



Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools
Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada

GUIDE DE L'AUTO-ÉVALUATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**POUR LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION MÉDICALE
EN VUE DE L'OBTENTION D'UN DIPLÔME EN MÉDECINE (MD)**

**Pour les visites d'agrément prévues durant l'année universitaire 2018-2019
(Publié en février 2017)**

Pour tout complément d'information, veuillez communiquer avec le :
Secrétariat du CAFMC
Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada
2733, chemin Lancaster, bureau 100
Ottawa, Ontario, Canada K1B 0A9
Téléphone : 613-730-0687, poste 225 Téléc. : 613-730-1196
cacms@afmc.ca

Consultez le site Web du CAFMC à l'adresse suivante :
<https://cacms-cafmc.ca/fr>

Guide de l'auto-évaluation de la faculté de médecine
Pour les programmes d'éducation médicale en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine (MD)

©Tous droits réservés, Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC), février 2017. Tout matériel protégé par ces droits d'auteur peut être reproduit à des fins non commerciales de développement scientifique ou pédagogique, en indiquant la source.

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU DU PROCESSUS D'AGRÈMENT	1
A. Objets de l'agrément et de l'auto-évaluation	1
B. Normes d'agrément	1
ÉTAPES GÉNÉRALES DU PROCESSUS D'AGRÈMENT	2
A. Exécution de l'ICD et compilation des autres documents	3
B. Analyse de l'auto-évaluation et élaboration du rapport final.....	3
C. Visite d'agrément et préparation du rapport de visite.....	4
D. Décisions d'agrément et suivi.....	4
HORAIRE TYPIQUE D'UNE VISITE D'AGRÈMENT COMPLÈTE DU CAFMC	5
A. Assistance du secrétariat du CAFMC	7
EXÉCUTION DE L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES (ICD)	7
A. Documents justificatifs	7
B. Plage de dates	7
C. Mises à jour	8
TENUE DE L'AUTO-ÉVALUATION	8
A. Comité de direction chargé de l'auto-évaluation	8
B. Sous-comités du comité de direction chargé de l'auto-évaluation.....	8
C. Préparation du rapport d'auto-évaluation final	9
ÉVALUATION DES ÉLÉMENTS	9
A. Instructions	9
B. Évaluation globale de l'élément (en tenant compte de toutes les exigences et des éléments de preuve connexe)	10
C. Notation des éléments (uniquement aux fins internes de la faculté).....	10
D. Recommandations relatives à l'amélioration continue de la qualité pour chaque élément.....	12
COMPOSANTES DU RAPPORT D'AUTO-ÉVALUATION	13

APERÇU DU PROCESSUS D'AGRÈMENT

A. OBJETS DE L'AGRÈMENT ET DE L'AUTO-ÉVALUATION

Le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC) et le Liaison Committee on Medical Education (LCME) décernent l'état d'agrément aux programmes d'éducation médicale jugés conformes à des normes définies. Le processus d'agrément vise deux objectifs généraux et connexes, soit promouvoir l'exercice d'auto-évaluation et l'amélioration de la faculté de médecine et déterminer si un programme d'éducation est conforme aux normes prescrites.

Démarche évaluative, le processus d'agrément vise à répondre à trois grandes questions :

1. La faculté de médecine a-t-elle clairement établi sa mission et ses objectifs pour le programme de formation?
2. Le programme d'études et les ressources sont-ils organisés de manière à répondre à la mission et aux objectifs du programme?
3. Existe-t-il des preuves démontrant que le programme respecte sa mission et atteint ses objectifs à l'heure actuelle et continuera fort probablement à y parvenir à l'avenir?

Le processus d'auto-évaluation de la faculté de médecine et les conclusions qui en résultent sont d'une importance primordiale pour ces objectifs. Lorsqu'elle mène son auto-évaluation, la faculté de médecine réunit des représentants de son administration, des membres du corps professoral, des étudiants et d'autres intervenants en vue 1) de recueillir et revoir des données sur la faculté de médecine et son programme de formation, 2) d'identifier les forces de la faculté de médecine et les points à améliorer et 3) définir des stratégies pour veiller à ce que les points forts soient maintenus et que les problèmes soient résolus de manière efficace.

Le rapport qui découle du processus d'auto-évaluation fournit une évaluation de la qualité et de l'efficacité du programme d'éducation médicale et du caractère adéquat des ressources qui l'appuient. L'utilité de l'auto-évaluation comme guide de planification et de changement est rehaussée lorsque la participation est large et représentative, lorsque les résultats et les conclusions sont largement diffusés et lorsque les participants ont entrepris un processus d'analyse et de réflexion sérieux. En raison du temps et des ressources nécessaires pour mener une auto-évaluation, les facultés devraient réfléchir attentivement aux autres fins qui pourraient bénéficier du processus. Par exemple, l'auto-évaluation pourrait permettre de familiariser un nouveau doyen, un membre du personnel du décanat ou un directeur de département avec l'environnement et les activités facultaires, d'initier l'examen du programme d'études ou encore, de donner à l'ensemble de la communauté académique l'occasion de réaffirmer la mission et les objectifs pédagogiques de la faculté ou d'établir de nouvelles orientations stratégiques pour le programme d'éducation médicale. Un processus d'auto-évaluation qui vise plusieurs objectifs et implique de nombreuses parties sera plus susceptible de dégager un résultat positif sur le plan de l'amélioration de la faculté de médecine qu'un processus effectué exclusivement pour répondre aux exigences d'agrément.

B. NORMES D'AGRÈMENT

L'auto-évaluation est directement liée aux normes d'agrément. Les normes qui régissent l'agrément des facultés de médecine canadiennes figurent dans la publication du CAFMC intitulée *Normes et éléments du CAFMC (N&E)*.

Les facultés de médecine doivent utiliser la version des *N&E* correspondant à l'année universitaire durant laquelle aura lieu la visite d'agrément. Ces normes et éléments ont été revus en détail et ont été approuvés par le milieu de l'éducation médicale, y compris par les organismes qui parrainent le CAFMC.

Les facultés de médecine doivent se conformer à chacune de ces 12 normes. La conformité à une norme sera fonction de l'exécution satisfaisante de chacun des éléments associés à ladite norme. Veuillez vous reporter aux rubriques « Décisions d'agrément et Suivi » ci-après.

