



**Groupe de réflexion sur l'avenir des admissions au  
Canada (GRAAC)**

**Stratégie proposée pour améliorer les processus  
d'admission**

Le 22 avril 2020

## Table des matières

Sommaire .....	3
Introduction .....	6
Faire fond sur un système d'admissions solide .....	8
Domaines d'action du GRAAC.....	9
Définition pancanadienne de la diversité, de l'équité et de l'inclusivité :.....	10
Créer une boucle de rétroaction pour des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes : .....	11
Service centralisé de dépôt des candidatures dans les facultés de médecine : .....	13
Autres secteurs d'exploration : .....	16
Prochaines étapes : Mise en œuvre de la stratégie du GRAAC .....	18
Rapports supplémentaires.....	21
Annexe 1 : Composition du GRAAC.....	22
Appendix 2: Addressing Social Accountability Through the Enhanced Socioeconomic and Sociocultural Diversity of Medical School Registrants.....	23
Appendix 3: Transforming Medical Student Selection for Excellence, Social Accountability, and Service to the Canadian Population.....	25

## Sommaire

Afin de promouvoir la recommandation numéro deux du rapport sur le volet prédoctoral du projet sur l'Avenir de l'édition médicale au Canada (AEMC EMPr), à savoir améliorer les processus d'admission pour atteindre la diversité souhaitée dans notre effectif médical, l'AFMC a créé le Groupe de réflexion sur l'avenir des admissions au Canada (GRAAC), composé d'experts en la matière et de membres du corps professoral chargés de garantir la diversité et l'équité au sein de la cohorte d'étudiants admis dans les facultés de médecine canadiennes.

Le GRAAC a pour mission d'aider l'AFMC à établir des principes et à mettre en œuvre des pratiques exemplaires afin d'améliorer les processus d'admission des étudiants dans les facultés de médecine canadiennes. À cette fin, le Groupe a identifié les domaines où les besoins et les préoccupations sont les plus marqués en ce qui a trait aux admissions dans les facultés de médecine canadiennes et où une collaboration pancanadienne sera bénéfique pour la société, nos facultés et les futurs étudiants en médecine grâce à l'amélioration des approches et des processus relatifs aux admissions. Notre rapport met en lumière les recommandations stratégiques du GRAAC qui devront être examinées par le Conseil d'administration de l'AFMC. D'autres étapes et mesures sont proposées afin de concrétiser et de promouvoir cette stratégie au cours des trois prochaines années.

Les facultés de médecine du pays tout entier accordent une importance croissante à la sélection de nouveaux étudiants en médecine aptes à répondre aux besoins des populations qu'ils serviront. Tout en nous efforçant d'améliorer les processus actuels d'admission en médecine, il est primordial de continuer à identifier la manière dont les pratiques exemplaires et les innovations émanant des facultés de médecine canadiennes et du monde entier peuvent être partagées et exploitées dans tout le pays et de réfléchir à cette question.

À la lumière de l'analyse contextuelle du GRAAC ainsi que de l'expérience et de la compréhension collectives qu'ont les membres du groupe du système actuel, nous avons identifié les principes suivants pour favoriser une amélioration ciblée et stratégique des processus d'admission dans les facultés de médecine canadiennes :

- **Responsabilité sociale**
- **Orientation vers les résultats**
- **Inclusivité**
- **Données probantes**

Il convient de noter que les principes ci-dessus s'articulent autour de l'importance pour les facultés de médecine canadiennes de répondre aux besoins uniques de leur communauté locale et de leur mission. Les changements systémiques proposés doivent respecter l'autonomie de chacune des facultés de médecine.

Le GRAAC a identifié trois grands domaines d'intervention conformes aux principes susmentionnés, méritant d'être abordés et encouragés au niveau national et dans le cadre desquels une collaboration pancanadienne profiterait à la société, aux facultés et aux candidats :

## Rapport stratégique du Groupe de réflexion sur l'avenir des admissions au Canada (GRAAC)

- Création d'une définition pancanadienne de la diversité et de l'inclusivité.
- Création d'une boucle de rétroaction vers des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes.
- Mise en œuvre d'un service centralisé de dépôt des candidatures pour améliorer la collecte de données et la gestion de directives socialement responsables.

On a également reconnu que, bien qu'il soit possible d'adopter une approche nationale des concepts susmentionnés au Canada, il continuera d'y avoir des différences régionales dans tout le pays qui conduiront à des approches ou des optiques personnalisées sur la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne. Les travaux entrepris par le GRAAC pour explorer ces domaines d'intérêt sont présentés plus en détail dans ce rapport.

En outre, le GRAAC continue d'explorer les domaines susceptibles d'améliorer notre capacité à admettre de nouvelles cohortes d'étudiants en médecine qui sont davantage à même de servir la population et qui ont des valeurs et des caractéristiques personnelles fortes en plus de leurs capacités cognitives. Ces autres domaines sur lesquels se penche actuellement le GRAAC comprennent la mise en œuvre d'une politique nationale sur les exigences relatives au MCAT dans le cadre du processus d'admission, l'amélioration de la fiabilité et de la validité de la moyenne pondérée cumulative (MPC) et l'élaboration d'un modèle intégré et systématique des facteurs à la base des admissions dans les facultés de médecine.

Les recommandations suivantes sont formulées par le GRAAC et sont classées par ordre de priorité en vue de leur mise en œuvre au cours des trois prochaines années :

<b>Classement des priorités</b>	<b>Recommandation du GRAAC</b>	<b>Principe d'amélioration du système proposé par le GRAAC</b>
2020	Que le Conseil d'administration de l'AFMC approuve les principes interdépendants portant sur 1) la responsabilité sociale, 2) l'orientation vers les résultats, 3) l'inclusivité et 4) les données probantes – pour permettre de modifier le système en vue d'améliorer les processus d'admission dans les facultés de médecine canadiennes, en favorisant la collaboration pancanadienne tout en respectant l'autonomie de chaque faculté.	Voir harmonisation ci-après
1 (2020 – 2023)	Que les recommandations proposées découlant du document commandé par le GRAAC sur la diversité, l'inclusivité et l'équité bénéficient de l'appui du Conseil d'administration de l'AFMC : 1. Établir un lien explicite entre les pratiques d'admission et le mandat de responsabilité sociale de l'établissement.	Inclusivité

Classement des priorités	Recommandation du GRAAC	Principe d'amélioration du système proposé par le GRAAC
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Harmoniser la diversité des personnes participant au processus décisionnel relatif aux admissions au mandat de responsabilité sociale de la faculté de médecine.</li> <li>3. Exiger un examen, une réflexion et une responsabilisation réguliers dans le cadre du processus décisionnel relatif aux admissions en ce qui concerne les préjugés structurels.</li> <li>4. Exiger des structures de réflexion et de responsabilité pour les décideurs en ce qui concerne les préjugés personnels.</li> <li>5. Procéder à un examen critique et redéfinir l'excellence des critères d'admission afin de minimiser les préjugés et de s'harmoniser au mandat de responsabilité sociale de la faculté de médecine.</li> <li>6. Veiller à ce que la faculté de médecine soutienne et investisse dans des activités visant à accroître la diversité du bassin de candidats.</li> <li>7. Atténuer les obstacles financiers pour les candidats aux facultés de médecine.</li> <li>8. Veiller à ce que les processus d'admission soient conformes aux normes d'aménagement applicables aux personnes handicapées.</li> <li>9. Assurer l'harmonisation avec les appels à l'action de la CVR et les recommandations du rapport sur <a href="#">l'Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones (ECASA)</a>, en particulier en ce qui concerne les admissions.</li> <li>10. Faire un suivi des facteurs de diversité au sein de chaque faculté et en rendre compte chaque année.</li> </ol>	
<p>2 (2019 – 2020)  APPROUVÉ – Octobre 2019</p>	<p>Que le Conseil d'administration de l'AFMC favorise l'utilisation de l'identifiant existant de l'AFMC, en conjonction avec le numéro MINC, dans l'ensemble des séries de données de l'AFMC afin de créer une boucle de rétroaction pour contrôler les résultats et permettre des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes.</p>	<p>Données probantes</p>
<p>3 (2020 – 2022)</p>	<p>Que le Conseil d'administration de l'AFMC demande au Réseau de l'AFMC sur les Admissions 1) de parvenir à un consensus sur les principes d'admission et les pratiques exemplaires, la normalisation nationale améliorant l'accès équitable pour tous les apprenants et étant compatible avec la mission de chacune des facultés de médecine et 2) d'identifier les avantages précis que pourrait fournir un service centralisé de dépôt des candidatures dans les facultés de médecine et de confirmer la</p>	<p>Responsabilité sociale</p>

Classement des priorités	Recommandation du GRAAC	Principe d'amélioration du système proposé par le GRAAC
	volonté de collaborer à une telle entreprise, en reconnaissant que le système permettrait une souplesse dans la personnalisation au niveau des facultés.	
4 (2020-2023)	Que le Conseil d'administration de l'AFMC soutienne le GRAAC dans la poursuite des recherches sur les meilleures pratiques d'admission dans les facultés de médecine, en engageant notre communauté dans une discussion nationale et une action collective pour soutenir des processus d'admission améliorés qui rehaussent la prestation des programmes de formation médicale et les résultats des apprenants.	Orientation vers les résultats

Le Conseil d'administration de l'AFMC se charge de la supervision de ce travail. Le GRAAC peut soutenir le Conseil de l'AFMC en dirigeant l'exécution de ce travail et en fournissant des évaluations des progrès par intermittence tout au long de la stratégie triennale. Le processus décisionnel et la mise en œuvre de ce travail relèvent, en dernier ressort, de la responsabilité de chaque faculté de médecine.

Le GRAAC a obtenu en avril 2020 le soutien du Conseil d'administration de l'AFMC en ce qui a trait aux recommandations découlant de ce rapport et à l'approche de mise en œuvre proposée.

S'appuyant sur le solide système d'enseignement médical déjà en place dans nos facultés de médecine, les améliorations du système recommandées dans le présent rapport soutiendront notre mandat mutuel de responsabilité sociale et amélioreront la capacité de nos facultés à répondre aux besoins en santé des Canadiens. En outre, le fait d'aider nos facultés à travailler collectivement à la promotion et à la mise à profit des meilleures pratiques prometteuses en matière d'admission ne profitera pas seulement aux uns et aux autres, mais positionnera le système d'enseignement médical canadien comme un leader mondial, dans un domaine où les pratiques exemplaires ne sont pas encore cohérentes ou bien définies.

## Introduction

Dans le cadre de sa démarche entreprise en 2017 et visant à renouveler les objectifs et les priorités stratégiques de l'AFMC, le Conseil d'administration de l'AFMC a réaffirmé sa vision pour l'Association, à savoir être un chef de file reconnu à l'échelle nationale et internationale dans le domaine de la formation du personnel de santé et agir comme défenseur national de premier plan et source de connaissances en matière d'éducation sanitaire. Dans le cadre de ce mandat, l'AFMC a été chargée de continuer à promouvoir et à mettre en œuvre les recommandations du rapport sur le [volet prédoctoral du projet sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada \(AEMC EMPr\)](#), notamment ce qui suit :

Recommandation 2 du projet sur l'AEMC EMPr

*Compte tenu du large éventail d'attitudes, de valeurs et d'habiletés requises des médecins, les facultés de médecine doivent améliorer les processus d'admission pour inclure l'évaluation des valeurs-clés et des caractéristiques personnelles des futurs médecins – telles que les habiletés en communication, en relations interpersonnelles et en collaboration et une gamme d'intérêts professionnels – ainsi que des aptitudes cognitives. De plus, pour atteindre la diversité souhaitée dans notre effectif médical, les facultés de médecine doivent recruter, sélectionner et appuyer une variété représentative d'étudiants en médecine.*

En 2018, l'AFMC a créé le Groupe de réflexion sur l'avenir des admissions au Canada (GRAAC), composé de membres du corps professoral très engagés et expérimentés dans le domaine des admissions, qui participent étroitement à la promotion de la responsabilité sociale ou qui sont chargés d'assurer la diversité et l'équité dans la cohorte d'étudiants en médecine admis dans leur faculté. Les membres du GRAAC représentent également les comités et réseaux pancanadiens de l'AFMC sur la Responsabilité sociale, les Admissions, la Santé des Autochtones, l'Équité, la diversité et le genre, les Affaires étudiantes et les fédérations nationales d'apprenants, la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). Vous trouverez à l'Annexe 1 la liste complète des membres du GRAAC.

Le GRAAC est chargé d'aider l'AFMC à établir des principes et à mettre en œuvre des pratiques exemplaires pour améliorer les processus d'admission des étudiants dans les facultés de médecine canadiennes. À cette fin, le GRAAC a identifié les secteurs où les besoins et les préoccupations sont les plus criants en ce qui concerne les processus d'admission dans les facultés de médecine canadiennes, et pour lesquels une collaboration pancanadienne serait bénéfique à la société, à nos facultés et aux futurs étudiants en médecine, grâce à l'amélioration des approches et des processus relatifs aux admissions. Le rapport suivant présente les recommandations stratégiques du GRAAC, pour examen par le Conseil d'administration de l'AFMC. D'autres étapes et mesures sont proposées afin de concrétiser et de promouvoir cette stratégie au cours des trois prochaines années.

