y a 108 ans dans le but d'établir un système national et uniforme d'examens, qui soutient le processus d'autorisation d'exercice et qui permet la mobilité des médecins. Cela n'a pas changé. Le Canada compte dix-sept facultés de médecine, toutes dotées de modèles d'enseignement et d'approches différentes autour de concepts clés tels que la responsabilité sociale. Alors que l'accréditation au moyen d'un processus d'évaluation par les pairs se penche attentivement sur le cadre de formation et le contenu enseigné, une validation indépendante au moyen d'une évaluation objective est nécessaire pour garantir que les enseignements ont été acquis et peuvent être démontrés. Sans une approche nationale standardisée, telle qu'identifiée dans les exigences convenues par les ordres des médecins pour la Norme canadienne d'obtention d'un permis d'exercice de la médecine, il existe un risque de fragmenter à nouveau et davantage le système de soins de santé et d'entraver la prestation de soins sûrs aux patients au Canada.