

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Préparer la relève en médecine de famille

Solutions en éducation pour renforcer
les soins de santé face au changement

Rapport final et recommandations du
Projet sur les finalités d'apprentissage

Janvier 2022





“ Si nous [les médecins de famille] souhaitons assumer pleinement notre rôle, il est primordial que notre engagement soit inconditionnel. En effet, notre devoir est de rassurer les patients et de ne jamais prononcer la phrase : “ Ceci ne relève pas de mon domaine.”



—Dr Ian McWhinney¹

Le Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark

Téléphone : 905 629-0900

Sans frais : 1 800 387-6197

Courriel : academicfm@cfpc.ca

© 2022 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document

Fowler N, Oandasan I, Wyman R, éd. *Préparer la relève en médecine de famille : Solutions en éducation pour renforcer les soins de santé face au changement*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.

Affiliations des auteurs

Nancy Fowler, MD, CCMF, FCMF ; directrice générale, Médecine familiale universitaire ; chef du Projet sur les finalités d'apprentissage, CMFC

Ivy Oandasan, MD, CCMF, MHSc, FCMF ; directrice, Éducation ; co-chef, Unité d'évaluation et de recherche en éducation ; chef de l'évaluation du Projet sur les finalités d'apprentissage, CMFC

Roy Wyman, MD, CCMF, FCMF ; directeur, Certificats de compétence additionnelle ; responsable des compétences avancées pour le Projet sur les finalités d'apprentissage, CMFC

Promoteur du projet

Comité sur la spécialité de médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) remercie tous ceux et celles qui ont contribué par leur expertise et leurs ressources à l'élaboration du présent rapport. Nous remercions également les informateurs principaux, les groupes d'experts et les organisations partenaires qui ont fourni d'importants renseignements ainsi que des perspectives critiques pour appuyer la réalisation du Projet sur les finalités d'apprentissage.

Personnes qui ont contribué au présent document

Patricia Nicholson, BA, MJ; rédactrice et réviseuse du rapport du Projet sur les finalités d'apprentissage

Michelle Mayne, BEd, MEd; responsable, Administration, Médecine familiale universitaire, CMFC

Organisations qui ont contribué au présent document

Collège des médecins de famille du Canada, Division de la médecine familiale universitaire

Collège des médecins de famille du Canada, Unité d'évaluation et de recherche en éducation

Collège des médecins de famille du Canada, Services bibliothécaires

Collège des médecins de famille du Canada, Communications, Services de création et de production, et Traduction et services en français

- Josette Castel, réviseuse de la version française, Université Laval
- Alain Papineau, réviseur de la version française, Université de Montréal

Comités du Collège des médecins de famille du Canada

- Conseil d'administration
- Comité sur la spécialité de médecine familiale
- Groupe consultatif sur le Profil sur les finalités d'apprentissage
- Conseil de la Section des enseignants
- Comité sur l'éducation postdoctorale
- Comité sur le développement professoral
- Comité sur l'éducation prédoctorale
- Comité sur le processus de certification et d'évaluation
- Conseil de la Section des résidents
- Comité consultatif sur l'évaluation des programmes
- Comité sur les cinq premières années de pratique de la médecine familiale
- Section des étudiants en médecine
- Conseil de la Section des chercheurs
- Comité sur la santé autochtone
- Groupe de travail sur la responsabilité sociale
- Section des groupes d'intérêt des membres
- Comité consultatif sur l'exercice de la médecine familiale

Dirigeants de programmes de résidence des départements de médecine de famille

Participants à l'atelier de rédaction sur l'explication du travail des médecins de famille

Médecins de famille en début de carrière ayant participé au groupe de discussion basée sur la pratique composé de médecins de famille en début de carrière



Table des matières

Mot de notre directrice générale et chef de la direction	1
Sommaire	3
Rapport intégral	9
Le Projet sur les finalités d'apprentissage	9
Pourquoi ce projet est-il nécessaire ?.....	11
Réponse à un sentiment d'urgence.....	11
S'inspirer du passé.....	12
Nouvelles habiletés pour une société en changement.....	13
Quel est notre but ? Définir les finalités d'apprentissage	14
Définir la responsabilité sociale en médecine de famille	14
Définir la globalité des soins dans la formation :	
Le Profil de formation pour la résidence	15
Retour sur terre.....	17
Où en sommes-nous ?	18
Regard sur l'état actuel de la formation en médecine de famille.....	18
Ce que nous avons appris	19
Des solutions en éducation.....	26
Recommandations du Projet sur les finalités d'apprentissage.....	26
Planifier l'avenir	29
Références.....	31



Mot de notre directrice générale et chef de la direction

Le statu quo n'est plus une option

En publiant ce rapport et les recommandations issues du Projet sur les finalités d'apprentissage du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), notre but est de faire un bilan de notre situation dix ans après la mise en œuvre du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Triple C) — le premier modèle de formation médicale au Canada qui soit axé sur l'approche par compétences. Ici, nous clarifions ce que l'on entend par la globalité des soins et nous préparons le terrain en vue d'une transformation proactive et collective de l'éducation postdoctorale en médecine de famille qui jouera un rôle important dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins offerts à la population canadienne dans un contexte qui évolue constamment.