## Faire fond sur un système d'admissions solide

Les facultés de médecine canadiennes admettent 2 900 étudiants en médecine par an, dans un milieu hautement concurrentiel où elles reçoivent les demandes de plus de 12 000 candidats intéressés. Chaque faculté est indépendamment responsable de ses propres processus d'admission et le nombre de places disponibles dans les programmes de médecine est déterminé par les modèles de financement des gouvernements provinciaux. En outre, l'instance d'accréditation des études de médecine au Canada établit des normes relatives aux pratiques d'admission des facultés de médecine. Nos facultés cherchent régulièrement et consciencieusement à améliorer leurs processus afin de produire des médecins compétents et polyvalents qui reflètent les besoins de la population qu'ils serviront et y répondent.

### **L'exemple du programme de médecine de la Faculté des sciences de la santé Rady de l'Université du Manitoba :**

#### **Promouvoir la diversité et l'inclusivité dans le processus d'admission aux facultés de médecine**

À la Faculté des sciences de la santé Rady, au sein de l'Université du Manitoba, les processus de sélection des admissions ont été repensés afin de garantir que le programme de médecine admette et produise chaque année une cohorte diversifiée de diplômés. Dans le cadre de son travail d'amélioration des processus d'admission au programme de médecine, la faculté de médecine a mis en place un groupe de travail sur la diversité et l'inclusivité. Suite à ses recommandations, les conditions d'admission au programme de médecine de la faculté de médecine garantissent non seulement que l'examen des candidats repose sur des critères d'admissibilité minimums, mais aussi qu'ils soient soumis à des mécanismes d'évaluation tels que le Medical College Admissions Test (MCAT) et le test de jugement situationnel (CASPer). Toutefois, ce facteur supplémentaire est intégré dans les processus décisionnels de leur comité de sélection qui prend en considération les candidats qui s'identifient comme provenant d'une communauté rurale/du Nord, d'une minorité sexuelle, d'une ascendance autochtone, d'une minorité visible, de familles dont les parents n'ont pas de diplôme universitaire ou dont le revenu familial est inférieur à 75 000 dollars par an, entre autres caractéristiques importantes.

Pour plus de détails, voir la publication fournie en annexe des docteurs B. Martin et Raghavan, *Addressing Social Accountability Through the Enhanced Socioeconomic and Sociocultural Diversity of Medical School Registrants* (Annexe 2).

Partout au Canada, les facultés de médecine accordent une importance croissante à la sélection de nouveaux étudiants en médecine qui répondront aux besoins des populations qu'ils serviront. En réponse au rapport sur l'AEMC EMPr, cinq ans après sa publication, les 17 facultés de médecine canadiennes ont identifié les améliorations qu'elles apportent à leurs processus d'admission. Comme l'indique le rapport, l'Université Memorial donne l'exemple en recrutant activement une cohorte d'étudiants diversifiée axée sur un engagement accru des étudiants des régions rurales et éloignées, ainsi que de ceux qui sont économiquement défavorisés. D'autres facultés se sont éloignées des modèles d'admission traditionnels en optant plutôt pour des critères d'admission personnalisés reflétant les besoins des populations qu'elles desservent et des entretiens multiples avec un panel représentatif et diversifié. En Alberta, l'Université de Calgary a en outre mis en place des programmes de canalisation des admissions pour les candidats d'origine rurale et autochtone et a alloué des fonds pour soutenir les voyages et d'autres aides financières afin de les aider à explorer et à s'intéresser à leurs programmes (Rapport sur l'AEMC EMPr, 2015).

Alors que nous cherchons à améliorer notre système déjà remarquable de prestation de soins médicaux, il est impératif que nous continuions à identifier et à réfléchir à la façon dont les meilleures pratiques et les innovations qui se produisent dans les facultés de médecine canadiennes peuvent être partagées et utilisées dans tout le pays. Les enquêtes menées par le GRAAC, ainsi que son expertise collective et sa compréhension du système actuel, ont permis d'identifier les principes suivants pour soutenir une amélioration ciblée et stratégique du système d'admission dans les facultés de médecine canadiennes :

- **Responsabilité sociale**
- **Orientation vers les résultats**
- **Inclusivité**
- **Données probantes**

Il convient de noter que les principes ci-dessus sont liés et justifiés par l'importance pour les facultés de médecine canadiennes de répondre aux besoins uniques de leur communauté locale et de leurs missions. Les changements de système proposés doivent respecter l'autonomie de chaque faculté de médecine.

**Recommandation du GRAAC : Que le Conseil d'administration de l'AFMC approuve les principes interdépendants portant sur 1) la responsabilité sociale, 2) l'orientation vers les résultats, 3) l'inclusivité et 4) les données probantes – pour permettre de modifier le système en vue d'améliorer les processus d'admission dans les facultés de médecine canadiennes, en favorisant la collaboration pancanadienne tout en respectant l'autonomie de chaque faculté.**

## Domaines d'action du GRAAC

À la suite de discussions préliminaires, y compris l'examen ou la participation à des sommets nationaux sur les processus d'admission dans les facultés de médecine entre 2014 et 2017, le GRAAC a confirmé l'intérêt de la communauté pour un soutien au niveau national en vue d'éclairer nos politiques et processus d'admission et de suivre les résultats grâce à la collecte et à l'accès à des preuves empiriques sur la trajectoire des candidats. Le GRAAC a identifié trois grands domaines d'intervention qu'il serait utile d'aborder et de soutenir au niveau national, et pour lesquels une collaboration pancanadienne serait bénéfique pour la société, nos facultés et nos étudiants en médecine potentiels :

- Création d'une définition pancanadienne de la diversité et de l'inclusivité.
- Création d'une boucle de rétroaction vers des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes.
- Mise en place d'un service centralisé de dépôt des candidatures pour l'amélioration de la collecte de données et la gestion de directives socialement responsables.

Il a en outre été reconnu que, bien qu'il soit possible d'adopter une approche nationale des concepts susmentionnés au Canada, il continuera d'y avoir des différences régionales à travers le pays qui mèneront à des approches ou des optiques personnalisées sur la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne.

Un résumé des conclusions et des recommandations relatives à chacun de ces trois domaines d'intérêt est fourni dans le présent rapport.

**Définition pancanadienne de la diversité, de l'équité et de l'inclusivité :**

Shawna O'Hearn (présidente du Réseau de l'AFMC sur la Responsabilité sociale) et Saleem Razack (président du Réseau de l'AFMC sur l'Équité, la diversité et le genre), tous deux membres du GRAAC, ont élaboré, avec l'aide de la D<sup>re</sup> Sarita Verma, alors vice-présidente, Éducation de l'AFMC, un document visant à explorer l'adaptation des processus de sélection pour une meilleure reconnaissance des diverses formes d'excellence et une plus grande responsabilité sociale dans la sélection des étudiants au sein des facultés de médecine canadiennes. Le document explore le consensus national sur les définitions de la diversité et de la responsabilité sociale et identifie trois groupes sous-représentés qui méritent d'être soutenus par des changements de politique nationale et d'accréditation, à savoir les Autochtones, les personnes handicapées et les personnes de statut socio-économique inférieur. Le document propose dix recommandations au Conseil d'administration de l'AFMC sur des sujets allant du renforcement ou de la modification des normes d'agrément à l'amélioration de la formation des comités d'admission et à l'amélioration des ressources pour les programmes de parcours pour les populations sous-représentées.

La liste complète des recommandations est incluse dans le document en annexe, *Transforming Medical Student Selection for Excellence, Social Accountability, and Service to the Canadian Population* (voir l'Annexe 3). Par l'intermédiaire du GRAAC, ce document a été largement diffusé pour consultation lors de la Conférence canadienne sur l'éducation médicale en avril 2019. La contribution de la communauté au rapport a été reçue et intégrée dans la version finale jointe en annexe.

Sur la base de ce travail, le GRAAC a identifié des recommandations justifiables pour la réussite dans les facultés de médecine :

1. Établir un lien explicite entre les pratiques d'admission et le mandat de responsabilité sociale de l'établissement.
2. Harmoniser la diversité des personnes participant au processus décisionnel relatif aux admissions au mandat de responsabilité sociale de la faculté de médecine.
3. Exiger un examen, une réflexion et une responsabilisation réguliers dans le cadre du processus décisionnel relatif aux admissions en ce qui concerne les préjugés structurels.
4. Exiger des structures de réflexion et de responsabilité pour les décideurs en ce qui concerne les préjugés personnels.
5. Procéder à un examen critique et redéfinir l'excellence des critères d'admission afin de minimiser les préjugés et de s'harmoniser au mandat de responsabilité sociale de la faculté de médecine.
6. Veiller à ce que la faculté de médecine soutienne et investisse dans des activités visant à accroître la diversité du bassin de candidats.
7. Atténuer les obstacles financiers pour les candidats aux facultés de médecine.

8. Veiller à ce que les processus d'admission soient conformes aux normes d'aménagement applicables aux personnes handicapées.
9. Assurer l'harmonisation avec les appels à l'action de la CVR et les recommandations du rapport sur l'[Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones \(ECASA\)](#), en particulier en ce qui concerne les admissions.

Mesure 7 de l'ECASA : Les facultés de médecine s'efforceront d'admettre chaque année un nombre minimal d'étudiants des Premières nations, métis et inuits en utilisant des approches fondées sur les distinctions et en procédant à un examen holistique des dossiers. Une solide collecte de données, assortie d'ententes appropriées de gérance des données, permettra d'examiner les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs au niveau de la faculté, de la province et de l'ensemble du pays.

Mesure 8 de l'ECASA : Les facultés de médecine ajouteront l'évaluation des connaissances sur les études autochtones, la sécurité culturelle, la lutte contre le racisme ou une discipline connexe à l'admission de tous les candidats au moyen de cours préalables, de la création de nouveaux outils ou de la modification des outils existants, comme les stations de MEM qui sont conçues et évaluées par des Autochtones.

10. Faire un suivi des facteurs de diversité au sein de chaque faculté et en rendre compte chaque année.

**Recommandation du GRAAC : Que les recommandations découlant du document commandé par le GRAAC sur la diversité, l'inclusivité et l'équité bénéficient de l'appui du Conseil d'administration de l'AFMC**

### **Créer une boucle de rétroaction pour des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes :**

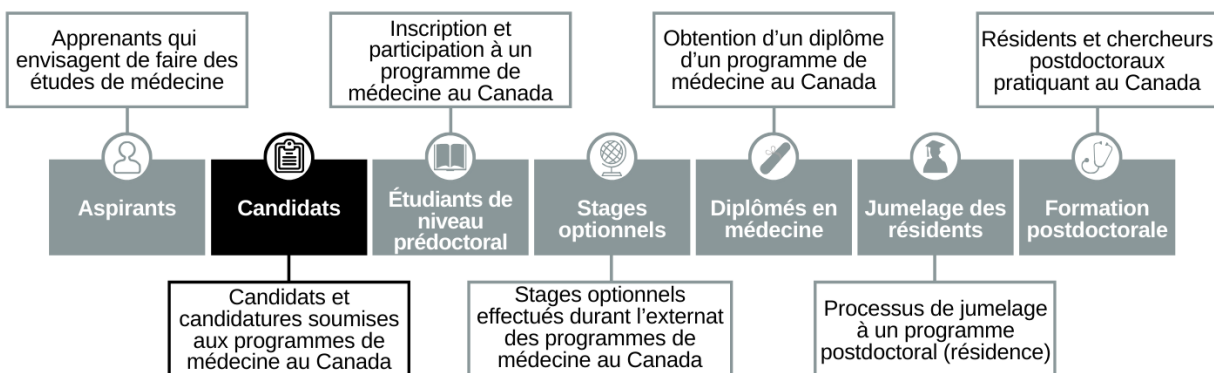
À la suite du Sommet national sur les admissions de 2018, les bureaux des admissions des facultés de médecine canadiennes ont constaté un manque de repères nationaux pour évaluer leurs politiques, leurs processus et leurs résultats. En outre, les bureaux des admissions ont affirmé qu'il n'existe aucun processus d'évaluation des résultats ou de réflexion sur l'impact des admissions à la fin des études. Un soutien important a toutefois été manifesté au cours du sommet quant à la mise en place un système de prise de décision fondé sur des données probantes et un désir de travailler avec l'AFMC pour aider à déterminer la voie à suivre. Ces préoccupations ont été reprises par l'AFMC et le GRAAC au niveau national, et ont mené à l'examen des bases de données de l'AFMC relatives aux admissions dans les facultés de médecine ainsi que leurs lacunes. Le GRAAC a étudié les données actuellement disponibles afin d'identifier les possibilités d'amélioration.

L'AFMC détient actuellement des données dans trois séries de données se rapportant aux admissions.

La première est le *Cheminement des apprenants vers la pratique* présenté ci-dessous. Ces données sont longitudinales et liées à un identifiant unique anonyme afin qu'une personne (ou une cohorte) non

identifiée puisse être suivie tout au long du parcours et dans la pratique. Les identificateurs personnels sont nécessaires pour faire correspondre les dossiers de plusieurs fournisseurs de données, y compris les 17 facultés de médecine du Canada. L'AFMC attribue un identificateur unique à chaque candidat à une faculté de médecine canadienne afin de signaler le nombre de candidats distincts qui sous-tendent les demandes soumises aux programmes de médecine dans plusieurs juridictions. Pour les étudiants inscrits, cet identificateur pourrait être associé à leur numéro NIMC afin d'étudier les données au-delà de la formation postdoctorale.