ÉTAPES GÉNÉRALES DU PROCESSUS D'AGRÈMENT

L'information fournie par la faculté de médecine sera étudiée par celle-ci, par l'équipe de visiteurs et, en dernier lieu, par le CAFMC dans le contexte des normes d'agrément. Voici en quoi consistent les étapes générales du processus :

1. Exécution de l'Instrument de collecte des données (ICD) et compilation des documents justificatifs.
2. Analyse, par les sous-comités chargés de l'auto-évaluation et le comité de direction de la faculté de médecine des données tirées de l'Analyse indépendante des étudiants (AIE), des plus récentes versions du Questionnaire à l'intention des diplômés (QD), et des réponses à développement et des annexes de l'ICD, élaboration de rapports d'auto-évaluation pour chacune des normes et compilation de ces rapports mis à jour en vue de la création d'un rapport final d'auto-évaluation de la faculté de médecine.
3. Visite d'une équipe spéciale de visiteurs et préparation du rapport de l'équipe de visiteurs qui sera revu par le CAFMC.
4. Mesure prise par le CAFMC et le LCME au sujet de l'agrément.

Les étapes sont résumées ci-après et dans le calendrier de réalisation qui suit et présente l'échéancier pour chacune des étapes.

Personnel de la faculté de médecine participant à la visite d'agrément

Le doyen doit désigner une équipe centrale composée de membres du corps professoral et de membres du personnel qui gèrera les aspects du processus de préparation de la visite. Le responsable facultaire de l'agrément gère la collecte des données et les processus d'auto-évaluation tandis que le coordonnateur de la visite gère généralement l'aspect logistique de la visite et peut aider avec la collecte des données. Il est primordial que les deux postes soient comblés par des personnes qui comprennent parfaitement le programme et qui seront capables de travailler avec des intervenants clés au sein de la faculté de médecine et à l'extérieur de celle-ci. Le personnel désigné devra posséder l'autorité et l'expérience requises pour recueillir des renseignements exacts et obtenir une vaste participation parmi les membres du corps professoral, le personnel et les étudiants. Veuillez vous reporter aux descriptions de poste complètes qui figurent ci-après avant de procéder à ces désignations.

Responsable facultaire de l'agrément

Le responsable facultaire de l'agrément devrait être un membre chevronné de la faculté qui peut aussi occuper les fonctions de vice-doyen ou doyen associé ou doyen adjoint ou autres fonctions de leadership au sein de la faculté de médecine et qui connaît bien la faculté de médecine et son programme de formation. Cette personne devrait être en mesure de trouver les politiques et les sources d'information de la faculté de médecine ou de l'université, d'expliquer les conventions de la faculté de médecine et d'assurer la participation des membres de la haute direction, du corps professoral et du corps étudiant. Idéalement, le responsable facultaire de l'agrément connaîtra le processus de visite du CAFMC et aura fait partie d'une équipe de visiteurs à titre de fellow facultaire pour sa faculté.

La faculté doit s'assurer que le responsable facultaire de l'agrément dispose d'un soutien administratif approprié et de temps protégé afin de s'acquitter des responsabilités liées à ce rôle. Le responsable facultaire de l'agrément sera tenu :

- de répondre aux questions durant la préparation de l'ICD;
- d'attribuer des questions/sections précises de l'ICD aux personnes qui ont les connaissances requises;
- d'assurer l'exactitude factuelle et la clarté typographique/grammaticale de l'ICD;
- de veiller à ce que chacun des aspects des questions à volets multiples de l'ICD soit traité;
- de faire la synthèse de toutes les réponses à développement de l'ICD de manière à créer un document cohérent, factuel et stylistiquement conforme qui reflète avec exactitude la situation de la faculté de médecine;
- de coordonner les activités des sous-comités chargés de l'auto-évaluation;
- de trouver le personnel nécessaire pour former le comité de direction de l'auto-évaluation;
- d'élaborer l'horaire de la visite d'agrément en collaboration avec le secrétaire de l'équipe de visiteurs;

- d'agir comme point de contact principal de la faculté pour le secrétariat du CAFMC et le secrétaire de l'équipe de visiteurs.

Coordonnateur de la visite

Le coordonnateur de la visite devrait être un membre du personnel administratif chevronné. Il gèrera l'aspect logistique de la visite d'agrément et s'acquittera d'autres fonctions administratives telles que la mise en forme et la soumission des documents relatifs à la visite d'agrément. Le coordonnateur de la visite se chargera de faire les réservations d'hôtel pour les membres de l'équipe, de coordonner le transport terrestre pour la durée de la visite et d'établir l'horaire des membres du corps professoral et du personnel qui participeront aux rencontres durant la visite d'agrément.

A. EXÉCUTION DE L'ICD ET COMPILATION DES AUTRES DOCUMENTS

Les questions qui figurent dans l'ICD sont directement liées à des éléments précis. Les personnes qui connaissent le mieux un sujet précis devraient répondre aux questions qui s'y rapportent et compiler les documents connexes. On devrait s'assurer de l'actualité, de l'exactitude et de l'uniformité des données et de la terminologie dans l'ensemble de l'ICD (p. ex. uniformité des abréviations, des noms et des abréviations pour les comités). Le responsable facultaire de l'agrément qui supervise le processus d'agrément à la faculté devrait veiller à ce que l'ICD dûment rempli soit revu de façon exhaustive afin d'identifier les inexactitudes, les éléments manquants ou les incohérences relativement aux renseignements rapportés. Si un document, des données ou des renseignements expressément demandés ne sont pas fournis dans l'ICD, on considérera qu'ils n'existent pas.

Les données provenant de l'ICD, de la plus récente version du QD et de sources internes devraient être revues par les sous-comités chargés de l'auto-évaluation pertinents et devraient être utilisées dans l'élaboration des rapports de chacun des sous-comités et du rapport final d'auto-évaluation de la faculté de médecine.

Durant l'exécution de l'ICD, les étudiants en médecine procéderont à leur propre examen du programme de formation, des services aux étudiants et d'autres domaines qui revêtent pour eux un intérêt. Bien que l'administration puisse offrir un appui logistique en ce qui a trait à l'analyse des données, la planification du sondage auprès des étudiants et l'interprétation des résultats relèvent des étudiants. On devrait orienter les étudiants vers la publication du CAFMC intitulée *Guide de l'auto-évaluation de la faculté de médecine*, en utilisant la version correspondant à l'année universitaire durant laquelle la visite d'agrément aura lieu.