Soyons clairs : le Canada forme des médecins de famille compétents, et ce, tout en offrant le programme de résidence postdoctorale le plus court au monde. Deux leçons sont ressorties de notre évaluation du Triple C. D'abord, le programme a aidé à repérer plus rapidement les résidents en médecine de famille en difficulté, ce qui a permis de remédier à la situation et d'offrir du soutien plus tôt dans leur parcours. Deuxièmement, nous avons découvert d'importantes variations dans la compréhension du concept de soins complets et globaux en médecine de famille et dans la façon de l'appliquer dans nos programmes de résidence. Le *Profil professionnel en médecine de famille*, publié

en 2018, a réitéré notre engagement collectif de servir la population canadienne et d'assurer la prestation de soins de proximité complets, globaux, continus et de qualité.


Au moyen d'une revue méticuleuse de la littérature, d'une analyse de la portée de la pratique basée sur des données de diverses sources, ainsi que d'entretiens avec des informateurs clés, nous avons appris qu'aujourd'hui, la globalité du champ de pratique des médecins de famille est plus restreinte qu'il y a une dizaine d'années. Plusieurs facteurs expliquent cette situation. Bien que les médecins de famille soient compétents à la fin de la résidence, leurs expériences éducatives et cliniques ne suffisent pas toujours à ce qu'ils se sentent confiants et préparés à travailler dans certains domaines cliniques. Certains médecins de famille n'avaient jamais eu l'intention d'inclure ces domaines dans leurs champs de pratique au début de la résidence, alors que d'autres souhaitaient offrir un vaste champ de pratique, mais se sentaient mal soutenus en raison de difficultés locales ou régionales liées à l'organisation des soins de santé. Enfin, des facteurs personnels, tels que le lieu de pratique et des questions d'ordre conjugal ou familial, entrent également en jeu. En mai 2021, nous avons publié le *Profil de la formation pour la résidence*[†], qui décrit les Activités professionnelles de base (APB) des médecins de famille et définit les attentes des programmes de résidence en médecine de famille et en compétences avancées.

Les recommandations du Projet sur les finalités d'apprentissage ont été approuvées par le Conseil d'administration du CMFC. Nous avons écouté les éducateurs, qui nous disent que les programmes d'études sont complets et que la recommandation de prolonger la durée de la formation ne devrait pas mener à enseigner plus longtemps le même contenu. Ce prolongement doit plutôt offrir plus de souplesse et donner de véritables occasions de consolider les habiletés dans des domaines comme les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins à domicile, de même que dans les nouveaux domaines comme les soins virtuels et les soins culturellement sécuritaires permettant de répondre aux besoins d'une population diversifiée.

Nous reconnaissons que l'éducation n'est qu'un des éléments nécessaires à l'atteinte de notre but. Nos systèmes de soins de santé doivent être organisés d'une façon à permettre aux médecins de famille de travailler selon leur plein potentiel, c'est-à-dire en fournissant des soins complexes dans un modèle de soins axé sur le travail d'équipe comme il est décrit dans la vision de Centre de médecine de famille. Ces modèles prometteurs ont démontré des résultats favorables à moyen terme : réduction des visites aux services d'urgence et du nombre de réadmissions à l'hôpital, meilleure observance des mesures de prévention et augmentation de la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins. Le fait d'accroître les sites d'enseignement en milieu communautaire qui correspondent à ces modèles aiderait grandement à favoriser un environnement de pratique propice et à instiller chez les résidents un dévouement au service, en portant une attention particulière à l'accès dans le contexte de relations thérapeutiques continues. Ceci mènerait à des expériences positives et des résultats favorables pour le patient, l'apprenant et le fournisseur de soins. Le milieu clinique est le milieu de formation en résidence.

Ceux et celles qui ont participé à notre processus de consultation ont soulevé des questions entourant l'avenir des Certificats de compétences additionnelles (CCA) et de la formation en compétences avancées. Le CMFC continue de soutenir la formation en compétences avancées et les CCA, et reconnaît ainsi l'intérêt particulier à l'égard des domaines cliniques qui répondent à des besoins précis dans la communauté. Un groupe de travail en éducation sera mis sur pied pour aider à mettre en œuvre les recommandations. Dans le cadre de son travail, ce groupe se penchera sur la question de l'acquisition et de la consolidation des compétences avancées à la lumière de l'expansion proposée de la résidence, en tenant aussi compte de l'influence de la création d'une voie d'admissibilité par la pratique pour les CCA.

Nous prévoyons que ce travail évoluera au cours de plusieurs années. Le statu quo n'est plus une option. Le rapport du Projet sur les finalités d'apprentissage n'est que « la fin du commencement ». Nous espérons que vous en conviendrez et que vous serez prêts à collaborer avec nous dans ce travail.



Francine Lemire, MD CM, CCMF, FCMF, CAÉ, IAS.A
Directrice générale et chef de la direction
Le Collège des médecins de famille du Canada

*Collège des médecins de famille du Canada. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2018. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/FM-Professional-Profile-FR.pdf>. Date de consultation : Le 9 août 2021.