### Fonds de données de l'AFMC – *Cheminement des apprenants vers la pratique*



La deuxième série de données relatives aux admissions est constituée par les Questionnaires à l'intention des étudiants de l'AFMC. Ces sondages auprès des étudiants a lieu à trois moments du programme de premier cycle en médecine de l'apprenant – au moment de l'entrée des nouveaux étudiants en médecine, à la phase du pré externat et au moment de l'obtention du diplôme. On établit un lien entre les données dégagées dans cette série de questionnaires, mais les participants demeurent anonymes.

Enfin, l'AFMC envoie aux candidats en médecine un sondage approfondi sur la diversité des candidats. Encore une fois, le caractère anonyme est protégé.

Comme le Cheminement des apprenants vers la pratique, les Questionnaires à l'intention des étudiants de l'AFMC et le sondage sur la diversité des candidats ont été élaborés de manière indépendante pendant de nombreuses années, ils ne sont pas actuellement reliés entre eux. En d'autres termes, les dossiers individuels ne peuvent être reliés entre les trois séries de données.

Des limites ont été constatées pour plusieurs des séries de données, notamment le manque de renseignements socio-économiques recueillis par le biais de la série Cheminement des apprenants vers la pratique existante et la participation de cinq facultés seulement au sondage sur la diversité des candidats. En outre, on a noté que des données pouvaient exister au niveau des facultés concernant les résultats des entrevues, alors que de telles données ne sont actuellement pas recueillies au niveau national, et que des données supplémentaires pourraient être obtenues par le biais de l'AAMC sur les informations relatives aux candidats découlant des interactions avec le MCAT.

Notamment, les enquêtes sur les fonds de données de l'AFMC ont soulevé une question cruciale sur laquelle le GRAAC devrait se pencher, à savoir si l'analyse longitudinale de la trajectoire des candidats était viable ou non avec les séries de données actuelles. Étant donné l'anonymat des participants aux Questionnaires à l'intention des étudiants de l'AFMC, l'analyse longitudinale ou le couplage des données de cette série à une autre n'est pas possible actuellement. Le GRAAC a constaté que l'impossibilité de relier les lignes de données entre les séries de données constituait un facteur limitatif qui devait être abordé afin d'améliorer la base de données disponibles au niveau des facultés et au niveau national.

Afin que les facultés puissent comprendre les résultats de leurs processus d'admission et être en mesure d'avoir également accès à l'étalonnage national, l'utilisation de l'identifiant AFMCID déjà en place pourrait être mise à profit pour inclure les Questionnaires à l'intention des étudiants et le sondage sur la diversité des candidats. En reliant toutes les séries de données de l'AFMC, la série « Cheminement des apprenants vers la pratique » serait grandement améliorée et fournirait aux facultés un aperçu complet du parcours d'un apprenant (ou d'une cohorte, comme les candidats de statut socioéconomique inférieur) dans le système d'enseignement médical en préservant la vie privée des individus grâce à l'utilisation d'un identifiant unique.

**Recommandation du GRAAC : Que le Conseil d'administration de l'AFMC favorise l'utilisation de l'identifiant existant de l'AFMC, en conjonction avec le numéro MINC, dans l'ensemble des séries de données de l'AFMC afin de créer une boucle de rétroaction pour contrôler les résultats et permettre des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes.**

**APPROUVÉE - octobre 2019**

#### **Service centralisé de dépôt des candidatures dans les facultés de médecine :**

En 2018, les doyens et directeurs des admissions des facultés de médecine canadiennes se sont rencontrés et ont confirmé leur intérêt pour une collaboration nationale quant à un service centralisé de dépôt des candidatures favorisant une meilleure collecte de données et des directives socialement responsables, avec l'idée qu'un tel service pourrait contribuer grandement à réaliser des changements positifs dans l'enseignement médical.

Un service centralisé de dépôt des candidatures dans les facultés de médecine au Canada pourrait :

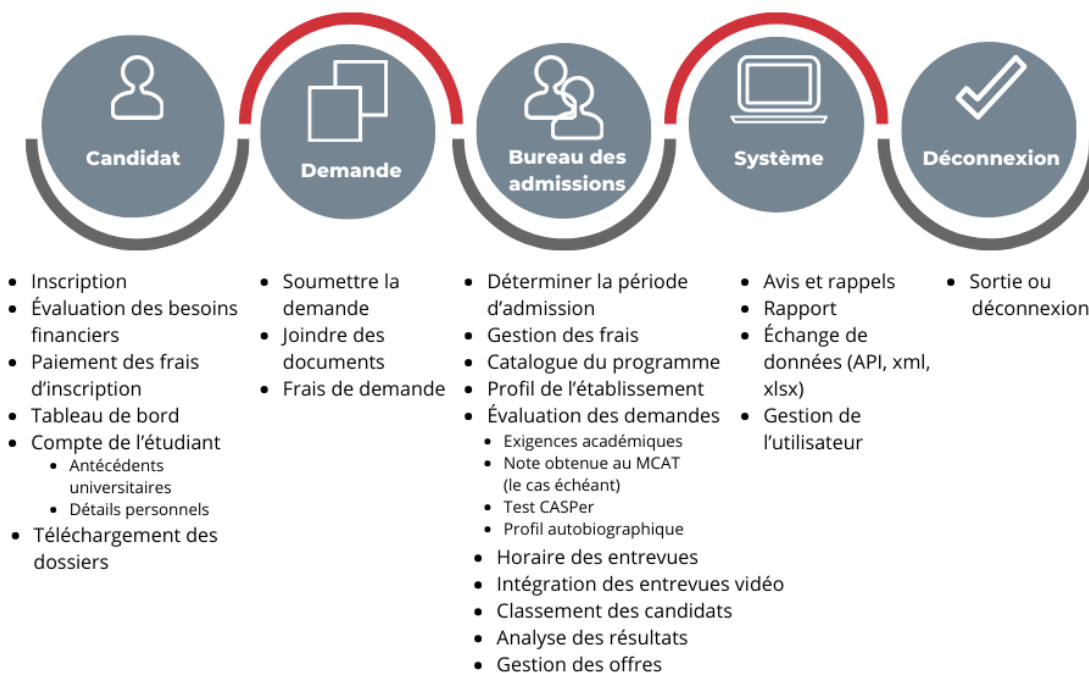
- améliorer le suivi des médecins en formation dès le début de leur carrière médicale et tout au long du continuum vers des processus évalués/ fondés sur des données probantes;
- remédier aux désavantages auxquels sont confrontés les apprenants et offrir un accès équitable à tous les candidats;
- fournir une plate-forme unique aux apprenants afin de réduire les coûts, le temps et les inefficacités liés au dépôt des candidatures dans les facultés de médecine;

- appuyer la mise en œuvre de directives socialement responsables (nationales et locales), par exemple l'aide aux frais et un accès/une participation plus large à des programmes de soutien ciblés.

Dans l'ensemble, le document commandé par le GRAAC sur la faisabilité d'un service centralisé de dépôt des candidatures à l'échelle du Canada suggère qu'il est possible d'offrir un processus de demande national qui soit plus équitable, plus rentable et plus rapide pour les apprenants, et qui élargisse la base de données probantes sur les activités d'admission tout en améliorant notre capacité à fournir un soutien ciblé aux groupes défavorisés. Les exigences de haut niveau pour un tel système sont décrites dans le diagramme ci-dessous, mais des spécifications fonctionnelles approfondies devraient être élaborées afin d'identifier les exigences opérationnelles communes à toutes les facultés ainsi que les exigences propres à chaque établissement. Cette enquête ne devrait être entreprise que dans les six à douze mois précédant le développement prévu, afin de représenter avec précision les processus opérationnels actuels.



## Service des admissions dans les facultés de médecine canadiennes



Les discussions sur un service centralisé de dépôt des candidatures sont tempérées par les préoccupations de nos facultés membres qui craignent que les pratiques exemplaires ne soient pas fondées sur des preuves. En outre, les nuances locales ou régionales nécessitent de s'écarter des approches standard d'admission et de sélection, qui doivent être respectées. Le GRAAC a en outre

constaté que la compétitivité entre les facultés de médecine ainsi que les préoccupations relatives à la gestion du changement à grande échelle contribuent à l'hésitation à centraliser les admissions. Une enquête du GRAAC faisant suite à son étude de faisabilité d'un service centralisé de dépôt des candidatures à l'échelle pancanadienne suggère que les bureaux d'admission hésitent encore beaucoup à croire qu'un tel service profitera directement à leur faculté, bien que la grande majorité des personnes interrogées se soient déclarées d'accord pour dire qu'un tel service permettrait de recueillir des données agrégées au niveau national pouvant servir de référence (88 % ou 15/17 facultés sont d'accord ou tout à fait d'accord).

#### Variabilité de la politique et du processus d'admission

En dehors de la question de la prestation de services, les conclusions des enquêtes menées par le GRAAC sur la faisabilité d'un service centralisé de dépôt des candidatures ont mis en évidence un degré de variabilité entre les facultés de médecine en ce qui concerne les critères d'admissibilité, l'approche relative aux entrevues et la présentation des offres. Les données suivantes recueillies peuvent être utiles pour discuter de l'état actuel des pratiques d'admission au Canada et pour établir un consensus sur une harmonisation à l'échelle nationale, le cas échéant.

<b>Critères d'admission dans les facultés de médecine canadiennes</b>	
<b>Exigences académiques</b>	MPC de 3,3 à 4,0 (moyenne de 3,75) Cote R de 15-38
<b>Examens standardisés</b>	12 facultés sur 17 exigent le MCAT Fourchette de score minimum pour le MCAT <sup>2015</sup> : 496-509 9 facultés sur 17 exigent le CASPeR (2 facultés exigent les deux)
<b>Profil autobiographique</b>	6 facultés sur 17 exigent un profil

Source : Conditions d'admission des facultés de médecine du Canada 2019

<b>Procédures de sélection et de recrutement dans les facultés de médecine canadiennes</b>	
<b>Période de demande d'admission</b>	De juin à mars (au niveau national) De juillet à octobre (généralement)
<b>Format de la demande (sur papier ou électroniquement/en ligne)</b>	Électroniquement/en ligne (17 facultés sur 17)
<b>Période des entrevues</b>	De novembre à avril (au niveau national) De février à avril (généralement)
<b>Type d'entrevue</b>	Mini-entrevues multiples (MEM) dans 9 facultés sur 17 Entrevues devant panel dans 8 facultés sur 17 Modèle hybride (mélange d'entrevues devant panel et de MEM) dans 1 faculté sur 17
<b>Volume d'entrevues</b>	De 252 à 655 (au niveau national) En moyenne, 452 entrevues par faculté
<b>Calendrier des offres</b>	De février à mai (généralement en mai)

Source : Conditions d'admission des facultés de médecine du Canada 2019 et sites Web des facultés de médecine canadiennes

En outre, on a constaté que les frais de demande d'admission s'élevaient en moyenne à 205 \$, allant de 70 à 345 \$ dans nos 17 facultés de médecine. En Ontario, les frais de dossier moyens s'élèvent à 337 \$, ce qui ne comprend pas les frais de déplacement, les frais d'entretien et les frais liés aux relevés de notes.

L'étude de faisabilité commandée par le GRAAC sur le service centralisé de dépôt des candidatures a suggéré que le Réseau de l'AFMC sur les Admissions pourrait être utilisé comme un véhicule pour essayer d'établir un consensus entre les facultés de médecine canadiennes. Les principaux domaines dans lesquels il sera nécessaire de trouver un terrain d'entente pour aller de l'avant comprennent la résolution des problèmes rencontrés dans le cadre d'une approche pancanadienne des admissions, le passage à des examens normalisés et à un examen global pour les processus de sélection des admissions, l'élaboration d'un processus d'entrevue qui favorisera et permettra un accès équitable pour les candidats et la garantie que les évaluations utilisées ne désavantagent pas certains groupes alors que nous tentons d'élargir l'accès et d'accroître la diversité du corps étudiant pour offrir une meilleure représentation de de la population canadienne.

**Recommandation du GRAAC : Que le Conseil d'administration de l'AFMC demande au Réseau de l'AFMC sur les Admissions 1) de parvenir à un consensus sur les principes d'admission et les pratiques exemplaires, la normalisation nationale améliorant l'accès équitable pour tous les apprenants et étant compatible avec la mission de chacune des facultés de médecine et 2) d'identifier les avantages précis que pourrait fournir un service centralisé de dépôt des candidatures dans les facultés de médecine et de confirmer la volonté de collaborer à une telle entreprise, en reconnaissant que le système permettrait une souplesse dans la personnalisation au niveau des facultés.**

#### **Autres secteurs d'exploration :**

Le GRAAC continue d'explorer d'autres questions ou sujets de préoccupation qui, grâce à l'examen, pourraient améliorer notre capacité à admettre de nouvelles cohortes d'étudiants en médecine qui soient représentatives de la population qu'elles serviront à terme et qui présentent un large éventail de valeurs et de caractéristiques en plus des capacités cognitives. Les autres domaines d'investigation actuellement entrepris par le GRAAC sont les suivants :

- Mise en œuvre d'une politique nationale sur les exigences relatives au MCAT dans le cadre du processus d'admission

Au total, 11 des 17 facultés de médecine du Canada ont recours au MCAT. Offert en anglais seulement, l'examen fournit un échantillon uniforme des aptitudes testées, mais présente de nombreux obstacles pour un grand groupe de candidats. Parmi ces obstacles figurent le coût de l'examen et des cours préparatoires, les frais de déplacement vers les centres de test et les coûts cachés liés au fossé numérique au Canada ainsi qu'aux barrières culturelles et linguistiques.