B. ANALYSE DE L'AUTO-ÉVALUATION ET ÉLABORATION DU RAPPORT FINAL

Le comité de direction chargé de l'auto-évaluation de la faculté de médecine et ses sous-comités sont responsables de la tenue de l'auto-évaluation. Le projet dans son ensemble devrait être chapeauté par le responsable facultaire de l'agrément. Chaque sous-comité devrait revoir et analyser l'AIE, les plus récentes versions du Questionnaire à l'intention des diplômés ainsi que les réponses à développement de l'ICD et les annexes relatives aux éléments dont il est responsable. Dans la majorité des cas, les documents pertinents pour l'évaluation de l'élément ont été demandés dans l'ICD lui-même. Les sous-comités procèdent à la première évaluation des éléments (en tenant compte de toutes les exigences relatives à l'élément et des éléments de preuve connexes) et élaborent des recommandations relativement à l'amélioration continue de la qualité (ACQ) en ce qui a trait à cet élément. Ce processus est décrit plus en détail dans les pages qui suivent. Par la suite, le comité de direction analyse les rapports des sous-comités, avec les documents justificatifs et tous nouveaux renseignements, et révisé au besoin les évaluations décernées par les sous-comités. Le comité de direction procède à la mise à jour des recommandations traitant de l'ACQ. Le comité de direction élabore le rapport d'auto-évaluation final qui comprend un sommaire des éléments qui constituent des forces de la faculté de médecine et des éléments qui doivent être surveillés afin d'assurer la conformité constante ou future avec les normes d'agrément, d'améliorer la qualité du programme de formation et de rehausser l'expérience des étudiants en médecine. Les composantes du rapport d'auto-évaluation sont décrites plus tard aux présentes.

Le rapport d'auto-évaluation de la faculté de médecine, l'AIE, les plus récentes versions du QD ainsi que l'ICD dûment rempli accompagné des annexes doivent être soumis à l'équipe de visiteurs trois mois avant la visite d'agrément, tel qu'indiqué sur le site Web du CAFMC.

C. VISITE D'AGRÈMENT ET PRÉPARATION DU RAPPORT DE VISITE

Une visite d'agrément complète débute généralement un dimanche soir par un premier entretien avec le doyen. Elle se termine par des réunions de bilan en compagnie du doyen et du principal dirigeant ou du directeur des études de l'université le mercredi en début d'après-midi. La visite peut être prolongée d'une journée lorsqu'une faculté possède des campus délocalisés. Si, durant la visite, le doyen a des préoccupations sur la tenue de celle-ci, il devrait communiquer immédiatement avec le secrétariat du CAFMC. Avant la visite, l'équipe de visiteurs examinera en détail le matériel fourni par la faculté. Au moment de la visite, la faculté remettra à l'équipe de visiteurs, en formats imprimé et électronique, des copies de ces documents ainsi que les rapports d'auto-évaluation individuels des sous-comités.

Durant la visite, l'équipe préparera une liste de conclusions portant sur des éléments précis. Ces conclusions sommaires seront transmises verbalement au doyen et au principal dirigeant de l'université lors de la dernière journée de la visite et une copie écrite des conclusions de l'équipe en ce qui a trait aux éléments sera fournie au doyen. Ces conclusions initiales seront revues durant le processus de révision du rapport de visite. L'équipe de visiteurs n'émet aucune recommandation et ne prend aucune décision concernant l'état d'agrément de la faculté de médecine. Il incombe au CAFMC et au LCME de déterminer l'état de l'agrément.

Au terme de la visite d'agrément, les membres de l'équipe de visiteurs préparent un rapport préliminaire selon le format précisé dans le *Guide du rapport de visite*. Le rapport de visite évalue d'abord l'information contenue dans l'ICD, le rapport d'auto-évaluation, l'AIE ainsi que l'information obtenue par les membres de l'équipe de visiteurs durant la visite, puis présente les conclusions des membres de l'équipe de visiteurs. *Le rapport de visite comprend le jugement de l'équipe au sujet des conclusions relatives aux éléments qui sont classés comme suit : 1) satisfaisant, 2) satisfaisant, mais nécessitant une surveillance et 3) insatisfaisant.*

Une version préliminaire du rapport est envoyée par le secrétaire de l'équipe de visiteurs au secrétariat du CAFMC pour examen préliminaire afin de vérifier que le rapport est complet et qu'il documente adéquatement les conclusions de l'équipe. Il est ensuite retourné au secrétaire de l'équipe qui, en consultation avec cette dernière, prépare la version préliminaire qui sera envoyée au doyen pour examen. Le doyen dispose de 10 jours ouvrables pour répondre au rapport préliminaire par écrit en soulignant les points jugés comme étant erronés sur le plan des faits ou en émettant des préoccupations quant au ton du rapport. L'information fournie dans le cadre de la réponse du doyen doit faire référence d'une part aux renseignements contenus dans l'ICD ou fournis à l'équipe de visiteurs durant la visite d'agrément, et de l'autre, à la période de la visite d'agrément. Les événements survenus ou les mesures prises par la faculté après la visite n'atténueront nullement les conclusions de satisfaisant ou de satisfaisant, mais nécessitant une surveillance identifiées dans le rapport de visite. Les commentaires du doyen concernant le rapport de visite sont envoyés au secrétaire de l'équipe et une copie de ceux-ci sera transmise au secrétariat du CAFMC. Le secrétaire de l'équipe soumettra le rapport de visite final au secrétariat du CAFMC avec une copie au doyen. Après réception du rapport final, si le doyen demeure préoccupé quant au processus entourant la visite, à des erreurs factuelles ou en rapport avec le ton du rapport, il peut envoyer, dans les 10 jours ouvrables, une lettre au secrétariat du CAFMC détaillant ces préoccupations. L'information dont il est fait mention doit avoir été contenue dans l'ICD ou fournie aux membres de l'équipe de visiteurs au moment de leur visite. Aucune nouvelle information concernant les événements survenus ou les mesures prises par la faculté après la visite ne doit être fournie dans la lettre envoyée par le doyen au secrétariat du CAFMC et aucune pièce jointe ne pourra être acceptée. La lettre du doyen sera fournie au CAFMC lorsque le rapport de visite sera revu par le comité.