†Fowler N, Wyman R, eds. *Profil de formation pour la résidence en médecine de famille et les programmes de compétences avancées menant aux Certificats de compétence additionnelle*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%c3%89ducation/Residency-Training-Profile-FRE.pdf>. Date de consultation : Le 9 août 2021.



Sommaire

Survol du projet

L'accès à des soins primaires de proximité, complets, globaux, continus et de qualité est un élément fondamental d'un système de soins de santé efficace. Les médecins de famille jouent un rôle de premier plan dans la prestation de ces soins au Canada. Les patients valorisent leur médecin de famille et déclarent invariablement qu'ils préfèrent les consulter pour leurs besoins en santé. Les données probantes illustrent qu'un accès bien pensé comprend l'accès à un médecin de famille et à une équipe qui connaissent le patient et qui peuvent offrir des soins coordonnés et personnalisés avec compassion.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a comme engagement d'établir l'orientation de la médecine de famille afin d'améliorer la santé de toute la population canadienne — en élaborant les normes de formation; en accordant la certification et en soutenant les médecins de famille; en favorisant la recherche et en faisant la promotion des intérêts de la discipline; et en honorant la relation patient/médecin comme élément central de notre profession.

Le Projet sur les finalités d'apprentissage du CMFC pose un regard critique sur la formation des médecins de famille en cette période de changements constants, sous l'angle de la responsabilité sociale, dans le but ultime

d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité, complets et globaux. Les objectifs de ce projet, sur lesquels sont fondées les recommandations relatives à la formation, sont les suivants : définir et renforcer l'accès à des soins complets et globaux et préparer les médecins de famille à répondre aux besoins de santé émergents et complexes de la société.

Les recommandations formulées visent en priorité l'amélioration des compétences et soulignent l'importance de mieux exposer les apprenants à des milieux de pratique qui suivent le modèle du Centre de médecine de famille, et de favoriser la transition vers ce type de pratique. Relier l'éducation aux réformes de la santé est d'une importance capitale afin d'améliorer l'accès pour les patients (**figure 1**) ainsi que le recrutement et la rétention des médecins de famille; de présenter des modèles de pratique efficaces et viables et d'offrir un cheminement de carrière qui attire les étudiants vers la médecine de famille.

Bien que certains décideurs préfèrent concevoir les besoins des communautés en termes de soins primaires, secondaires et tertiaires, nous préférons axer notre contribution sur la proximité et la globalité. Cela signifie que nous nous engageons envers une personne, répondons à ses besoins où qu'ils soient, en utilisant tous les moyens à notre disposition, y compris la collaboration et les technologies innovatrices.

La notion de « globalité », fréquemment employée dans ce rapport, désigne l'ensemble ou la portée des services offerts ainsi que l'approche holistique centrée sur la personne qui est appliquée aux soins des patients. Notre but est de permettre aux médecins de famille de travailler selon leur plein potentiel.

Ce projet prescrit une réforme en l'éducation avec de **nouvelles attentes pour la formation en résidence** (Profil de formation pour la résidence) et des **recommandations** qui nous guideront vers une vision de l'avenir de la formation de base en médecine de famille et en compétences avancées menant aux Certificats de compétences additionnelles (CCA). Le projet est parrainé par le Comité sur la spécialité de médecine familiale et ses recommandations ont été approuvées par le Conseil d'administration du CMFC.