Le GRAAC étudiera les implications de l'établissement d'une méthodologie nationale sur les exigences relatives au MCAT dans le cadre du processus d'admission, faisant passer l'utilisation du

MCAT au Canada d'une méthode d'évaluation au niveau individuel à une méthode systémique. Ce changement permettrait de réduire le nombre de fois où les candidats doivent passer le MCAT ou suivre des cours préparatoires pour obtenir un avantage concurrentiel et permettrait au nouveau programme d'aide financière pour les candidats canadiens au MCAT offert par l'AFMC en partenariat avec l'AAMC de travailler en tandem pour venir en aide aux candidats aux prises avec des difficultés financières.

- Améliorer la fiabilité et la validité de la MPC

Les algorithmes de sélection des admissions dans les facultés de médecine au Canada font appel à des combinaisons variables d'indicateurs universitaires et non universitaires, chacun d'entre eux ayant une valeur prédictive très variable. Les variables universitaires comprennent généralement les notes des cours ou les moyennes pondérées (MPC). Bien que celles-ci soient en corrélation avec les résultats obtenus dans le cadre du programme d'études médicales de premier cycle, leur valeur prédictive dans la plupart des études a été inférieure à celle des notes obtenues au MCAT. Une différence importante entre les deux est le manque de standardisation des notes, ce qui affaiblirait leur valeur prédictive.

Le GRAAC identifiera des solutions pour remédier à ces sources de variabilité et examinera la validité de l'expression des notes sous forme de scores z, ainsi qu'une aptitude institutionnelle globale qui puisse soutenir la normalisation des MPC, augmentant ainsi leur valeur prédictive. Les principes d'accroissement de la diversité, de l'équité et de la responsabilité sociale favoriseraient la publication de ces informations à l'usage des facultés professionnelles, ce qui permettrait d'offrir des conditions plus équitables à tous les candidats, quels que soient l'établissement et le domaine d'études de premier cycle, pour l'interprétation des notes et des MPC. Avec ces données en main, nous suggérons que la fiabilité et la validité des MPC devraient augmenter et pourraient rendre le MCAT superflu dans un contexte canadien.

- Élaboration d'un modèle global et systématique relatif aux facteurs d'admission dans les facultés de médecine

Le GRAAC étudie l'élaboration d'une terminologie de référence pour les facteurs d'admission dans les facultés de médecine afin de favoriser une discussion pancanadienne. Le modèle est élaboré sur la base d'un certain nombre d'hypothèses de travail, notamment le fait que les facultés ont des approches, des attentes, des résultats et des philosophies variées en matière d'admission. En outre, en raison de ces différences, aucune approche relative à l'admission n'est « juste » ou « supérieure ». Les processus et les systèmes d'admission sont le reflet de multiples facteurs et moteurs qui se recoupent, et qui peuvent être réalisés de différentes manières et dans différents contextes.

Un modèle d'admission commun devrait refléter la variété, la fluidité et l'intersection des facteurs d'admission. Il devrait en outre représenter un « continuum de sélection » entre l'admission dans une faculté de médecine et la sélection dans un programme de résidence. À cette fin, le GRAAC explore une approche utilisant une « terminologie de référence » pour construire un modèle

d'admission pour l'enseignement médical canadien. Il s'agit d'une discussion itérative et d'une expérience de construction de modèle en collaboration - identification des facteurs, regroupement, mise en relation, test par rapport à différents modèles d'admission pour garantir l'adéquation et l'exhaustivité.

Un projet de modèle est actuellement en cours de préparation pour une publication universitaire par les membres du GRAAC. Il décrit sept facteurs d'admission et des modèles pour leur expression dans un contexte canadien.

Ces enquêtes n'en sont qu'à leurs débuts et doivent être examinées et discutées plus avant, tant à l'interne pour le GRAAC qu'avec le milieu élargi de l'éducation médicale. Dans chacun de ces domaines, une approche ou une solution nationale pourrait permettre d'améliorer les résultats des apprenants et aider les facultés de médecine à satisfaire à leur mandat de responsabilité sociale en réduisant les obstacles aux admissions et en engageant une conversation commune sur les questions d'admission.

**Recommandation du GRAAC : Que le Conseil d'administration de l'AFMC soutienne le GRAAC dans la poursuite des recherches sur les meilleures pratiques d'admission dans les facultés de médecine, en engageant notre communauté dans une discussion nationale et une action collective pour soutenir des processus d'admission améliorés qui rehaussent la prestation des programmes de formation médicale et les résultats des apprenants.**

## Prochaines étapes : Mise en œuvre de la stratégie du GRAAC

Les recommandations suivantes du GRAAC découlent de ce rapport et de ses conclusions, et sont classées par ordre de priorité en fonction des mesures à prendre au cours des trois prochaines années :

Classement des priorités	Recommandation du GRAAC	Principe d'amélioration du système proposé par le GRAAC
2020	Que le Conseil d'administration de l'AFMC approuve les principes interdépendants portant sur 1) la responsabilité sociale, 2) l'orientation vers les résultats, 3) l'inclusivité et 4) les données probantes – pour permettre de modifier le système en vue d'améliorer les processus d'admission dans les facultés de médecine canadiennes, en favorisant la collaboration pancanadienne tout en respectant l'autonomie de chaque faculté.	Voir harmonisation ci-après
1 (2020 – 2023)	Que les recommandations proposées découlant du document commandé par le GRAAC sur la diversité, l'inclusivité et l'équité bénéficient de l'appui du Conseil d'administration de l'AFMC :	Inclusivité

Classement des priorités	Recommandation du GRAAC	Principe d'amélioration du système proposé par le GRAAC
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir un lien explicite entre les pratiques d'admission et le mandat de responsabilité sociale de l'établissement.</li> <li>2. Harmoniser la diversité des personnes participant au processus décisionnel relatif aux admissions au mandat de responsabilité sociale de la faculté de médecine.</li> <li>3. Exiger un examen, une réflexion et une responsabilisation réguliers dans le cadre du processus décisionnel relatif aux admissions en ce qui concerne les préjugés structurels.</li> <li>4. Exiger des structures de réflexion et de responsabilité pour les décideurs en ce qui concerne les préjugés personnels.</li> <li>5. Procéder à un examen critique et redéfinir l'excellence des critères d'admission afin de minimiser les préjugés et de s'harmoniser au mandat de responsabilité sociale de la faculté de médecine.</li> <li>6. Veiller à ce que la faculté de médecine soutienne et investisse dans des activités visant à accroître la diversité du bassin de candidats.</li> <li>7. Atténuer les obstacles financiers pour les candidats aux facultés de médecine.</li> <li>8. Veiller à ce que les processus d'admission soient conformes aux normes d'aménagement applicables aux personnes handicapées.</li> <li>9. Assurer l'harmonisation avec les appels à l'action de la CVR et les recommandations du rapport sur <a href="#">l'Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones (ECASA)</a>, en particulier en ce qui concerne les admissions.</li> <li>10. Faire un suivi des facteurs de diversité au sein de chaque faculté et en rendre compte chaque année.</li> </ol>	
<p>2 (2019 – 2020)  APPROUVÉ – Octobre 2019</p>	<p>Que le Conseil d'administration de l'AFMC favorise l'utilisation de l'identifiant existant de l'AFMC, en conjonction avec le numéro MINC, dans l'ensemble des séries de données de l'AFMC afin de créer une boucle de rétroaction pour contrôler les résultats et permettre des politiques et des processus d'admission fondés sur des données probantes.</p>	<p>Données probantes</p>
<p>3 (2020 – 2022)</p>	<p>Que le Conseil d'administration de l'AFMC demande au Réseau de l'AFMC sur les Admissions 1) de parvenir à un consensus sur les principes d'admission et les pratiques exemplaires, la normalisation nationale améliorant l'accès équitable pour tous les apprenants et étant compatible avec la mission de chacune</p>	<p>Responsabilité sociale</p>

Classement des priorités	Recommandation du GRAAC	Principe d'amélioration du système proposé par le GRAAC
	des facultés de médecine et 2) d'identifier les avantages précis que pourrait fournir un service centralisé de dépôt des candidatures dans les facultés de médecine et de confirmer la volonté de collaborer à une telle entreprise, en reconnaissant que le système permettrait une souplesse dans la personnalisation au niveau des facultés.	
4 (2020-2023)	Que le Conseil d'administration de l'AFMC soutienne le GRAAC dans la poursuite des recherches sur les meilleures pratiques d'admission dans les facultés de médecine, en engageant notre communauté dans une discussion nationale et une action collective pour soutenir des processus d'admission améliorés qui rehaussent la prestation des programmes de formation médicale et les résultats des apprenants.	Orientation vers les résultats

La supervision de ce travail incombe au Conseil d'administration de l'AFMC. Le GRAAC peut prêter main-forte au Conseil d'administration de l'AFMC en dirigeant la réalisation de ces travaux et en fournissant des évaluations des progrès par intermittence tout au long de la stratégie triennale. La prise de décision et la mise en œuvre de ces travaux relèvent en dernier ressort de la responsabilité de chaque faculté de médecine.

S'appuyant sur le solide système d'enseignement médical déjà en place dans nos facultés de médecine, les améliorations du système recommandées dans le présent rapport soutiendront notre mandat mutuel de responsabilité sociale et renforceront la capacité de nos facultés à répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé. En outre, le fait d'aider nos facultés à travailler collectivement à la promotion et à la mise à profit des meilleures pratiques prometteuses en matière d'admission ne profitera pas seulement aux uns et aux autres, mais positionnera le système d'enseignement médical canadien comme un leader mondial, dans un domaine où les meilleures pratiques ne sont pas encore cohérentes ou bien définies.

Le GRAAC a obtenu en avril 2020 le soutien du Conseil d'administration de l'AFMC pour les recommandations découlant de ce rapport et l'approche de prestation proposée.

## Rapports supplémentaires

Des rapports supplémentaires ont été utilisés pour élaborer ce document et les recommandations. Il s'agit notamment des rapports suivants, à moins qu'ils ne soient fournis en annexe :

- Annexe 3 : Énoncé de position du GRAAC sur la diversité, l'équité et l'inclusivité –Transforming Medical Student Selection for Excellence, Social Accountability, and Service to the Canadian Population (O'Hearn, Razack)
- Énoncé de position du GRAAC : The Feasibility of a Pan-Canadian Medical School Admissions Platform (Shahin, Hammond, Parsons)
- Résultats du sondage du 4 avril 2019 sur la plate-forme d'admission
- Énoncé de position préliminaire du GRAAC : Implementing a Nation-Wide MCAT Admissions Threshold Policy (Hanson, Hammond)
- Énoncé de position préliminaire du GRAAC – Improving GPA reliability and validity (Hammond, Hanson)
- Document préliminaire du GRAAC sur les perspectives de la médecine universitaire – A pattern language of factors in medical school admissions (Ellaway, Hanson, et al)

## Annexe 1 : Composition du GRAAC

Nom	Titre
D <sup>r</sup> Brian Postl	Président du conseil d'administration de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC); doyen de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba
D <sup>re</sup> Marcia Anderson	Présidente, Réseau de l'AFMC sur la Santé des Autochtones; directrice exécutive, Affaires universitaires autochtones; vice-doyenne, Santé des Autochtones, Institut autochtone Ongomiizwin de santé et de guérison, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba
M <sup>me</sup> Maylynn Ding (ancienne membre)	V.-p., Éducation, FEMC (2018-2019)
D <sup>re</sup> Rachel Ellaway	Professeure en sciences de la santé communautaire, directrice du bureau des bourses d'études en santé et en enseignement médical, faculté de médecine Cumming, Université de Calgary
D <sup>r</sup> Robert Hammond	Ancien doyen associé, Admissions, Faculté de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western
D <sup>r</sup> Mark Hanson	Directeur des bourses, Hospital for Sick Children, ancien doyen associé et directeur, Admissions et finances des étudiants en médecine, Faculté de médecine, Université de Toronto
D <sup>re</sup> Melanie Lewis	Présidente du Comité de l'AFMC sur les Affaires étudiantes, doyenne associée, Université de l'Alberta
M <sup>me</sup> Hanene Mankour	Déléguée aux affaires extérieures, Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)
M <sup>me</sup> Shawna O'Hearn	Présidente, Réseau de l'AFMC sur la Responsabilité sociale, directrice, Bureau de la santé mondiale, Université Dalhousie
D <sup>re</sup> Wanda Parsons	Ancienne présidente du Réseau de l'AFMC sur les Admissions, professeure associée de médecine familiale, Faculté de médecine de l'université Memorial de Terre-Neuve
D <sup>r</sup> Owen Prowse	Président, Réseau de l'AFMC sur les Admissions, doyen adjoint des Admissions, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario (NOSM)
D <sup>r</sup> Saleem Razack	Président, Réseau de l'AFMC sur l'Équité, la diversité et le genre, Université McGill
D <sup>re</sup> Lisa Richardson	Conseillère stratégique, Santé des populations autochtones, Université de Toronto
D <sup>r</sup> Tony Sanfilippo	Doyen associé, Enseignement médical de premier cycle, Université Queen's
D <sup>r</sup> Preston Smith	Doyen de la Faculté de médecine, Université de Saskatchewan
M. Rishi Sharma	Directeur de l'éducation, FEMC
M <sup>lle</sup> Magalie Tardif	Affaires pédagogiques, FMEQ
D <sup>re</sup> Sarita Verma	Doyenne de la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario
D <sup>re</sup> Geneviève Moineau	Présidente-directrice générale de l'AFMC
D <sup>re</sup> Anna Karwowska	V.-P., Éducation, AFMC
M. Jon Kimball	Directeur des Services de données et d'information, AFMC
M <sup>me</sup> Melissa Shahin	Directrice, Opérations et initiatives stratégiques, AFMC
M <sup>me</sup> Colleen Drake	Coordinatrice de projet, AFMC

Le GRAAC remercie M<sup>me</sup> Melissa Shahin, directrice des Opérations et des initiatives stratégiques de l'Association des facultés de médecine du Canada, pour son soutien dans l'élaboration de ce rapport.