D. DÉCISIONS D'AGRÈMENT ET SUIVI

Le CAFMC revoit le rapport de visite dans le cadre de la première réunion régulière subséquente (en septembre, janvier ou mai). À ce moment-là, le Comité formule une décision concernant l'état d'agrément du programme et le suivi. Cette décision est ensuite revue par le LCME durant sa première réunion régulière subséquente (en octobre, en février ou en juin). Une décision finale du CAFMC/LCME est ensuite prise à l'égard de l'état d'agrément et du suivi. L'agrément peut être octroyé ou renouvelé pour une période de huit ans. Cependant, il peut être accordé au programme pour une durée indéterminée ou plus courte. Avant d'accorder ou de renouveler l'état d'agrément, le CAFMC peut 1) exiger que le doyen soumette un ou plusieurs rapports d'état par écrit; 2) prévoir la tenue d'une visite d'agrément limitée; 3) demander à son secrétariat d'effectuer une visite à des fins de consultation ou d'enquête ou 4) ordonner la tenue d'une autre visite d'agrément complète avant la fin de la période de huit ans. Si des

problèmes majeurs ont été identifiés, le CAFMC peut choisir de maintenir l'agrément pour une durée indéterminée en attendant les résultats d'une visite de suivi ou de placer le programme en situation d'avertissement ou de probation. Le CAFMC/LCME peut retirer l'agrément si on ne remédie pas à ces problèmes dans une période de temps raisonnable ou si des problèmes identifiés durant une visite indiquent que le programme ne prépare pas de façon adéquate les étudiants en médecine à la phase suivante de leur formation ou qu'il n'est pas durable pour quelque raison que ce soit.

HORAIRE TYPIQUE D'UNE VISITE D'AGRÈMENT COMPLÈTE DU CAFMC

Mois avant et après la visite d'agrément	Activités
-18	<p>Le secrétariat du CAFMC fixe les dates de la visite d'agrément avec le doyen de la faculté de médecine.</p> <p>Un comité d'étudiants responsables de l'AIE est formé et ses membres commencent à élaborer les questions du sondage mené auprès des étudiants.</p>
-15	<p>L'AIE est distribuée aux membres du corps étudiant. À noter que les données de l'AIE sont nécessaires à l'exécution de l'ICD. Le moment du sondage doit donc être prévu en conséquence.</p>
-15	<p>Le secrétariat du CAFMC publie l'ICD sur la page Web du CAFMC.</p> <p>Le doyen désigne les employés de la faculté qui participeront à la visite d'agrément et en avise le CAFMC au moyen du formulaire fourni par le secrétariat du CAFMC.</p> <p>Le responsable facultaire de l'agrément donne le coup d'envoi aux activités de collecte des données.</p>
-15/-12	<p>La faculté nomme les membres du comité de direction. Ce comité fixe ses objectifs, la portée de l'étude et les méthodes de collecte des données et met sur pied divers sous-comités.</p> <p>Les étudiants chargés de mener l'AIE fournissent les données du sondage au responsable de facultaire l'agrément et débutent l'analyse indépendante des données.</p> <p>Divers individus ou groupes commencent à répondre aux questions de l'ICD.</p>
-12/-6	<p>Les étudiants fournissent l'AIE finale au responsable facultaire de l'agrément. Ce dernier distribue le rapport de l'AIE et les sections dûment remplies de l'ICD au comité de direction chargé de l'auto-évaluation et aux sous-comités appropriés. Les sous-comités revoient et analysent les sections pertinentes et préparent des rapports qui sont transmis au comité de direction.</p> <p>Si ce n'est déjà fait, il convient de prendre des mesures pour remédier aux problèmes identifiés par les divers sous-comités.</p>
-4/-3	<p>Le secrétariat du CAFMC envoie au responsable facultaire de l'agrément des directives quant à la visite d'agrément. La liste définitive des membres de l'équipe d'agrément est envoyée au doyen.</p> <p>Le responsable facultaire de l'agrément revoit l'ICD, le rapport d'auto-évaluation sommaire et les autres documents requis. Il apporte ensuite les mises à jour/corrections requises.</p>
-3	<p>Le matériel d'agrément final, qui se compose de l'ICD et des documents justificatifs, du rapport de l'AIE et du rapport d'auto-évaluation sommaire est soumise conformément aux directives qui figurent sur le site Web du CAMFC.</p>

-3/2.5	<p>Peu de temps après avoir reçu le matériel d'agrément de la faculté, le secrétaire de l'équipe de visiteurs communique avec le responsable facultaire de l'agrément afin de commencer à travailler sur l'horaire de la visite d'agrément. Il communique avec le coordonnateur de la visite pour discuter de la logistique.</p> <p>Le responsable facultaire de l'agrément élabore un horaire de visite en s'inspirant du modèle de visite d'agrément qui figure dans ce document et l'envoie au secrétaire de l'équipe pour examen.</p> <p>En fonction de l'examen initial du matériel d'agrément, le secrétaire de l'équipe peut demander des renseignements/du matériel supplémentaires ou l'ajout à l'horaire de séances de visite d'agrément supplémentaires avec des membres du corps professoral ou du personnel précis.</p>
-2	<p>Au besoin, des corrections ou des mises à jour apportées à l'ICD sont regroupées et envoyées au secrétaire de l'équipe de visiteurs conformément aux procédures indiquées à la page Web du CAFMC.</p> <p>Le secrétaire de l'équipe et la faculté finalisent l'horaire de la visite.</p>
-1	<p>Au besoin, un ensemble final de corrections ou mises à jour regroupées à l'ICD est envoyé au secrétaire de l'équipe de visiteurs conformément aux procédures indiquées à la page Web du CAFMC.</p>
0	<p>L'équipe de visiteurs visite la faculté.</p> <p>Tenue de la réunion de bilan.</p> <p>Le responsable facultaire de l'agrément soumet au secrétariat du CAFMC un regroupement des mises à jour qui renferme tout matériel supplémentaire remis à l'équipe de visiteurs avant ou durant la visite et toutes corrections ou mises à jour fournies à l'équipe après la remise initiale (à – 3 mois). Cela comprend les mises à jour/corrections faites au moment de la visite. Elles sont soumises électroniquement sur une clé USB envoyée par la poste au secrétariat du CAFMC.</p>
+1/+2	<p>Le secrétaire de l'équipe de visiteurs envoie une première ébauche du rapport de la visite d'agrément au secrétariat du CAFMC pour étude. Les commentaires de rétroaction du secrétariat sont incorporés, selon les directives de l'équipe, dans une deuxième ébauche envoyée au doyen pour examen.</p>
+1/2 (+10 jours)	<p>Le doyen émet des commentaires de rétroaction qui sont incorporés dans le rapport final à la discrétion du secrétaire et du président de l'équipe de visiteurs.</p>
+2/3	<p>On finalise le rapport de visite. Le secrétaire de l'équipe de visiteurs envoie le rapport de visite final au doyen et au secrétariat du CAFMC. Le secrétariat distribue le rapport final aux membres du CAFMC pour qu'ils le renvoient avant la prochaine rencontre du CAFMC.</p>
+3/4	<p>Le CAFMC prend sa décision au sujet de l'état d'agrément durant sa réunion régulière subséquente (janvier/mai/septembre).</p> <p>Le LCME revoit la décision du CAFMC durant sa réunion subséquente. Une décision conjointe finale est rendue.</p>
Dans les 30 jours suivant la réunion du LCME	<p>Le principal dirigeant et le doyen de la faculté de médecine de l'université reçoivent des copies du rapport de visite final et sont prévenus, par écrit, de la décision finale concernant l'état d'agrément et tout suivi requis.</p>