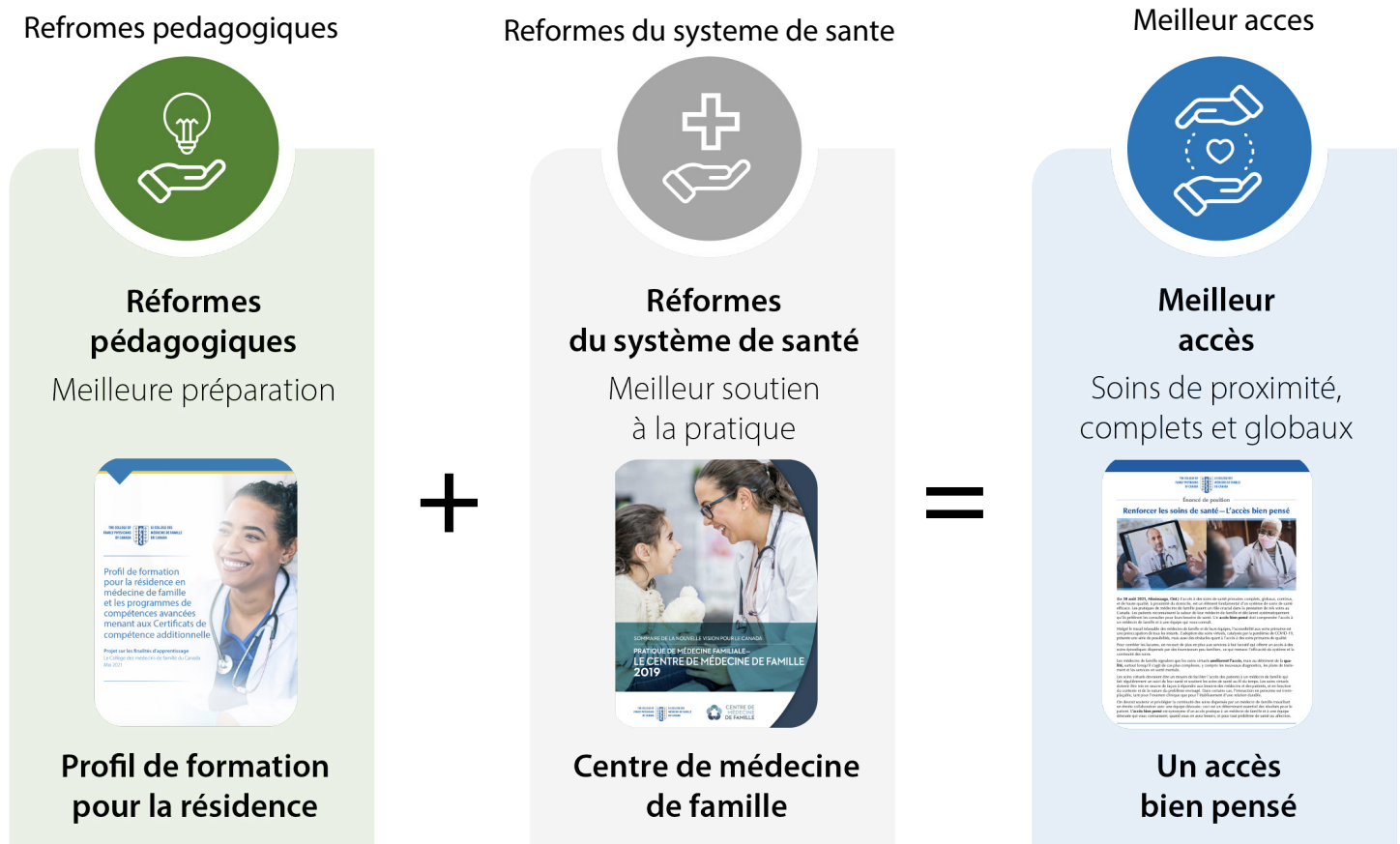


Figure 1. Relier l'éducation aux réformes du système de santé pour améliorer l'accès

Le présent rapport trace les activités du projet et fournit des données probantes à l'appui des recommandations qui y sont présentées relativement à la formation. Le public visé est large étant donné la portée des implications et la collaboration requise pour concrétiser les améliorations qu'il faudra apporter à la formation en médecine de famille.

Réponse à un sentiment d'urgence

Les patients rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins. Trop souvent, ils ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin dans un système de soins de santé de plus en plus surchargé, complexe et fragmenté.

Les médecins de famille prennent en charge des patients plus malades, qui présentent une plus grande complexité et plus de comorbidités. Cela survient en pleine pandémie et dans un contexte instable marqué par le vieillissement de la population, des bouleversements sociaux, une crise des opioïdes, des

nouvelles technologies, des avancées médicales et des changements aux systèmes de santé, le tout couronné d'un taux élevé d'épuisement professionnel des médecins.

Les programmes de résidence basés dans les universités jouent un rôle primordial dans le recrutement de médecins de famille et leur préparation à se joindre à la main-d'œuvre médicale. La vaste majorité des diplômés préfèrent les équipes interprofessionnelles en tant que modèle de pratique, mais n'y sont pas toujours exposés au cours de leur formation. Aussi sont-ils frustrés de constater qu'il leur manque les habiletés requises pour entamer ce type de pratique à la fin de leurs études. Nous avons observé qu'une forte proportion de résidents qui entrent dans nos programmes ont l'intention d'entreprendre une pratique ciblée et souhaitent toujours accéder à une telle pratique à la fin de la résidence. On voit aussi des pressions pour que ce besoin soit mieux compris.

La pandémie a exposé au grand jour les vulnérabilités et les inégalités existantes, ce qui nous pousse au constat suivant : le besoin de changements est criant. Il est donc impératif d'investir dans la médecine de famille, puisqu'il s'agit d'un élément clé de la transformation du système de santé. Ce projet examine les réformes pédagogiques requises pour soutenir ce changement.

Dans ce contexte marqué par des changements constants, le Projet sur les finalités d'apprentissage pose une question centrale et y répond : Que devons-nous faire pour mieux préparer et soutenir les médecins de famille de la relève ?

Quel est notre objectif ?

Ce que nous savons

En 2018, le CMFC publiait le *Profil professionnel en médecine de famille*, qui décrit l'engagement collectif des médecins de famille envers la prestation de soins de proximité, complets et globaux. Le Profil professionnel

s'appuie sur des travaux antérieurs, notamment le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences du CMFC, qui a été élaboré il y a près d'une décennie. Il définit clairement la globalité des soins en médecine de famille et explique la discipline de médecine de famille à des publics externes.

Élaboration du Profil de formation pour la résidence

Le Profil de formation pour la résidence élargit la portée du Profil professionnel. Il décrit le travail auquel les diplômés sont préparés et y apporte plus de précisions, y compris l'amélioration des compétences et les modèles de pratique requis dans l'avenir pour favoriser un meilleur accès aux soins. Vu sous cet angle, le Profil de formation est à la fois ambitieux et axé sur l'avenir.