# ADDRESSING SOCIAL ACCOUNTABILITY THROUGH THE ENHANCED SOCIOECONOMIC AND SOCIOCULTURAL DIVERSITY OF MEDICAL SCHOOL REGISTRANTS



**Bruce D. Martin MD, MSc<sup>1</sup>, Malathi Raghavan, DVM, PhD<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>University of Manitoba; <sup>2</sup>Purdue University

The broad-based *Working Group on Enhancing Socioeconomic Diversity* identified attributes that may contribute to disadvantage in the admissions process and underrepresentation amongst registrants. Attributes were identified by consensus and clustered in the three broad categories of Family History, Economic Information, and Other Sociocultural Determinants. Each category was assigned a relative value using a paired matrix approach; each attribute within a category was similarly assigned a relative value. The questions identified below were generated by the Working Group to align to the respective attributes such that an applicant could voluntarily self-identify the socioeconomic and sociocultural characteristics that reflected their life circumstances.

CATEGORIES OF ATTRIBUTES	RELATIVE VALUE
Family History	0.41
Economic Information	0.37
Other Sociocultural Determinants	0.22
	1.00

A. FAMILY HISTORY	RELATIVE VALUE
Were you ever a child or youth in care?	0.26
Were you or your family admitted to Canada with refugee status?	0.18
Has your family ever had an open file with Child and Family Services?	0.16
Are you a parent taking care of one or more children on your own?	0.13
Were you raised by a teen parent, or by a single parent due to divorce or death of a parent?	0.09
Were you raised by family other than your parents?	0.09
Did your parents or guardians graduate from college or university?	0.09
	1.00

B. ECONOMIC INFORMATION	RELATIVE VALUE
Did you or your family ever have to use a homeless shelter?	0.26
Did you or your family ever live on social assistance?	0.19
During the second decade of your life, was the annual gross income in the household in which you lived less than \$20,000?	0.19
Did you or your family ever have to use a food bank?	0.17
During the second decade of your life, was the annual gross income in the household in which you lived between \$20,000-\$40,000?	0.05
Will your parent(s) be paying for the tuition fees if you get accepted to our medical school?	0.05
During the second decade of your life, did you have to work to contribute to family income?	0.04
Do you currently receive student aid?	0.02
Is your current debt from student aid greater than \$10,000?	0.02
During the second decade of your life, was the annual gross income in the household in which you lived between \$40,000-\$75,000?	0.01
	1.00

C. OTHER SOCIOCULTURAL DETERMINANTS	RELATIVE VALUE
Do you identify as First Nations, Metis, Inuit or other North American Indigenous ancestry?	0.23
Were you raised or are you living in a household in which there was/is a person living with substance abuse?	0.23
Do you have a participation or activity limitation that has an impact on your day-to-day life?	0.17
Do you identify as Lesbian, Gay, Bisexual, Intersex, Queer, Transgender, Transsexual or Two Spirit?	0.13
Were you raised or are you living in a household in which there was/is a person living with a disability?	0.10
Is your primary language other than English or French?	0.09
Do you consider yourself to be a member of a Visible Minority?	0.05
	1.00

# ADDRESSING SOCIAL ACCOUNTABILITY THROUGH THE ENHANCED SOCIOECONOMIC AND SOCIOCULTURAL DIVERSITY OF MEDICAL SCHOOL REGISTRANTS



UNIVERSITY  
OF MANITOBA

Faculty of Health Sciences

Bruce D. Martin MD, MSc<sup>1</sup>, Malathi Raghavan, DVM, PhD<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>University of Manitoba; <sup>2</sup>Purdue University

## BACKGROUND

Substantial attention has been directed to the need to enhance the diversity of medical school registrants. There is continuing concern regarding the significant and chronic underrepresentation of members from specific demographic subsets, and the continued barriers that exist for their inclusion in medical education programs. Diversity is increasingly recognized as encompassing not only race, ethnicity and gender but also dimensions of life experiences, socioeconomic status, and family background. Despite attention directed towards addressing underrepresentation of registrants of Indigenous ancestry and those of rural residency, diversity studies conducted by the Max Rady College of Medicine replicated the widespread findings regarding underrepresentation of individuals from lower-income families as well as members of visible minorities.

## METHODS

### A. IDENTIFYING AND VALUING ATTRIBUTES

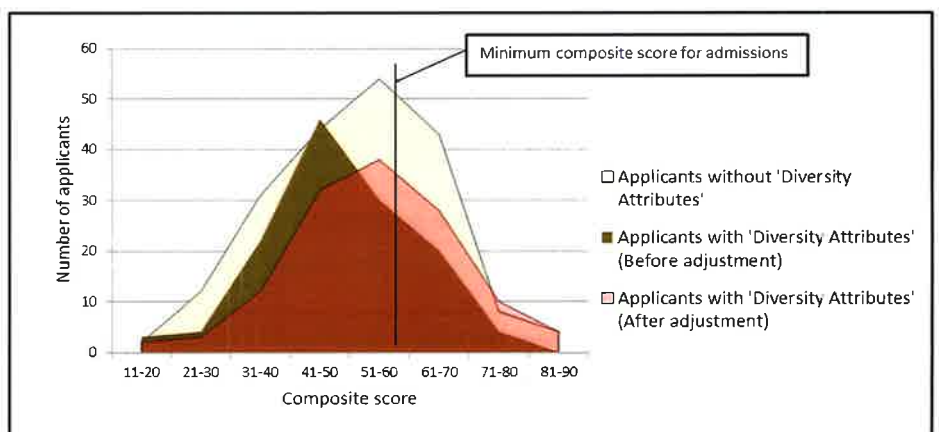
A broad-based working group was established to identify attributes that may contribute to disadvantage in the admissions process and underrepresentation amongst registrants. Attributes were identified by consensus and clustered in three broad categories: Family History; Economic Information; and Other Sociocultural Determinants. Each category was assigned a relative value using a paired matrix approach; each attribute within a category was similarly assigned a relative value. Questions were generated to align to the respective attributes such that an applicant could voluntarily self-identify which socioeconomic and sociocultural characteristics reflected their life circumstances.

### B. ADVANTAGING APPLICANTS WHO MANIFEST DIVERSITY

Our institution uses a purely formulaic approach to selection of candidates from eligible applicants, with the exception of the Indigenous Canadian stream which has a unique process. Composite scores are derived from grade point average (GPA) and MCAT<sup>®</sup> to determine a minimum score for invitation for interview; similarly a composite score is derived from applicants' GPA, MCAT<sup>®</sup> and Multiple Mini Interview scores to determine offers for acceptance. Applicants' composite scores have been historically modified by an arithmetic coefficient reflecting their respective rural attributes in order to increase rural representation amongst registrants. The same methodology has now been implemented to advantage eligible applicants with the aforementioned socioeconomic and sociocultural attributes. The value of the arithmetic coefficient is determined by mathematical modelling in order to achieve the desired diversity of registrants.

## RESULTS AND FUTURE INITIATIVES

Locally derived metrics including numerical coefficients of varying magnitude can be generated in order to attain a desired increase in the socio-economic and sociocultural diversity of registrants. A need has been identified to augment supports for diverse learners and create a culture of inclusion. There will be a continued need to augment and evaluate pipeline initiatives when there are identified gaps in the representation of eligible applicants. Long-term studies will inform the outcome of this initiative in creating a physician workforce to appropriately meet the healthcare needs of our increasingly diverse population.



This figure identifies the simulated increase in diverse registrants as a result of modification of composite scores accounting for their respective socioeconomic and sociocultural characteristics.

## CONCLUSION

Innovation in admissions policies and processes has been established to enhance the broadest dimensions of diversity amongst medical school registrants to address the College of Medicine's social accountability objectives in creating an increasingly diverse future physician workforce.

## SELECTED REFERENCES

- Grbic D, Jones DJ, Case ST. (2015). The Role of Socioeconomic Status in Medical School Admissions: Validation of a Socioeconomic Indicator for Use in Medical School Admissions. *Acad Med.* Jul;90(7):953-60.
- Mansh M, Garcia G, Lunn MR. (2015). From patients to providers: changing the culture in medicine toward sexual and gender minorities. *Acad Med.* May;90(5):574-80.
- Young ME, Razack S, Hanson MD, Slade S, Varpio L, Dore KL, McKnight D. (2012). Calling for a broader conceptualization of diversity: surface and deep diversity in four Canadian medical schools. *Acad Med.* Nov;87(11):1501-10.
- Young ME, Thomas A, Varpio L, Razack SI, Hanson MD, Slade S, et al. (2017). Facilitating admissions of diverse students: A six-point, evidence-informed framework for pipeline and program development. *Perspect Med Educ.* Apr;6(2):82-90.

## ACKNOWLEDGEMENT

The authors acknowledge the insight and support of the Admissions Committee Working Group on Enhancing Socioeconomic Diversity.

## **Appendix 3: Transforming Medical Student Selection for Excellence, Social Accountability, and Service to the Canadian Population**

### **Transforming Medical Student Selection for Excellence, Social Accountability, and Service to the Canadian Population**

Shawna O’Hearn and Saleem Razack

#### **1. Guiding Principles**

This paper contains recommendations for the evolution of medical student selection processes in Canada. The overall goal is to adapt processes of selection for enhanced recognition of diverse forms of excellence and greater social accountability in student selection within Canadian medical schools. The evidence-based guiding principles of this paper are:

- Many forms of excellence are required for the highly heterogenous practice that modern medicine comprises today, including skillsets of generalism and specialization (Razack S, 2015). Selection processes must be robust in their ability to appreciate the multiple excellences that diverse individuals bring to the practice of medicine, as an imperative of competence.
- A socially diverse profession is best placed to serve the socially diverse Canadian population (Cohen J, 2002). Selection processes must strive to be free of bias in the selection of ethnically, geographically, and socioeconomically diverse students, among other forms of social diversity, for entry into medical school.
- Social accountability demands that medical schools align their priorities and processes to the needs of the populations they serve (J. B. C., 1995). Student selection must be guided by and aligned to relevant social accountability outcomes defined by the collectivity of Canada’s 17 medical schools, and appropriately nuanced to specific schools’ missions and community demographics.

#### **2. The Issue**

Many factors (cost of applying and attending medical school, biases in selection practices, access to pre-medical experiences valued by medical school admissions committees) (RAELYNN COOTER, 2004) conspire to make the goal of social demographic representativeness in the medical student population difficult to attain. Important and well-described underrepresentation with respect to social demographic variables remain within medical student selection in Canada. In this paper, we seek to reimagine

student selection for entry into medical school in Canada, in order to address these concerns.

### **3. Rationale for the Paper**

This paper was commissioned by the Future of Admissions in Canada Think Tank (FACTT). As part of the advancement of the Future of Medical Education in Canada (FMEC) MD recommendation to enhance the admissions processes in medical education, the AFMC has established FACTT to integrate social accountability as well as ensuring diversity and equity in our medical student admissions.

The Future of Admissions in Canada Think Tank (FACTT) has been meeting since January 2018 and is tasked with identifying the areas of highest need and concern, where pan-Canadian collaboration will benefit society, our Faculties and our potential medical students through an improved admissions process. FACTT identified national interest in exploring three key areas for pan-Canadian advancement and support from AFMC – a national application system for admissions, a national definition of diversity and inclusivity as well as a focus on monitoring outcomes through the collection and access to empirical evidence on applicant trajectory.

This paper was co-developed by the Chairs of the AFMC Network on Equity, Diversity, Gender and the Network on Social Accountability. The paper is intended to provide a focussed view on the issues in medical school admissions that have not met the diversity, equity, inclusion and social accountability bar expected of Canadian society.