A. ASSISTANCE DU SECRÉTARIAT DU CAFMC

On encourage les facultés à communiquer avec le secrétariat du CAFMC en tout temps par courriel ou téléphone et à assister aux séances de préparation offertes à celles qui feront sous peu l'objet d'une visite d'agrément. Ces séances comprennent une séance de préparation annuelle à la visite d'agrément donnée dans le cadre de la Conférence canadienne sur l'éducation médicale (CCEM) qui offre des renseignements généraux sur l'agrément et le processus d'auto-évaluation et donne aux participants l'occasion de discuter de points précis avec les membres du secrétariat. Le personnel désigné de l'agrément à la faculté sera automatiquement invité à ces événements.

EXÉCUTION DE L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES (ICD)

L'ICD s'articule autour des 12 normes d'agrément du CAFMC :

- Norme 1 : Mission, planification, organisation et intégrité
- Norme 2 : Direction et administration
- Norme 3 : Milieux universitaire et d'apprentissage
- Norme 4 : Préparation, productivité et participation des membres du corps professoral et politiques connexes
- Norme 5 : Ressources pédagogiques et infrastructure
- Norme 6 : Compétences, objectifs et conception du programme d'études
- Norme 7 : Contenu du programme d'études
- Norme 8 : Gestion, évaluation et amélioration du programme d'études
- Norme 9 : Enseignement, supervision, évaluation et sécurité des étudiants et des patients
- Norme 10 : Sélection, affectation et progrès des étudiants en médecine
- Norme 11 : Aide pédagogique et au choix de carrière et dossiers scolaires des étudiants en médecine
- Norme 12 : Services de santé, de conseils personnalisés et d'aide financière à l'intention des étudiants en médecine

On peut généralement se procurer l'ICD pour une année donnée auprès du secrétariat du CAFMC au moins 15 mois avant la visite d'agrément. Le responsable facultaire de l'agrément devrait distribuer des sections de l'ICD (par norme, élément ou même par question) aux personnes les plus aptes à fournir des renseignements exacts et actuels. Une première ébauche de l'ICD devrait être complétée et retournée au responsable facultaire de l'agrément dans les deux ou trois mois. Ce dernier reverra ensuite les réponses de l'ICD pour s'assurer que l'information est complète et exacte.

Certains tableaux de l'ICD (p. ex., les données financières) seront remplis par l'AFMC et fournis à la faculté de médecine pour vérification. Par la suite, les données seront fournies au secrétariat du CAFMC qui insérera les tableaux dans le rapport de visite préliminaire et le fournira au secrétaire de l'équipe environ trois mois avant la visite d'agrément.

A. DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

Veillez fournir les documents justificatifs demandés à l'équipe de visiteurs sur une clé USB en les organisant conformément aux directives du secrétariat du CAFMC.

B. PLAGÉ DE DATES

Veillez fournir des données pour toutes les années universitaires requises. Alors que l'auto-évaluation devrait uniquement se concentrer sur des données d'une période précise, c.-à-d. la plus récente année universitaire, l'ICD devrait être rempli avec toutes les données historiques requises. La période de temps couverte par les données devrait être clairement indiquée.

Comme l'ICD aura probablement été préparé au moins neuf mois avant la visite d'agrément, certaines données quantitatives devront être mises à jour avant qu'il ne soit soumis. L'équipe de visiteurs aura besoin d'une version à jour des données sur les inscriptions, des mises à jour sur les modifications apportées au programme pédagogique

ainsi que toute nouvelle information d'importance. Ces mises à jour devraient être faites avant que l'ICD ne soit finalisé et soumis (c.-à-d. trois mois avant la date prévue de la visite d'agrément). L'AFMC mettra à jour les renseignements financiers, les données sur les inscriptions ainsi que le nombre de membres du corps professoral et de résidents au moyen des données les plus récentes fournies par la faculté de médecine. Il incombe aux facultés de mettre à jour les réponses aux autres questions au besoin.

C. MISES À JOUR

Les mises à jour ou les corrections apportées à l'ICD une fois que le matériel d'agrément a été soumis (3 mois avant la visite) devraient être regroupées et envoyées à l'équipe de visiteurs afin de pouvoir être incorporées à l'horaire de la visite et aux priorités. On recommande que les mises à jour soient consolidées et envoyées à l'équipe chargée de la visite en lots, pas plus de deux fois avant la visite d'agrément (p. ex., à -2 et -1 mois). À noter que cela ne comprend pas le matériel supplémentaire demandé par l'équipe de visite.

TENUE DE L'AUTO-ÉVALUATION

A. COMITÉ DE DIRECTION CHARGÉ DE L'AUTO-ÉVALUATION

Le processus d'auto-évaluation nécessite le temps et les efforts des membres du leadership de la faculté, des membres du corps professoral, des étudiants, des membres du soutien administratif et d'autres personnes associées à la faculté de médecine, à ses milieux cliniques affiliés et, le cas échéant, à l'université mère.