Le Profil de formation définit clairement la portée de la formation requise pour préparer les médecins de famille à offrir des soins complets et globaux dans toutes les communautés au Canada. Il est important de souligner que les programmes de résidence auront besoin de ressources additionnelles pour répondre pleinement aux attentes. Et ceci est le principal argument pour considérer un prolongement de la durée de la formation en médecine de famille.

Où en sommes-nous ?

L'état actuel de la formation des résidents en médecine de famille

Pour déterminer l'état actuel de la formation des résidents en médecine de famille, nous avons eu recours à des données pertinentes compte tenu des attentes présentées dans le Profil de formation. Nous avons examiné les perceptions des diplômés quant à leur état de préparation à la pratique, leurs intentions de pratique et les choix qu'ils ont faits après trois années de pratique. Une analyse environnementale et une revue de la littérature à portée internationale ont examiné la durée optimale de la formation et la conception du cursus des programmes de résidence en médecine de famille dans des pays comparables.

Tout au long du projet, nous avons appliqué des approches axées sur les données probantes et des méthodes d'analyse qualitatives et quantitatives. Nous avons mené des recherches sur le terrain, recueilli des données au moyen de sondages, consulté des bases de données administratives, tenu des entretiens avec des informateurs clés et avec des groupes de concertation, effectué des revues rapides de littérature et obtenu des renseignements lors de consultations auprès de comités ciblés du CMFC et de groupes d'experts.



Ce que nous avons appris

Une synthèse des données probantes recueillies au cours du projet nous a appris ce qui suit :

- 1. La médecine de famille va au-delà des soins primaires.** Nos recherches sur le terrain auprès de médecins de famille indiquent que les soins primaires demeurent la pierre angulaire de la médecine de famille. Toutefois, la portée de la formation en résidence doit aller bien au-delà de ces soins afin d'inclure les soins en milieu hospitalier et en service d'urgence, ainsi que les soins intrapartum, si l'on souhaite soutenir les médecins de famille et leur donner les outils dont ils ont besoin pour offrir des soins complets et globaux dans diverses communautés.
- 2. Les données actuelles ne permettent pas de bien évaluer l'impact de nos diplômés sur le système de santé.** Notre examen des sources des données a révélé que les données dont nous disposons pour décrire le travail des médecins de famille au Canada sont incomplètes. La terminologie n'est pas uniforme et il existe des limites notables quant à l'utilité et la comparabilité des données. Des efforts de collaboration aux paliers national et provincial sont requis pour améliorer l'état des données sur les finalités d'apprentissage et les modèles de pratique des médecins de famille.
- 3. La globalité des soins offerts par les médecins de famille en début de carrière diminue ; cette situation est multifactorielle.** Notre revue basée sur de multiples méthodes de recherche nous indique que l'intérêt personnel, l'exposition durant la formation et le degré de confiance sont d'importants facteurs qui influencent les intentions d'offrir des soins complets et globaux. Un bon nombre de diplômés font face à des obstacles à la prestation de soins complets et globaux, car ils n'ont pas la chance de travailler dans des modèles de pratique avancée comme ceux qui sont proposés dans la vision du Centre de médecine de famille.
- 4. Le choix de pratique en début de carrière est lié au lieu de formation, à l'exposition durant la formation et à l'accès à des modèles de pratique qui soutiennent l'apprentissage.** Notre examen, effectué à l'aide de multiples méthodes de recherche, nous indique que le lieu de formation et la qualité des expériences d'apprentissage auxquelles les résidents sont exposés influencent leur choix de carrière. Pour favoriser la capacité et la volonté des médecins de travailler auprès de populations mal desservies, il faut améliorer les expériences d'apprentissage et offrir des modèles de pratique qui soutiennent l'apprentissage.

5. La compétence est nécessaire, mais insuffisante pour se sentir prêt pour la pratique.

Notre examen rapide de la littérature et nos groupes de concertation composés de médecins en début de carrière nous indiquent que le fait d'être jugés compétents selon des mesures d'évaluation externes ne signifie pas forcément que les médecins sont prêts pour la pratique. Ceci a un impact sur le choix de carrière. Plus de recherche et de développement dans le domaine de l'éducation médicale sont requis afin de mieux comprendre la préparation à la pratique et de mieux la soutenir.

6. Il y a des lacunes et des améliorations à apporter dans la formation auxquelles nous devons accorder la priorité.

Une analyse de la formation actuelle indique que les programmes d'études doivent accorder la priorité aux soins de longue durée et aux soins à domicile, aux toxicomanies et à la santé mentale, à la santé autochtone, à l'équité en santé et à l'antiracisme ainsi qu'aux soins virtuels et aux technologies informatiques en santé. La direction des programmes de résidence et les résidents affirment qu'il faut plus de temps de formation pour consolider les compétences dans les domaines de soins de courte durée et procéduraux.

7. Les programmes de formation en médecine de famille manquent de ressources et nécessitent une durée de formation plus longue.