### **4. Executive Summary**

As part of the advancement of the Future of Medical Education in Canada (FMEC) MD recommendation to enhance the admissions processes in medical education, the AFMC has established a Think Tank of experts called the Future of Admissions in Canada Think Tank (FACTT). FACTT has been meeting since January 2018 and is tasked with identifying the areas of highest need and concern, where pan-Canadian collaboration will benefit society, our Faculties and our potential medical students through an improved admissions process.

This paper looks at a national consensus on the definitions of diversity and social accountability; outlines the three underrepresented groups that warrant national policy and accreditation changes namely Indigenous persons; persons with disabilities and persons of lower socio-economic status as priorities.

Finally, the paper identifies ten recommendations to the AFMC Board of Directors (BOD) on topics from strengthening or changing the CACMS standards of accreditation, to the training and development of admissions committees and resourcing pathways for underrepresented populations.

See the full list of recommendations in the Conclusions

1. Track and report annually on diversity factors within each school
2. Link admissions practices explicitly to social accountability mandate of the institution through stronger accreditation standards
3. Empower pathways programs at each medical school through accreditation
4. Require equity training for admissions committees through accreditation
5. Diversify admissions committee through monitoring and accreditation
6. Define robust standard of accommodation for persons with disabilities
7. Mitigate financial impediments for medical school applicants
8. Critically review excellence criteria used for bias
9. Develop cost effectiveness strategies to decrease financial burden on applicants
10. Alignment with the TRC Calls to Action and the Joint Commitment to Action on Indigenous Health report recommendations.

## **BACKGROUND**

Selecting the most appropriate candidates for medical school is one of the greatest challenges in medical education. While Faculties of Medicine have long appreciated the need to incorporate factors that go beyond academic achievement into their selection processes, the changing nature of medical practice and Canadian society has made non-academic characteristics even more critical.

In the last 10 years, concerns have been increasingly raised at the national and international levels calling for an increase in the demographic representativeness of medical classes to better reflect the diversity of society (AFMC 2010; Addams et al. 2010; GMC 2009). Despite this, entry into medical school remains highly competitive and exclusive of underprivileged groups. In reality, despite recent calls to address the problem, these concerns are not new, and have been raised both within the profession and more broadly within society over the last few decades.

## **EVIDENCE**

Evidence is mounting that today's medical students increasingly hail from the highest income earning families in Canada. Despite efforts by medical schools to work with Indigenous communities and develop pathway programs that target junior and senior high school students, and there has been progress with the recruitment of Metis learners, little progress has been made in attracting applicants from First Nations and Inuit communities and rural areas. (Young, et al., November 2012)

Other sociocultural and economic groups are also underrepresented. In order to meaningfully serve the complex and diverse health care needs of Canadians and meet social accountability objectives, our physician workforce must reflect the diversity in our communities and country. The diversity needed in Faculties of Medicine includes dimensions such as ethnicity and religion, gender and sexual orientation, geographic origin, socioeconomic status, and a balance between those who desire to practice in generalist disciplines and other specialities.

Achieving this diversity means attracting an applicant base that is more representative of the Canadian population, as well as addressing the hidden curriculum of student selection, which often serves the interests of the academy (emphasizing academic specialty practice as the major aspirational goal of becoming a physician) rather than the general population. To meaningfully address these barriers and the hidden, formal and informal curricula will involve, for example, addressing perceived and real barriers to medical education, such as the high debt loads of medical graduates, and critically examining selection processes for hidden biases. It will also involve enhancing admission processes to value the different constructs of excellence that diverse learners can bring to the profession.

## DIVERSITY AND SOCIAL ACCOUNTABILITY

Seeking representativeness that is to have the “inside” of the profession look a little more like the “outside” (society) has several evidence-based benefits:

- i. Medical programs are ethically obliged to enact processes of selection that are unbiased and non-discriminatory, and which do not restrict the access of diverse individuals meeting excellence criteria to a medical education.
- ii. In several diverse contexts, it has been demonstrated that service to socially or geographically marginalized populations improves when the proportion of persons from marginalized and underrepresented groups increases in medical classes. This has been demonstrated in populations as distinct as rural, African American and Hispanic in the United States, Indigenous populations, and the socio-economically marginalized. (Rabinowitz HK, 2000) (Cantor JC, 1996) (Komaromy M, 1996) (Moy E, 1995)
- iii. In diverse educational contexts within the cognitive psychology literature, from group problem-solving in school age children to the way that juries make decisions, it has been demonstrated that socially diverse groups engage and solve problems more efficiently and creatively.
- iv. The importance of having diverse perspectives to push medicine forward in clinical innovation, research and education has also been recognized. Feminist writers have analyzed how “women’s” diseases have been characterized, researched, and taught about, during the generations that medicine was an essentially male profession. Similar work has examined how “ethnic” or “racial” diseases have been characterized through the largely white gaze of the medical profession. Finally, several high profile breaches of research ethics among persons from vulnerable and marginalized populations, most notably for Canadians, the unethical nutrition research undertaken using Indigenous children as research subjects in the 1940’s, highlight the importance of diverse voices within the profession to keep it honest (Hung R, 2007) (Antonio AL, 2004) (Lee M, 2006) (Whitla DK, 2003) (JJ., 2003).

Seeking diverse representation for admitted classes is linked to social accountability through important service and equity arguments. Diverse perspectives also bring the potential to define many different “archetypes” of excellence which reflect the reality of diverse medical practice today, with its mix of generalism and specialization, acute and long-term care, and differently resourced contexts such as those distant from tertiary care vs. those within university teaching hospital centres.

Notwithstanding the notion of supporting diversification to meet the needs of marginalized populations, it is also felt to be a medical school's social responsibility to produce doctors who are competent to care for *all* populations and have the skills, knowledge and attitudes to be culturally congruent with *whatever* the patient needs.

### **Evidence Related to Underrepresentation of Specific Groups**

Diversity encompasses many dimensions that include, but do not solely consist of, race, ethnicity, and gender; and diversity is a means to an end whereby each medical school should decide for itself which dimensions of diversity to consider in the student selection process in order to fulfill its institution-specific mission driven goals, such as educational excellence, quality health care for all, and breakthroughs in biomedical research. Minorities can be interpreted in many ways and are contextual. In the current Canadian context, five under-represented groups are identified below.

A study from the AFMC in 2012 found significant under representation of specific ethnic and racial groups than present in the Canadian population. Some studies suggest high representation of some ethnic groups (Asian, sub-continental Indian) and access to medical school is most difficult for aspirants from rural, northern and remote parts of Canada and from lower socio-economic status.

#### ***Indigenous Representation***

The Truth and Reconciliation of Canada (TRC) specifically called on medical schools to train more First Nations, Metis and Inuit (TRC Call to Action 23). The number of Indigenous students in medical schools is a universal focus for improvement, with many schools offering separate entry streams for Indigenous Canadians. The number of self-identified Indigenous students remains below population levels with 2.7 % Indigenous students enrolled in first year (2016) in comparison to the population of 4.3% (2011 census) (Wanda Parsons presentation at CCME 2017 in Winnipeg).

There is a general trend of increasing admission of more Indigenous students, particularly at schools in the Western half of the country. But it is felt not to be enough. The AFMC Network on Indigenous health has stated:

“Given the heavy reliance of admissions processes on tools with racial bias, it is important that medical schools consider broader strategies that will help identify the qualifications of Indigenous students that are not adequately assessed with current mechanisms. This could include holistic file reviews that allow assessors to situate GPA within the person's

social context; identification of strengths and strategies the individual has shown in navigating systems in order to be eligible to apply; contributions and connections to Indigenous communities; and, support networks available to the learner. These strategies should be accompanied by robust data collection with appropriate data stewardship agreements to allow for building evidence-based admissions procedures for Indigenous people.”

The parallel discussions at AFMC on the Joint Commitment to Action in Indigenous Health should align with its admissions strategies.

### ***Specific Underrepresented Ethnic/Racial Groups***

Several studies in the Canadian context have demonstrated specific underrepresentation of persons from specific ethnic/racial groups (Young et. al, AFMC 2012, previously cited), notably persons identifying as Black or Filipino.

### ***Persons with Disabilities***

People with disabilities make up about 14% of the Canadian population aged 15 years or older (3.8 million individuals) reported having a disability that limited their daily activities. (Statistics Canada, 2012). While comprehensive data are difficult to attain, Statistics Canada reports that in 2011, there were about 9000 working Canadian physicians with disabilities. That’s 11.2% of the total, compared with 13.7% of Canadians overall who self-identified as disabled in 2012. However, most of them became disabled after their education and training.

According to Canadian Association of Physicians with Disabilities, and Delisa and Lindenthal (2012), the two major barriers to having more persons with disabilities as medical students are the cost of accommodating those persons and medical schools’ technical standards. Persons with disabilities bring a unique perspective to the profession (Gulli, 2015).

### ***Socio-Economic Status***

Though Medical Schools recruit underrepresented minorities through modified admissions criteria and pathway programs, there remains a large disparity between the socioeconomic status (SES) of medical trainees and that of society at large. Canadian medical students’ economic demographics do not reflect the general population. Compared to the general population, medical students come from families with a higher average income, are disproportionately from urban areas, and are more likely to have parents who completed postsecondary education. Many factors contribute to this socioeconomic disparity. Prospective students with low SES are chronically disadvantaged

during the admissions process. This student population faces considerable monetary, experiential, and attitudinal barriers. (RAELYNN COOTER, 2004)

### ***Persons from Rural Backgrounds***

The previously cited studies in the Canadian context (Young et al., 2012, AFMC 2012) have also demonstrated underrepresentation of persons from rural backgrounds in medical school classes.

## **KEY FACTORS – Social Accountability, Accreditation, Financial Implications**

### ***Social Accountability***

In 1995, the World Health Organization (WHO) defined the social accountability of medical schools as “the obligation to direct their education, research, and service activities towards addressing the priority health concerns of the community, region and the nation that they have a mandate to serve” (J. B. C., 1995). Canada has been at the forefront of this movement through accreditation, community engagement, interprofessional education, advancing diversity and inclusion, and exploring strategies for health systems change. In 2001, Health Canada along with national medical organizations and Canadian medical schools made a joint commitment and vision for social accountability (Canada, 2001). This commitment was reaffirmed with the AFMC Project on the Future of Medical Education in Canada, both for MD Education (2010) and for Postgraduate Medical Education (2012).

The implementation of these obligations requires intentional, effective partnering with diverse internal and external stakeholders. Although progress has been made in some areas, there has been limited attention paid to the lack of diversity in medical institutions; to equity concerns regarding the uneven matching of healthcare provider resources to demonstrated population needs; to crucial health-outcomes roles played by socioeconomic, political and environmental determinants of health; and to the value of community-based, participatory research.

### ***Accreditation***

To support excellence and advance an integration of social accountability into medical education, there have been revisions and a realignment of accreditation standards by the Committee on Accreditation for Canadian Medical Schools (CACMS). In 2017, the accreditation process compels every medical school to present evidence on social accountability that incorporates how “a medical school is committed to address the priority health concerns of the populations it has a responsibility to serve. The medical school’s social accountability is

articulated in its mission statement, fulfilled in its educational program through admissions, curricular content, and types and locations of educational experiences, evidenced by specific outcome measures” (Boelen C, 2012).

Through this reporting, Canadian medical schools are enhancing the WHO definition of social accountability by developing institution specific frameworks and mandates that incorporate their local context. As medical schools integrate social accountability into their policies, programs and decisions, this work is guided by the active inclusion of community engagement, diversity, equity and cost-effectiveness in health care.

Social accountability moves beyond inclusion within a medical school’s mission statement. It is integrated and operationalized in every facet of the school’s functions including admissions, hiring and advancement. Strategic plans present opportunities for building social accountability into the day to day operations of the school, demonstrating a commitment to equity, diversity, partnership, and collaboration. This ensures schools and graduates are able to both understand and address health priorities in communities. Ideally, social accountability is modeled in all actions taken by faculty, administrators, staff and learners and there are tools available to guide the process.

The Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) manages a rigorous system of accreditation at the undergraduate levels for all 17 faculties of medicine in Canada. Accreditation of undergraduate medical education is undertaken jointly between the Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS) in Canada. CACMS Standards and Elements provide the basis by which the quality of Canadian medical education programs leading to the M.D. degree will be judged in the peer-review process of accreditation.

A focus of the accreditation standards ensures social accountability (1.1.1), diversity (3.3), anti-discrimination (3.4) and a transparent admission process (10) are foundational to each medical school. (refer to Appendix 1)

### ***Financial Implications***

With respect to financial implications there are two important perspectives that must be considered when reimagining student selection for entry into medical school: costs borne by applicants, and those borne by institutions.

All schools charge application fees, and in Ontario there is also a central application system (OMSAS) which charges a fee. In addition, with the advent of multiple mini-interviews, several schools now also charge a specific MMI fee. MCAT requirements come with the cost of writing the exam, as well as potentially with costs related to preparation and displacement to a designated test centre. All of which disproportionately affect students from rural and small population centre backgrounds, as well as students from economically disadvantaged families.