L'ultime responsabilité de la tenue de l'auto-évaluation et de la préparation du rapport final d'auto-évaluation incombe au comité de direction chargé de l'auto-évaluation qui bénéficie du soutien du responsable facultaire de l'agrément. Ce groupe détermine les objectifs de l'auto-évaluation, fixe le calendrier pour l'achèvement de toutes les activités connexes et finalise le rapport d'auto-évaluation de la faculté de médecine.

Le comité de direction chargé de l'auto-évaluation devrait largement représenter les intervenants de la faculté de médecine. Il devrait donc comprendre une combinaison des groupes suivants : hauts dirigeants et administrateurs de la faculté de médecine (sur le plan universitaire, fiscal et de la gestion, directeurs de départements et de sections, membres juniors et séniors du corps professoral, étudiants en médecine, diplômés en médecine, membres du corps professoral ou administrateurs de l'université dans son ensemble, représentants de milieux cliniques affiliés et fiduciaires (administrateurs) de la faculté de médecine/de l'université. Le comité de direction peut en outre compter des étudiants diplômés en sciences biomédicales fondamentales, des résidents qui participent à la formation des étudiants en médecine, et des médecins communautaires. Bien que les directives générales relatives à la composition du comité de direction doivent être suivies, chaque faculté peut prendre ses propres décisions quant à la composition du groupe en fonction de son milieu et de ses circonstances propres. Le comité de direction chargé de l'auto-évaluation peut être présidé par le doyen ou un vice-doyen, un doyen associé principal, un directeur de département ou un membre chevronné du corps professoral. La faculté de médecine devrait fournir l'aide de personnel administratif pour faciliter l'achèvement en temps opportun du travail.

B. SOUS-COMITÉS DU COMITÉ DE DIRECTION CHARGÉ DE L'AUTO-ÉVALUATION

Divers sous-comités devraient être formés afin d'évaluer les 12 normes. Chaque norme devrait être étudiée par un sous-comité. Cependant, un sous-comité peut se voir octroyer la responsabilité de plusieurs normes. Par exemple, un sous-comité pourrait être responsable des normes relatives aux étudiants en médecine (normes 10, 11 et 12). Les facultés voudront peut-être mettre sur pied des comités supplémentaires pour revoir des sujets précis, soit pour entreprendre un examen plus détaillé ou pour tenir compte de besoins uniques de la faculté de médecine. Par exemple, une faculté qui possède des campus délocalisés pourra vouloir créer un sous-comité distinct pour revoir chaque campus ou encore, une faculté qui possède une mission de recherche particulièrement marquée pourra vouloir créer un sous-comité pour revoir la relation entre cette mission et le programme d'éducation médicale.

Chaque sous-comité devrait être composé des membres appropriés, notamment un vice-doyen ou un doyen associé ou adjoint, des membres du corps professoral et, le cas échéant, des étudiants. Il est utile qu'au moins un membre du comité de direction siège au sein de chaque sous-comité afin d'assurer la continuité et de faciliter la communication.

Il est utile qu'un membre du corps professoral connaissant la norme en question siège au sein du sous-comité (p. ex., un membre du comité chargé du programme d'études pour la norme 8). Chaque sous-comité devrait revoir les sections pertinentes de l'ICD et évaluer les éléments, tel qu'expliqué plus loin dans le présent guide. Les sous-comités voudront peut-être recueillir d'autres données pertinentes pour leur(s) secteur(s) de responsabilités.

Les sous-comités responsables des normes traitant des services aux étudiants en médecine, du programme de formation et des installations devraient se reporter aux résultats de l'AIE durant leurs délibérations. Ces composantes de l'AIE sont explicitement citées par élément dans l'ICD.

Les sous-comités évaluent systématiquement si la faculté de médecine répond aux exigences précises de chaque élément qui leur a été attribué. Les sous-comités auront selon toute vraisemblance besoin de deux ou trois mois pour compléter la collecte, l'examen et l'analyse des données. Reportez-vous à la description détaillée de ces tâches ci-dessous.

Un certain nombre d'outils sont fournis pour aider la faculté à procéder à son auto-évaluation. Ils comprennent un tableau sommaire de notation des éléments pour chaque norme, une case de sélection de la notation pour chaque élément et un tableau sommaire de notation global pour toutes les normes. Ces outils, inclus pour être utilisés par les facultés à l'interne uniquement, devraient être utilisés par les sous-comités, le comité de direction chargé de l'auto-évaluation ainsi que les membres du corps professoral et le personnel de la faculté de médecine pour déterminer les points à améliorer et suivre les progrès réalisés durant l'auto-évaluation menant à la visite d'agrément. Les rapports du sous-comité individuel se composent du tableau sommaire des éléments pour chaque norme suivi des pages d'évaluation individuelles et des notes attribuées à tous les éléments en ordre numérique. Les rapports devraient être transmis au président du comité de direction chargé de l'auto-évaluation ou au responsable de l'agrément au sein de la faculté. Il devrait y avoir des rapports distincts pour chacune des douze normes.

C. PRÉPARATION DU RAPPORT D'AUTO-ÉVALUATION FINAL

Il incombe au comité de direction chargé de l'auto-évaluation d'analyser toutes les évaluations faites par les sous-comités au sujet des éléments, y compris les éléments jugés satisfaisants. En effectuant son examen des rapports des sous-comités et des documents justificatifs (p. ex. AIE, ICD), et de tout nouvel élément d'information, le comité de direction révisé, comme il lui semble approprié, les évaluations des éléments par les sous-comités et finalise les recommandations en matière d'ACQ pour chaque élément.

La Faculté doit utiliser le tableau sommaire des éléments assortis d'un code de couleur pour toutes les normes (Tableau sommaire de notation des éléments - AEFM) et les notes accordées aux éléments pour tirer un maximum d'avantages sur l'auto-évaluation. Tous les tableaux de notation et toutes les notes accordées aux éléments devraient être **supprimés** du matériel fourni à l'équipe de visiteurs. Le rapport d'AEFM se compose des formulaires d'évaluation pour chacun des éléments de chaque norme en ordre numérique. Reportez-vous à la description détaillée ci-après.

Le rapport d'AEFM est soumis dans le cadre du matériel d'agrément trois mois avant la visite d'agrément. Des copies imprimées des rapports individuels des sous-comités doivent être fournies à l'équipe de visiteurs dans la salle de travail de l'équipe durant la visite, mais ne doivent pas être soumis avec le matériel d'agrément.