Par rapport aux pays comparables, le Canada a le programme de formation en médecine de famille le plus court, tout en ayant le champ de pratique le plus large. Plus de temps est requis pour mieux préparer les apprenants à offrir des soins complets et globaux, et pour mettre en œuvre les améliorations curriculaires requises.

Voir le rapport complet pour de plus amples renseignements sur les données probantes du Projet sur les finalités d'apprentissage. Pour lire les synthèses des données probantes par sujet de recherche, visitez le <https://www.cfpc.ca/relevemf>.

Quelles sont les prochaines étapes ?

Recommandations pour orienter la formation

Dans ce rapport, le CMFC présente des recommandations relatives à la formation fondées sur les données probantes. Ces recommandations sont destinées à un public interne afin de guider les efforts de plaidoyer du CMFC et son travail dans l'établissement des normes, et à un public externe afin d'aider les universités dans la prestation future de la formation des résidents en médecine de famille.

Les recommandations s'appuient sur le Profil de formation en tant que vision collective de la relève en médecine de famille, et présentent les ressources et les mesures requises pour sa mise en œuvre.

Elles réclament plus d'investissement dans la formation des médecins de famille ainsi qu'un renforcement de la capacité d'évaluer les finalités d'apprentissage en appliquant une approche axée sur l'amélioration continue, afin d'atteindre notre objectif de responsabilité sociale.

Notons surtout la recommandation d'augmenter la durée de la formation en médecine de famille à trois ans (par rapport aux programmes actuels de deux ans). Avec plus de temps, les programmes seraient en mesure d'élargir et d'améliorer leurs cursus à la lumière du Profil de formation et de mieux préparer les diplômés à offrir des soins complets et globaux de même qu'à travailler selon leur plein potentiel.

Aucun changement à l'agrément des programmes de résidence par le CMFC ou aux normes de certification concernant la durée de la formation n'aura lieu et ce, avant au moins cinq ans. Cette recommandation a d'importantes implications en matière de ressources et peut potentiellement avoir de grandes répercussions. Elle exige une approche de gestion du changement bien pensée et une collaboration intersectorielle, y compris la mobilisation des ressources requises pour appuyer ce changement, un préavis adéquat aux étudiants en médecine qui débutent leur parcours et qui songent à faire carrière en médecine de famille, et une planification pour maintenir l'entrée d'un nombre stable de diplômés dans le système de soins de santé.

Ce rapport lance un appel à l'action pour plus d'investissement en ressources dans la formation des médecins de famille afin d'améliorer l'accès aux soins complets et globaux pour toute la population canadienne. Pour le CMFC, la prochaine étape consiste à mettre en œuvre et soutenir des innovations qui combinent l'éducation et la réforme en santé, et qui ciblent un meilleur accès et une meilleure équité en santé.

Le Projet sur les finalités d'apprentissage



En 2018, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) entreprenait le Projet sur les finalités d'apprentissage — un examen critique et une réflexion approfondie sur l'avenir de la formation des résidents en médecine de famille au Canada.

Nos programmes de résidence s'acquittent fort bien de leur mandat : former des médecins de famille hautement compétents. Ce succès est en grande partie attribuable à notre engagement envers l'établissement de normes de formation en médecine de famille nationales et un processus d'évaluation rigoureux, qui comprend, entre autres, l'agrément des programmes de résidence.

Le Projet sur les finalités d'apprentissage s'inscrit dans une période de changements rapides.

Nous voulons nous assurer que la formation évolue au rythme de ces changements, qu'elle soit soutenue par les normes que nous avons établies, et qu'elle réponde aux tendances et aux besoins sociétaux en soins de santé — ce que l'on désigne souvent par l'expression « responsabilité sociale ».

Le Projet s'est penché sur :

- La définition de responsabilité sociale dans la formation des résidents en médecine de famille
- La définition de globalité ainsi que la portée attendue de la formation des résidents en médecine de famille
- Le contenu des programmes d'études, y compris les sujets qui sont nouveaux ou émergents

- L'état actuel de la formation des résidents en médecine de famille
- Une comparaison avec d'autres pays et les tendances en matière de formation en médecine de famille
- Les données disponibles sur la conception et la durée optimale de la formation en médecine de famille

Le projet a permis la production du nouveau *Profil de formation pour la résidence en médecine de famille et les programmes de compétences avancées menant aux Certificats de compétence additionnelle*² (Profil de formation pour la résidence) du CMFC et une série de **recommandations relatives à la formation** qui, ensemble, définissent nos attentes pour l'avenir de la formation.

Notre objectif est de soutenir les médecins de famille afin qu'ils exercent selon leur plein potentiel, grâce à une amélioration de la formation.

Ce projet insiste sur l'importance d'exercer dans un vaste champ de pratique au sein de modèles de pratique qui aident les médecins de famille à offrir des soins de proximité complets et globaux.

Le Projet a été organisé selon trois axes de travail interreliés (**figure 2**) qui forment la structure du présent rapport.



Le Projet sur les finalités d'apprentissage

1



Quel est notre objectif ?

Élaborer le **Profil de formation pour la résidence** pour encadrer la portée de la pratique et les finalités d'apprentissage.

2



Où en sommes-nous ?