More indirect costs on applicants centre on schools' valuing of volunteering experiences, either in communities, abroad, or in research. Volunteering is an activity only available to applicants of means, given the need to forgo time in paid work in order to undertake a volunteering experience.

With respect to institutions, providing more holistic review of greater numbers of applicant files, can be labour intensive requiring more volunteers and more administrative staff. To give an example, if grade point average were changed from a competitive criterion (higher GPA results in higher admissions score) to a threshold criterion (3.6 on a 4.0 scale), then the number of applicants meeting the threshold would increase dramatically and would also increase the numbers progressing to the interview stage. This change would also increase the labour demands on the selection process.

***Transparent, Incorruptible Processes of Selection:***

There has been recent public focus on the corruptibility of university admissions processes, with a scandal related to wealthy and well known parents paying a consultant to perform fraudulent and illegal activities in order to gain admission to elite universities for their children (Globe and Mail, 2019-03-15, available at: <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-the-us-admissions-scandal-shouldnt-be-a-shock-and-it-may-be/>). This scandal, while related to general university admissions rather than admissions to medical school, highlights the importance of medical schools having transparent and defensible selection processes. Indeed, corrupt selection processes are much more likely to benefit connected and well-to-do students than they are likely to benefit students from marginalized and/or underrepresented groups.

**Existing Institutional Policies and Positions on Diversity, Equity and Inclusion**

A review of Canadian medical schools demonstrates a commitment to diversity, equity and inclusion. Each institution has developed a statement, policy, or guideline to meet their contextual environment and unique needs. The following table is a summary of the diversity statements (policies or guidelines) for each medical school with a link to the website with the full information.

School	Policy/Guideline/Statement	Website
Dalhousie	These guidelines define diversity, equity and inclusion to be applied across the continuum of learning, admissions and research. Diversity is the condition of having a broad range of differences in the Faculty, represented in its people, perspectives, policies, programs and practise. Inclusion is an outcome where community members experience equal access to opportunities for education, employment, promotion and success in the Faculty and a sense of belonging and	<a href="https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/core-units/global-health/Diversity/gho_2016_diversity_inclusion_equity_guidelines_2016_dec_6%20.pdf">https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/core-units/global-health/Diversity/gho_2016_diversity_inclusion_equity_guidelines_2016_dec_6%20.pdf</a>

	engagement in the life and work of the Faculty and the institution.	
MUN	“To enhance the health of the people of Newfoundland and Labrador by educating physicians and health researchers; promoting lifelong learning; conducting research in biomedical, clinical and applied health sciences, community health, and medical humanities; engaging communities and decision makers; and collaborating to apply the best available evidence in the formulation of policy and the organization and delivery of care.”	<a href="https://www.med.mun.ca/getattachment/e5608492-fe75-4f55-b220-de555dbd035c/Diversity.pdf.aspx">https://www.med.mun.ca/getattachment/e5608492-fe75-4f55-b220-de555dbd035c/Diversity.pdf.aspx</a>
McGill	“Human diversity as the sum total of all the ways in which human beings can vary from each other, including in their life experiences and social histories”	<a href="https://mcgill.ca/medicine/about/our-vision-mission-values/social-accountability-and-community-engagement-office/diversity-statement">https://mcgill.ca/medicine/about/our-vision-mission-values/social-accountability-and-community-engagement-office/diversity-statement</a>
Sherbrooke	Notre politique en matière de diversité et d'équité poursuit les quatre objectifs principaux énumérés ci-dessous: 1) Appliquer le concept d'égalité des chances en recrutant, admettant et retenant des personnes étudiantes au programme d'études médicales prédoctorales : ayant étudié en dehors des grandes agglomérations urbaines de Québec et Montréal; provenant de populations canadiennes francophones hors Québec; ayant étudié dans des écoles de milieux socio-économiques moins favorisés; ont les formations sont de niveaux et de types variés; provenant des communautés autochtones. 2) Assurer le recrutement, le maintien et l'élaboration de mesures de soutien et d'adaptation afin de faciliter l'intégration, la rétention et la promotion de membres du corps professoral 3) Assurer le recrutement, le maintien et l'élaboration de mesures de soutien et d'adaptation afin de faciliter l'intégration, la rétention, la promotion	
Ottawa	Diversity: requires that we account for differences, share experiences, and learn from one another without erecting artificial barriers that discriminate against specific groups. A mission of the office is to keep this	<a href="https://med.uottawa.ca/professional-affairs/equity-diversity-and-gender-">https://med.uottawa.ca/professional-affairs/equity-diversity-and-gender-</a>

	concept on the forefront of our professional activities and emphasize the idea that determinants of health such as biology, gender, socioeconomic status, ethnicity and age have significant effects on the health of all people.	<a href="#">issues</a>
Queens	We strive to provide a welcoming and accommodating environment to everyone, including racialized persons, Aboriginal persons, LGBTQ+ persons and persons with disabilities.	<a href="https://meds.queensu.ca/academics/undergraduate/policies-committees/diversity-equity-statement">https://meds.queensu.ca/academics/undergraduate/policies-committees/diversity-equity-statement</a>
Toronto	Faculty of Medicine of the University of Toronto is committed to applying the principles of equity and diversity in all we do.	<a href="https://medicine.utoronto.ca/faculty-medicine-diversity-statement">https://medicine.utoronto.ca/faculty-medicine-diversity-statement</a>
McMaster	McMaster University's Undergraduate Medical Program is committed to the principles of equity, diversity, inclusion and social justice in all that we do	<a href="https://mdprogram.mcmaster.ca/md-program-admissions/who-should-apply/diversity-and-inclusion">https://mdprogram.mcmaster.ca/md-program-admissions/who-should-apply/diversity-and-inclusion</a>
Western	Commit to provide a welcoming and accommodating environment for all. We recognize that diversity is a source of strength which promotes a culture of excellence, innovation, flexibility and adaptability that thrives based on the contributions of all our members. We embrace, nurture, value and celebrate this diversity.	<a href="https://www.schulich.uwo.ca/about/diversity-social-accountability/index.html">https://www.schulich.uwo.ca/about/diversity-social-accountability/index.html</a>
NOSM	NOSM is committed to the education of high quality physicians and health professionals, and to international recognition as a leader in distributed, learning-centred, community-engaged education and research. We will accomplish this mission through: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Being socially accountable to the needs and the diversity of the populations of Northern Ontario</li> <li>• Actively involving Aboriginal, Francophone, remote, rural and underserved communities - Leading and conducting research activities that positively impact the health of those living in Northern communities</li> <li>• Fostering a positive learning environment for learners, faculty, and staff -Achieving an integrated, collaborative approach to education, learning, and programming</li> </ul>	<a href="https://www.nosm.ca/about/about-nosm/vision-mission-and-values/">https://www.nosm.ca/about/about-nosm/vision-mission-and-values/</a>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Increasing the number of physicians and health professionals with the leadership, knowledge and skills to practice in Northern Ontario</li> </ul>	
Saskatchewan	<p>“The terms Diversity and Inclusion (D&amp;I) are used together because of the recognition that simply having diversity isn’t enough.” (Intercultural Development Inventory, Hammer 2016). Diversity means having a broad range of characteristics across our faculty, senior academic leadership, and staff represented through our people, perspectives, policies, programs, and practices.</p>	<a href="https://medicine.usask.ca/about-us/diversity-and-inclusion.php#Purpose">https://medicine.usask.ca/about-us/diversity-and-inclusion.php#Purpose</a>
Manitoba	<p>“Diversity” includes all the ways in which people differ, and it encompasses all the different characteristics that make one individual or group different from another. It is all-inclusive and recognizes everyone and every group as part of the diversity that should be valued. A broad definition includes not only race, ethnicity, and gender - the groups that most often come to mind when the term “diversity” is used – but also age, national origin, religion, disability, sexual orientation, socioeconomic status, political beliefs, education, marital status, pregnancy/maternity, language, and physical appearance. It also involves different ideas, perspectives and values.</p>	<a href="http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/media/Equity-Diversity-and-Inclusion-policy-August-21-2018.pdf">http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/media/Equity-Diversity-and-Inclusion-policy-August-21-2018.pdf</a>
Calgary	<p>4.11 Diversity and Adversity The Cumming School of Medicine MD Admissions Committee is committed to broadening participation in medicine from individuals from traditionally under-represented groups. The enrollment of a diverse group of medical students improves not only health care delivery in the province of Alberta but also the educational experience of all MD students at the University of Calgary. Accordingly, applicants from less traditional pre-medical backgrounds and under-represented groups are strongly encouraged both to apply and to highlight their background and experiences in their applications. Similarly, applicants who have had to overcome significant adversity or personal struggles in pursuit of a career in medicine are strongly encouraged to share and reflect on those struggles in their applications.</p>	<a href="https://www.ucalgary.ca/mdprogram/files/mdprogram/applicant-manual-2018-2019-final_june21.pdf">https://www.ucalgary.ca/mdprogram/files/mdprogram/applicant-manual-2018-2019-final_june21.pdf</a>
Alberta	<p>The University of Alberta is committed to an equitable, diverse, and inclusive workforce. We welcome applications from all qualified persons. We encourage</p>	<a href="https://www.ualberta.ca/medicine/about/diversity/diversity-">https://www.ualberta.ca/medicine/about/diversity/diversity-</a>

	women; First Nations, Métis and Inuit persons; members of visible minority groups; persons with disabilities; persons of any sexual orientation or gender identity and expression; and all those who may contribute to the further diversification of ideas and the University to apply.	<a href="#">statements</a>
UBC	The Faculty of Medicine is committed to a policy of inclusiveness, equity and transparency. Applicants are considered without regard to age, ancestry, colour, economic status, place of origin, race, religion, family status, marital status, physical or mental disability, political belief, gender, or sexual orientation.	<a href="https://mdprogram.med.ubc.ca/admissions/who-should-apply/">https://mdprogram.med.ubc.ca/admissions/who-should-apply/</a>

*\* information was not gathered from Montreal and Laval*

**Existing Institutional Strategies to Improve Equity, Diversity and Inclusion in Admissions**

Data collected from 2018 AFMC Admissions Network report (see attachment).

School	Strategies/Programs
Dalhousie	<p>Dalhousie University's Global Health Office Indigenous Programs Manager and PLANS (Promoting Leadership in health for African Nova Scotians) Manager are integral to providing support services for pathway programs for prospective applicants from underrepresented populations (e.g. youth summer/March Break camps).</p> <p>The Dalhousie Admissions Committee, as well as interviewers, consist of diverse members of our Faculty and communities, including members from Indigenous and African Nova Scotian populations.</p> <p>The current Admissions Selection process balances reasonable requirements for academic (GPA + MCAT 25%) and non-academic (MMI + ESSAY 75%) characteristics.</p> <p><a href="https://medicine.dal.ca/departments/core-units/admissions/about/affirmative-action-policy.html">https://medicine.dal.ca/departments/core-units/admissions/about/affirmative-action-policy.html</a></p> <p>Indigenous Health in Medicine  <a href="https://medicine.dal.ca/departments/core-units/global-health/diversity/indigenous-health.html">https://medicine.dal.ca/departments/core-units/global-health/diversity/indigenous-health.html</a></p> <p>Promoting Leadership in Health for African Nova Scotians (PLANS)</p>

	<p><a href="https://medicine.dal.ca/departments/core-units/global-health/about/social-accountability.html">https://medicine.dal.ca/departments/core-units/global-health/about/social-accountability.html</a></p>
MUN	<p>3 designated seats for Indigenous students. Promote commitment to students who express an interest in or come from rural communities.</p> <p>Aboriginal Health Initiative <a href="https://www.med.mun.ca/getdoc/7b7d22cc-d447-4c20-bf99-81fb5bd7ac05/Aboriginal-Health-Initiative-(AHI).aspx">https://www.med.mun.ca/getdoc/7b7d22cc-d447-4c20-bf99-81fb5bd7ac05/Aboriginal-Health-Initiative-(AHI).aspx</a></p> <p>Diverse representation on our admissions and interview committees, including rural, Indigenous, and community Learners and Locations Project which tracks medical students through to practice using high school postal codes to identify our diversity areas</p>
McGill	<p>Indigenous Applicants <a href="https://www.mcgill.ca/medadmissions/ applying/categories/indigenous">https://www.mcgill.ca/medadmissions/ applying/categories/indigenous</a> <a href="https://mcgill.ca/indig-health/">https://mcgill.ca/indig-health/</a></p> <p>The robust inclusion of non-academic competencies at first step of our file review process; (CV &amp; Personal Narrative previously, and later CV and CASPer as of 2018) worth 30% of the score for invite to MMI. This allows a broader representation of candidates the chance to be interviewed (also focusing on non-academic).</p> <p>We offer bilingual interviews, in line with the nature of our applicant pool, our program and placement sites.</p> <p>The faculty also has underlined the importance of Diversity with the creation of a separate office outside of Admissions (the SACE office) which has independent oversight of these issues and collaborates with Admissions, along with the Widening Participation Committee setting appropriate targets.</p>
Sherbrooke	<p>Nous sommes très fiers de collaborer, avec les deux autres Facultés de médecine francophones du Québec, à un processus conjoint d'entrevues de type MEM soit les mini-entrevues multiples francophones intégrées (MEMFI).</p> <p>Ce processus permet de mettre en commun les forces de chaque Faculté et favorise le partage des tâches. Également, ceci permet à chaque Faculté d'inviter un plus grand nombre de personnes candidates en entrevue qu'elle ne pourrait le faire individuellement.</p> <p>Nous sommes particulièrement fiers de la mise en place, depuis 2016, de postes réservés à des personnes candidates ayant des profils particuliers (marché du travail, doctorat de recherche et sciences humaines et sociales).</p> <p>Les exigences académiques pour ces profils sont légèrement moindres que pour les</p>