ÉVALUATION DES ÉLÉMENTS

A. INSTRUCTIONS

Les formulaires d'évaluation des éléments sont directement liés à des normes et éléments d'agrément précis du CAFMC, tels qu'énoncés dans la version de l'année universitaire correspondante du document portant sur les *N & E* du CAFMC. La norme figure au début de chaque section et est suivie des éléments qui la composent. Sous chaque élément, une série d'énoncés en décrivent les exigences. Chaque sous-comité devrait revoir et analyser les données, les réponses à développement et les annexes de l'ICD pour les éléments dont ils sont responsables. Les questions

pertinentes tirées du Questionnaire à l'intention des diplômés de l'AFMC (QD de l'AFMC) et de l'AIE propres à un élément précis sont fournies dans l'ICD pour cet élément. Les membres du sous-comité doivent également lire le sommaire de l'AIE pour déterminer les préoccupations des étudiants qui peuvent se rapporter aux éléments dont ils sont responsables. Si la faculté possède au moins un campus géographiquement délocalisé, il faut envisager d'analyser les circonstances propres à ces lieux lorsqu'elles se révèlent utiles pour déterminer si les exigences ont été respectées.

B. ÉVALUATION GLOBALE DE L'ÉLÉMENT (EN TENANT COMPTE DE TOUTES LES EXIGENCES ET DES ÉLÉMENTS DE PREUVE CONNEXE)

Pour l'évaluation globale d'un élément, les membres du sous-comité devraient lire chaque exigence, analyser et évaluer les données correspondantes fournies dans l'ICD ou recueillies par la faculté et émettre un commentaire concernant chaque exigence qui résume dans quelle mesure la faculté de médecine satisfait à chacune des exigences. Il serait utile de se reporter à des sections précises de l'ICD par Annexe et numéro de page. L'évaluation globale pour certains éléments peut être un énoncé des faits, par exemple, pour l'élément *1.6 Conditions d'admissibilité* et pour l'élément *6.8 Durée du programme de formation*. En général, l'évaluation globale de chaque élément doit faire environ une demi-page. Elle peut aussi expliquer ou indiquer toutes circonstances propres à la faculté de médecine dont on a tenu compte en déterminant l'évaluation. Si aucun consensus ne peut être atteint quant à l'évaluation de l'élément, les différents points de vue devraient être inclus.

C. NOTATION DES ÉLÉMENTS (UNIQUEMENT AUX FINS INTERNES DE LA FACULTÉ)

Définitions :

1. satisfaisant (S) :
La faculté respecte toutes les exigences;
2. satisfaisant, mais nécessitant une surveillance (SNS)* :
 - a) la faculté de médecine respecte actuellement les exigences, p. ex. a mis en place la politique, le processus, la ressource ou le système requis, mais les résultats sont insuffisants pour en démontrer l'efficacité; OU
 - b) la faculté de médecine respecte actuellement les exigences de l'élément, mais certaines circonstances connues peuvent faire en sorte qu'elle ne parvienne plus les respecter;

** pour certains, mais pas tous les éléments*

3. insatisfaisant (I) :
La faculté ne respecte pas au moins une des exigences.

En fonction de l'évaluation des éléments décrite ci-haut, le sous-comité chargé de l'auto-évaluation et par la suite le comité de direction notent les éléments comme suit :

i. Éléments jugés satisfaisants (S)

Lorsque toutes les exigences relatives à l'élément sont satisfaites par la faculté de médecine, l'élément devrait être qualifié de satisfaisant.

ii. Éléments jugés satisfaisants, mais nécessitant une surveillance (SNS)

En ce qui a trait aux éléments jugés satisfaisants, mais nécessitant une surveillance (SNS), la zone de commentaires montrera que la faculté a seulement récemment satisfait à une exigence ou plus relativement à l'élément et possède l'équivalent d'environ six mois de données préliminaires montrant l'efficacité du système ou du processus, l'élément devrait être qualifié de satisfaisant, mais nécessitant une surveillance (SNS). Dans ce cas, l'énoncé relatif à l'exigence qui vient d'être récemment satisfaite est révisé pour décrire la situation à la faculté.

Par exemple, si pour l'élément 9.7 *Évaluation formative en temps utile et rétroaction*, l'ICD indiquait qu'il y a 12 mois, la faculté de médecine avait élaboré une politique exigeant que les membres du corps professoral procèdent à une rétroaction officielle au moins à mi-parcours de chaque expérience d'apprentissage requise et environ toutes les six semaines pour le cours sur les compétences cliniques d'une durée d'un an et pour l'externat longitudinal intégré qui est offert, ET que la faculté de médecine possède maintenant des données administratives prouvant que les étudiants ont fait l'objet de rétroaction depuis les six derniers mois, l'énoncé relatif à l'exigence 9.7 serait révisé comme suit : (c.f., phrase soulignée à la fin de l'énoncé).

La faculté de médecine a récemment mis en place un nouveau système pour veiller à ce qu'une rétroaction officielle :

- a) survienne au moins à mi-parcours de chaque expérience d'apprentissage requise;
- b) survienne environ toutes les six semaines pour le cours sur les compétences cliniques d'une durée d'un an et pour l'externat longitudinal intégré.

La faculté de médecine possède des données administratives montrant que le système a été efficace depuis les six derniers mois (n'incluez pas le soulignement dans le commentaire).

Pour certains éléments pour lesquels il faut des années pour obtenir une mesure des résultats, par exemple 3.3 *Programmes d'encouragement aux études médicales/diversité et partenariats*, il se peut qu'aucune donnée préliminaire ne soit disponible pour déterminer l'efficacité. Dans un tel cas, les mesures prises par la faculté comme par exemple la mise en œuvre de politiques et de nouvelles pratiques, même si elles sont récentes, peuvent être suffisantes pour attribuer à l'exigence la notation de satisfaisante, mais nécessitant une surveillance. Un élément peut également se voir attribuer la mention de satisfaisant, mais nécessitant une surveillance, si toutes les exigences sont satisfaites, mais qu'il existe des circonstances connues en vertu desquelles la faculté peut ne pas être en mesure de répondre aux exigences.