Examiner l'**état actuel de la formation en résidence**, y compris les tendances internationales et les sources de données disponibles sur les **modèles de pratique des diplômés**.

3



Quelles sont nos prochaines étapes?

Formuler des **recommandations** pour encadrer la formation des résidents en médecine de famille de demain.

Figure 2. Survol du Projet sur les finalités d'apprentissage



Pourquoi ce projet est-il nécessaire ?

L'accès à des soins primaires de proximité complets, globaux, continus et de qualité est un élément fondamental d'un système de soins de santé efficace. Les médecins de famille jouent un rôle de premier plan dans la prestation de ces soins au Canada. Les patients valorisent leur médecin de famille et déclarent invariablement qu'ils préfèrent les consulter pour leurs besoins en santé. Les données probantes illustrent qu'un **accès bien pensé** comprend l'accès à un médecin de famille et à une équipe qui connaissent le patient et qui peuvent offrir des soins coordonnés et personnalisés avec compassion³.

Bien que certains décideurs préfèrent concevoir les besoins des communautés en termes de soins primaires, secondaires et tertiaires, nous préférons axer notre contribution sur la proximité et la globalité. Cela signifie que nous nous engageons envers une personne, répondons à ses besoins où qu'elle soit en utilisant tous les moyens à notre disposition, y compris la collaboration et les technologies innovatrices⁴.

Le CMFC a comme engagement d'établir l'orientation de la médecine de famille afin d'améliorer la santé de toute la population canadienne -- en élaborant les normes de formation ; en accordant la certification et en soutenant les médecins de famille ; en favorisant la recherche et en faisant la promotion des intérêts de la discipline ; et en honorant la relation patient/médecin comme élément central de notre profession⁵.

La formation des résidents en médecine joue un rôle primordial dans la préparation des ressources humaines en santé.

Plus d'une décennie s'est écoulée depuis le dernier examen exhaustif ayant mené à une réforme de la formation en médecine de famille, qui, en 2010, avaient conduit au lancement du Coursus Triple C axé sur le développement des compétences (Cursus Triple C)⁶. Le lancement du Triple C a été suivi d'un processus national d'évaluation et d'amélioration des programmes⁷.

En tant qu'organisme national responsable de l'établissement des normes de formation en médecine de famille au Canada, le CMFC a lancé le Projet sur les finalités d'apprentissage pour veiller à ce que la formation des médecins de famille évolue conformément aux résultats du processus national d'évaluation des programmes et au rythme des besoins changeants de la société, tout en favorisant une meilleure prestation de soins à la population canadienne.

Réponse à un sentiment d'urgence

Les Canadiens et Canadiennes rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins. Trop souvent, ils ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin et font face à un système de plus en plus surchargé, complexe et fragmenté. Le Rapport de la Commission de vérité et

réconciliation⁸ publié en 2015 ainsi que les décès tragiques de Joyce Echaquan⁹ et George Floyd¹⁰ en 2020 nous obligent à reconnaître instamment l'impact de la colonisation, de l'esclavage et du racisme au Canada.

Des médecins de famille engagés à offrir des soins complets et globaux sont un élément clé de l'amélioration de l'accès, de la coordination et de la prestation des soins pour répondre à nos enjeux sociaux qui se font des plus pressants. Pourtant, les études nous indiquent que la portée de la pratique des médecins de famille est plus étroite et que, malgré l'augmentation du nombre de médecins de famille au Canada, leur répartition montre encore une tendance vers la pratique en milieu urbain.

Les médecins de famille prennent en charge des patients plus malades, qui présentent une plus grande complexité et plus de comorbidités.

Cela survient en pleine pandémie, et dans un contexte instable marqué par des bouleversements sociaux, de nouvelles technologies, des changements aux systèmes de santé et un taux élevé d'épuisement professionnel des médecins.

Par des améliorations pédagogiques, nous préparons des médecins de famille capables de lutter contre le racisme et de s'attaquer aux inégalités en santé.

S'inspirer du passé

Ce projet s'appuie sur des travaux antérieurs : il n'est que la prochaine étape dans notre parcours vers l'amélioration de la formation.

Depuis sa création en 1954, le CMFC persiste dans ses efforts visant à définir la médecine de famille en tant que spécialité unique en son genre, avec une expertise en généralisme¹¹. Les premiers objectifs de la formation axée sur le comportement en médecine de famille ont été définis en 1960. Ils appuyaient la création de programmes de formation de deux ans à l'échelle du pays et sont à la base du rôle de l'examen

de certification en médecine familiale, qui atteste des qualifications et de la compétence en fonction des normes¹². Vers le milieu des années 1980, le CMFC publiait les Quatre principes de la médecine familiale¹³, qui ont défini davantage l'éducation en médecine de famille en articulant clairement les valeurs qui sous-tendent notre identité professionnelle.

Avec le lancement du Cursus Triple C⁶ en 2010, le CMFC a révolutionné la formation : la médecine de famille s'était alors démarquée comme la première discipline à promouvoir l'approche par compétences en formation médicale à l'échelle nationale.