	<p>candidatures universitaires régulières, mais ces personnes candidates se distinguent par leurs expériences de travail et/ou de recherche significatives ainsi que par leur implication sociale remarquable.</p>
Ottawa	<p>Three streams: anglophone, francophone and Indigenous Program  <a href="https://med.uottawa.ca/undergraduate/about/indigenous-program">https://med.uottawa.ca/undergraduate/about/indigenous-program</a></p>
Queens	<p>Addition of Indigenous student recruiter.</p> <p>Annual retreat to identify socioeconomic barriers in admissions processes. Attended by Admissions committee, Curricular Leadership, Department Heads, current and graduated students.</p> <p>Development of new processes, policies and procedures to reduce barriers.  Community outreach days including mentoring local high school students from low socioeconomic areas</p>
Toronto	<p>In response to the 2010 FMEC MD Recommendations, the University of Toronto’s MD Program has developed a rubric to evaluate candidates’ written application materials across these four attribute clusters: Professional, Communicator/collaborator/leader, Advocate and Scholar. A similar standardized rubric and metrics have been implemented for the interview process.</p> <p>Committed to the principles of inclusion and diversity in all that we do, including the recruitment of students, faculty, and staff that reflect the diversity of our society. In pursuit of this mission, the MD Program has introduced the following specialized admissions streams: Indigenous Student Application Program (2014) and Black Student Application Program (2017). The MD Program, beginning 2014, additionally provide selection decisions for the enhanced bursaries to qualifying newly admitted students with high financial need as part of their admissions offer.</p>
McMaster	<p>In 2018 an enhanced facilitated admissions process (FIAP) is being rolled out. The new FIAP intends to further refine the provision of equitable access to Indigenous applicants and aligns with the intent of the TRC Calls to Action.</p> <p>The MD Admissions office has developed a robust research agenda in conjunction with our colleagues in McMaster Education Research, Innovation and Theory.</p> <p>McMaster’s MD Program has never required course pre-requisites since its inception. This serves to significantly expand the background of learners who explore medical degrees.</p> <p>McMaster has limited tuition increases significantly more than other Ontario medical schools. McMaster is now significantly more affordable than other Ontario medical schools. In the most recent academic year, we also increased bursaries by 15 percent, further facilitating enrolment by students from lower SES backgrounds.</p>

Western	<p>Collaborative efforts within medical school and the broader university in continued efforts to address the many factors which face Indigenous students and their under-representation in medical school and in health human resources.</p>
NOSM	<p>Through community scoring that rewards applicant's community involvement AND use of a unique context-scoring algorithm based on national census data and an applicant's geographic and cultural background, NOSM has endeavored to reduce cultural and regional barriers to medical school admission.</p> <p>NOSM recruits applications from students with diverse academic backgrounds.</p> <p>NOSM was an early adopter of the multiple mini-interview (MMI) process designed to assess non-cognitive traits believed to be important for success in medical school and practice.</p> <p>The last 12 years of applicant data was evaluated and we found that we have developed mechanisms that successfully promote selection of a student body that is effective of the needs, demographics and communities of Northern Ontario.</p>
Saskatchewan	<p>Aboriginal Admissions Program and Pre-Medicine Awards for SK undergraduate Aboriginal.</p> <p>Use the MMI and the telephone reference call process to assist in selection of students who will be successful in our Undergraduate Medical Education program while also identifying for exclusion those applicants that have undesirable personal characteristics for a medical career.</p> <p>Require a 4-year degree at entry to our medical school and the MCAT (no prerequisite courses) of all applicants.</p> <p>Diversity and Social Accountability Admissions Program (DSAAP) for SK residents who have been disadvantaged due to their socio-economic background.</p> <p>The implementation of an MBA (first) then MD (second) program for two students a year has been well received</p>
Manitoba	<p>Manitoba has introduced many significant changes to the admission pathways and criteria that have had a major impact on Indigenous persons; lower socio-economic backgrounds and other marginalized populations. Early evidence (not yet published) shows impact of these changes in a very positive light.</p>
Calgary	<p>Development of a pre-matriculation pathway program for low income and socially disadvantaged high school graduates</p>
Alberta	<p>Continue to focus on improving recruitment and admission of rural and Indigenous candidates to meet the diversity mandate of our Faculty.</p>

	Implementation of new assessment tools (SJT, electronic scoring of MMI, Personal Activity verification)
	Improvement in cultural sensitivity and bias training for MMI interviewers
UBC	Indigenous, Rural and MD/PhD pathway programs and continued expansion.  Increase community engagement through formal and informal means, and pool of applicants continues to grow in size and diversity. This, in turn, continues to increase the diversity of medical school class.

\* information was not gathered from Montreal and Laval

## Conclusions and Recommendations

	Recommendation	Action	Funding	Key Responsible Group(s)
1	Track and report annually on diversity factors within each school	AFMC commits to applicant, invited to interview, offered positions, and accepted positions demographic data collection. (Survey administered once, at application, but would need the ability to track applicants through the process of application)  Annual report reviewed by AFMC BOD, Admissions, SA and EDG Networks within AFMC	AFMC via AFMC BOD	AFMC, AFMC BOD
2	Link admissions practices explicitly to Social Accountability mandate of the institution through stronger accreditation standards	Accreditation requirement to be created or strengthened	CACMS	CACMS
3	Empower pathway programs at each medical school	Strengthen current accreditation standard.  Issues: Funding for these programs often	CACMS	CACMS

	through stronger accreditation standards	soft. Strengthened accreditation standard would need to assert that pathway programs are seen as an integral part of core “business” of an accredited medical school and actively engage with the community to develop, implement and evaluate programs		
4	Require equity training for Admissions Committees through accreditation	Develop an accreditation standard requiring equity training for all admissions committee members	CACMS	CACMS
5	Diversify admissions committees through monitoring and accreditation	Mandate diversity data collection and monitoring of admissions committees  Work this requirement into existing accreditation standards	CACMS	CACMS
6	Define robust standard of accommodation for persons with disabilities	Ensure technical standards for study of medicine are open, transparent and aligned with admissions practices	Modest	Student Affairs; Admissions & Deans
7	Mitigate financial impediments for medical school applicants	Financial implications discussion must be built into all discussions	Modest	All
8	Critically review excellence criteria used for bias, including class bias	AFMC sponsors a 1-day pre <b>CCME event</b> (2020) aimed at producing a position paper for review at AFMC BOD	AFMC	AFMC Chairs of Admissions, EDG, SA, Indigenous Health (members of each network + invited stakeholder participation)
9	Develop cost effectiveness strategies to decrease financial burden on	AFMC sponsors a 1 Day Pre <b>CCME event</b> (2020) aimed at producing a position paper for review at AFMC BOD  Note this would be the same event as in	AFMC	AFMC Chairs of Admissions, EDG, SA, Indigenous

	applicants	the previous point. Explicit points for discussion: Harmonization of processes to allow for regionalized approaches		Health (members of each network + invited stakeholder participation)
10	Align with TRC Calls to Action and the Joint Commitment to Action on Indigenous Health report recommendations	AFMC sponsors a 1 Day Pre <b>CCME event</b> (2020) aimed at producing a position paper for review at AFMC BOD  Note this would be the same event as in the previous point.  Explicit points for discussion: Moving from alignment to implementation within Canadian Medical Schools.	AFMC	AFMC Chairs of Admissions, EDG, SA, Indigenous Health (members of each network + invited stakeholder participation)

**CACMS Standards and Elements (Relevant to Admissions)****1.1.1 Social Accountability**

“A medical school is committed to address the priority health concerns of the populations for which it has a responsibility to serve. The medical school’s social accountability is articulated in its mission statement; fulfilled in its educational program through admissions, curricular content, types and locations of educational experiences; and evidenced by specific outcome measures.”

**3.3 Diversity/Pathway Programs and Partnerships**

A medical school in accordance with its social accountability mission has effective policies and practices in place, and engages in ongoing, systematic, and focused recruitment and retention activities, to achieve mission-appropriate diversity outcomes among its students, faculty, senior academic and educational leadership, and other relevant members of its academic community. These activities include the appropriate use of effective policies and practices, programs or partnerships aimed at achieving diversity among qualified applicants for medical school admission and the evaluation of policy and practices, program or partnership outcomes.

**3.4 Anti-Discrimination Policy**

A medical school and its clinical affiliates do not discriminate on any grounds as specified by law including, but not limited to, age, creed, gender identity, national origin, race, sex, or sexual orientation. The medical school and its clinical affiliates foster an environment in which all individuals are treated with respect and take steps to prevent discrimination, including the provision of a safe mechanism for reporting incidents of known or apparent breaches, fair and timely investigation of allegations, and prompt resolution of documented incidents with a view to preventing their repetition.

**Standard 10: Medical Student Selection, Assignment, and Progress**

A medical school establishes and publishes admission requirements for potential applicants to the medical education program, and uses effective policies and procedures for medical student selection, enrollment, and assignment.

**10.1 Premedical Education/Required Coursework**

Through its requirements for admission, a medical school encourages potential applicants to the medical education program to acquire a broad undergraduate education that includes the study of the humanities, natural sciences, and social sciences, and confines its specific premedical course requirements to those deemed essential preparation for successful completion of its medical curriculum.

**10.2 Final Authority of Admission Committee**

The final responsibility for accepting students to a medical school rests with a formally constituted admission committee. The authority and composition of the committee and the

rules for its operation, including voting privileges and the definition of a quorum, are specified in bylaws or other medical school policies. Faculty members constitute the majority of voting members at all meetings. The selection of individual medical students for admission is not influenced by any political or financial factors.

### **10.3 Policies Regarding Student Selection/Advancement and their Dissemination**

The faculty of a medical school establish criteria for student selection and develop and implement effective policies and procedures regarding, and make decisions about, medical student application, selection, admission, assessment, advancement, graduation, and any disciplinary action. The medical school makes available to all interested parties its criteria, policies, and procedures regarding these matters.

### **10.4 Characteristics of Accepted Applicants**

A medical school selects applicants for admission who possess the intelligence, integrity, and personal and emotional characteristics necessary for them to become competent physicians.

### **10.5 Technical Standards**

A medical school develops and publishes technical standards for the admission, retention, and graduation of applicants or medical students with disabilities, in accordance with legal requirements.

## REFERENCES

1. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization, 1995.
2. Health Canada. (2001) Social accountability: a vision for Canadian medical schools. Ottawa: Health Canada.  
[https://www.afmc.ca/pdf/pdf\\_sa\\_vision\\_canadian\\_medical\\_schools\\_en.pdf](https://www.afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf)
3. Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS) (2015). CACMS Standards and Elements. [https://cacms-cafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS Standards and Elements - AY 2016-17.pdf](https://cacms-cafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS_Standards_and_Elements_-_AY_2016-17.pdf)
4. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs, T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. *Educ for Health*. 2012;25(3):180-194.
5. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (2010).  
[www.healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org)
6. DeLisa, J.A. & Lindenthal, J.J. (2012). Commentary: reflections on diversity and inclusion in medical education. *Academic Medicine*, 87(11): 1461-63.
7. Gulli, D. (2015). Diversity among doctors: Students with disabilities are finding their place in medical schools—and beyond. *MacLeans*, September 25.  
<https://www.macleans.ca/education/post-graduate/breaking-down-barriers-for-med-students-with-disabilities/>
8. Patterson, F. & Zibarras, L. (2018). Reflections on the Future Challenges for Researchers and Practitioners in Selection for Healthcare, *Selection and Recruitment in the Healthcare Professions*, 13: 327-350.
9. Patterson, F., Roberts, C., Hanson, M.D., Hampe, W., Eva, K., Ponnampereuma, G., Magzoub, M., Tekian, A., & Cleland, J. (2018). 2018 Ottawa consensus statement: Selection and recruitment to the healthcare professions, *Medical Teacher*, 40 (11); 1091-1101.
10. Roberts, C., Wilkinson, T.J., Norcini, J., Patterson, F. & Hodges, B.D. (2019). The intersection of assessment, selection and professionalism in the service of patient care, *Medical Teacher*, DOI: [10.1080/0142159X.2018.1554898](https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1554898)

11. Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action.
12. THE GROWING COHORT OF MEDICAL STUDENTS IN CANADA: Who are they and what career choices are they making? Steve Slade, VP Research and Analysis CAPER-ORIS; Nick Busing,
13. President and CEO, AFMC Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC), Office of research and information services (oris) and the Canadian Post-M.D. Education Registry (CAPER)
14. [https://caper.ca/~assets/documents/CAPER\\_Poster\\_AAMC\\_Physician\\_Workforce\\_Conference\\_May-2012.pdf](https://caper.ca/~assets/documents/CAPER_Poster_AAMC_Physician_Workforce_Conference_May-2012.pdf)