Si l'élément a été jugé non conforme ou conforme, mais nécessitant une surveillance lors de la dernière visite d'agrément complète ou durant la période intermédiaire, il faudrait ajouter une remarque à cet effet à la fin de l'évaluation globale.

iii. Éléments qualifiés d'insatisfaisants (I)

Lorsque l'évaluation globale de l'élément indique que la faculté ne satisfait pas à au moins un des énoncés propres aux exigences, l'élément devrait être qualifié d'insatisfaisant (I). L'évaluation globale portera sur chacune des exigences, c.-à-d. celles que la faculté respecte et celles qu'elle ne respecte pas. Dans le cas des exigences que la faculté ne respecte pas, l'auto-évaluation devrait revoir l'énoncé ou les énoncés qui n'est/ne sont pas encore respecté(s) par la faculté de positif à négatif et le modifier pour décrire les circonstances en vigueur à la faculté.

Par exemple, pour 4.4 *Rétroaction aux membres du corps professoral*, dans le cas où tous les membres du corps professoral n'ont pas fait l'objet de la rétroaction exigée dans le cadre de l'élément (p. ex., les membres du corps professoral des départements de médecine interne et de chirurgie ne font pas l'objet d'une rétroaction régulière, planifiée et en temps utile), le sous-comité a révisé l'énoncé 4.4 a de la page d'évaluation de l'élément pour refléter la situation précise à la faculté de médecine. L'énoncé pourrait se lire ainsi : « Les membres du corps professoral des départements de médecine interne et de chirurgie ne font pas l'objet d'une rétroaction régulière, planifiée et en temps utile de la part des dirigeants du département, du programme d'éducation médicale ou de l'établissement sur leur rendement académique et les progrès réalisés en vue d'une promotion et, le cas échéant, d'une permanence dans chaque campus (le soulignement indique une modification du libellé). »

Si l'élément a été jugé non conforme ou conforme, mais nécessitant une surveillance au moment de la dernière visite d'agrément complète ou de la période intermédiaire, une note à cet effet devrait être ajoutée à la fin de l'évaluation globale.

D. RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ POUR CHAQUE ÉLÉMENT

Le CAFMC s'attend à ce que la faculté de médecine s'engage dans des activités d'ACQ pour maintenir le degré de conformité aux normes d'agrément (Élément 1.1). La faculté devrait élaborer des recommandations en matière d'ACQ pour tous les éléments qualifiés d'insatisfaisants (I) ou de satisfaisants, mais nécessitant une surveillance (SNS). Même si une faculté de médecine estime qu'elle répond à toutes les exigences d'un élément précis, elle peut vouloir se fixer un objectif qui dépasse l'attente de base. Par conséquent, le fait d'avoir une recommandation en matière d'ACQ pour un élément ne signifie pas *a priori* que l'élément a été qualifié d'I ou de SNS. La faculté de médecine devrait utiliser l'auto-évaluation comme une occasion de se fixer des objectifs et d'harmoniser les efforts des membres du corps professoral et des étudiants pour le bien général, non pas uniquement pour répondre aux attentes de l'agrément. Les recommandations en matière d'ACQ devraient être aussi explicites que possible afin d'agir comme guide pratique pour les personnes qui doivent les suivre afin d'atteindre les résultats escomptés.

Si l'élément a été jugé insatisfaisant, une recommandation pour remédier au problème identifié ainsi qu'un échéancier pour atteindre un niveau satisfaisant devraient être fournis.

Si la notation correspond à « satisfaisant, mais nécessitant une surveillance », tel qu'indiqué en 2.a) sous définitions, la faculté doit fournir une description de la politique et la date de sa mise en œuvre, une description des données préliminaires montrant que les exigences ont été respectées ainsi qu'une description des indicateurs de résultats qui seront utilisés pour démontrer l'efficacité du processus. Si la raison pour laquelle on a accordé la notation de « satisfaisant, mais nécessitant une surveillance » est celle donnée en 2.b) dans le paragraphe précédent, veuillez décrire les circonstances existantes et les recommandations pour relever tout défi permettant de satisfaire à l'exigence de l'élément.

COMPOSANTES DU RAPPORT D'AUTO-ÉVALUATION

1. PAGE TITRE

2. TABLE DES MATIÈRES

3. INTRODUCTION

a. Antécédents en matière d'agrément

Insérez le tableau fourni par le secrétariat du CAFMC énonçant les normes et leur état décrit ci-dessus, le type et le moment du suivi et l'état du programme d'éducation médicale depuis le moment de la dernière visite complète. Les données présentées dans le tableau ont été reformulées pour respecter la terminologie des nouveaux éléments.

Résumez brièvement, en une page ou moins, les mesures prises pour traiter des secteurs de non conformité aux normes d'agrément et des secteurs conformes, mais nécessitant une surveillance identifiés au moment de la dernière visite complète.

b. Description de l'auto-évaluation

En une page ou moins, veuillez fournir un bref aperçu de la manière dont a été menée l'auto-évaluation et du niveau de participation des divers membres du milieu universitaire, y compris les étudiants. Dans la section des annexes, insérez un tableau énumérant les membres (noms et postes occupés) du comité de direction chargé de l'auto-évaluation et de ses sous-comités.

4. ÉVALUATION DES ÉLÉMENTS

Insérez les formulaires d'évaluation des éléments mis à jour pour chacune des 12 normes, en ordre numérique (moins le tableau de notation de l'élément et les notations pour les éléments individuels).

5. ÉNONCÉ SOMMAIRE DU COMITÉ DE DIRECTION CHARGÉ DE L'AUTO-ÉVALUATION

Limitez cette composante du rapport à deux pages au maximum.

Sans fournir de détails précis, commentez sur l'efficacité de l'auto-évaluation : Des points de non-conformité et des points conformes, mais nécessitant une surveillance identifiés durant la dernière visite d'agrément complète ont-ils été identifiés dans l'auto-évaluation comme insatisfaisants ou satisfaisants mais doivent faire l'objet d'une surveillance? Le cas échéant, quels facteurs contribuent à la persistance des problèmes et quelles stratégies prévoit utiliser la faculté de médecine pour y remédier?

Veuillez noter tout défi qui peut contribuer à un rendement insatisfaisant de plus d'un élément au sein d'une même norme ou chevauchant plus d'une norme. Comment le comité de direction a-t-il tenu compte de ces défis lorsqu'il a élaboré les recommandations finales en matière d'ACQ?

6. ANNEXE DE L'AEFM

Énumérez les membres (noms et postes occupés) du comité de direction chargé de l'auto-évaluation et de ses sous-comités.