En définissant les compétences pour la discipline¹⁴ et une approche en formation qui met l'accent sur l'acquisition de compétences par l'évaluation programmatique^{15,16}, la médecine de famille a assumé une position de leader de l'innovation en éducation médicale.

Avec son objectif bien établi de former des diplômés capables et désireux de dispenser des soins complets et globaux à toute la population, dans toutes les régions du Canada, le Cursus Triple C représentait un engagement accru envers la responsabilité sociale¹⁷.

À l'époque, le CMFC avait aussi établi un processus d'évaluation centrée sur l'amélioration pour étudier la mise en œuvre et l'impact du Cursus Triple C⁷. Cela inclut la création et la mise en œuvre à l'échelle nationale du Sondage longitudinal sur la médecine familiale (SLMF). Mené à trois moments différents — début de la résidence, fin de la résidence et après trois ans de pratique — le SLMF recueille des données sur les expériences d'apprentissage des résidents, leurs intentions de pratique et les choix qu'ils ont faits.

Le Projet sur les finalités d'apprentissage utilise l'évaluation de la mise en œuvre du Cursus Triple C comme tremplin. Il effectue un suivi des résultats et les met de l'avant dans le cadre des recommandations actuelles.

Notre évaluation a démontré que le Cursus Triple C a amélioré les évaluations en milieu de travail. L'observation directe, accompagnée de rétroaction et de réflexions encadrées a permis d'instituer une médiation pédagogique précoce et davantage centrée sur l'apprenant^{18,19}. Le Triple C a cultivé un sen

timent d'appropriation de l'éducation, une identité professionnelle et un objectif commun; il a soulevé l'enthousiasme de la communauté des enseignants en médecine de famille²⁰.

Malgré ses succès, le Cursus Triple C ne semble pas nous avoir fait progresser vers l'atteinte de notre objectif concernant la responsabilité sociale. Les populations rurales et autochtones ainsi que les habitants des quartiers défavorisés des centres urbains sont toujours mal desservis, et ce, en raison de la mauvaise répartition des médecins de famille et de la tendance pour les diplômés de continuer d'adopter des champs de pratique et des intentions de carrière plus restreints²¹.

Nous avons aussi appris que lorsque le Cursus Triple C a été lancé, les programmes de résidence ne savaient pas exactement ce que l'on entendait par le concept de globalité des soins, surtout ce que l'on prévoyait que les diplômés allaient pouvoir accomplir dans le vaste champ de pratique de la médecine de famille. Ceci s'est traduit par un manque d'uniformité entre les programmes^{20,22,23}.

Le Projet sur les finalités d'apprentissage clarifie nos objectifs en matière de responsabilité sociale, définit la globalité des soins dans le cadre de la formation et réitère notre mandat, à savoir préparer des médecins de famille engagés à offrir des soins complets et globaux.

Nouvelles habiletés pour une société en changement

De nouvelles technologies, des avancées médicales et de nombreux changements sociétaux créent le besoin pour les médecins de famille de développer de nouvelles habiletés et des compétences avancées.

Nous avons recensé les tendances suivantes, qui ont toutes des répercussions pédagogiques et qui correspondent aux expériences rapportées par les pays de comparaison^{24,25} :

- Transition des soins secondaires vers le milieu communautaire — ce que l'on appelle parfois hôpital à domicile ou soins intermédiaires
- Une population vieillissante, qui présente plus de comorbidités et de maladies chroniques, un besoin accru en soins palliatifs, soins à domicile et soins dispensés dans des établissements de soins de longue durée
- La forte prévalence des troubles en santé mentale et en toxicomanies
- Des taux de survie au cancer plus élevés, la survie étant une condition plus courante prise en charge en soins primaires
- Un rôle plus prévalent en santé de la population et en soins préventifs
- Un rôle plus prévalent en coordination des soins, en conception et amélioration des services, en recherche et en éducation
- Une réduction des heures de travail des apprenants en raison d'une plus grande attention portée à la gestion des risques liés à la fatigue et au bien-être des médecins

Le Projet sur les finalités d'apprentissage améliore la formation des résidents afin de répondre aux nouveaux besoins sociétaux en soins de santé.



Quel est notre but ? Définir les finalités d'apprentissage

Définir la responsabilité sociale en médecine de famille

L'actuel paradigme de l'approche par compétences à la formation médicale met l'accent sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, définie par l'Organisation mondiale de la Santé en 1995 comme : « l'obligation d'orienter leurs activités d'éducation, de recherche et de services vers les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région ou du pays qu'elles ont le mandat de servir²⁶. »

Le Projet sur les finalités d'apprentissage accorde la priorité à la responsabilité sociale en tant que finalité d'apprentissage souhaitable en médecine de famille.

À quoi ressemble la responsabilité sociale dans la formation en médecine de famille au Canada ?

Dans le cadre de ce projet, un modèle logique (**figure 3**) a été créé pour faciliter notre réflexion sur cette question. Il cartographie la trajectoire de formation et définit les finalités d'apprentissages escomptées à chaque étape. Les modèles de pratique collectifs des médecins de famille ont un impact sur l'accès des patients, la santé de la population, l'efficacité/l'efficacités du système de santé et le bien-être des médecins — tous ces résultats sont dignes d'intérêt.

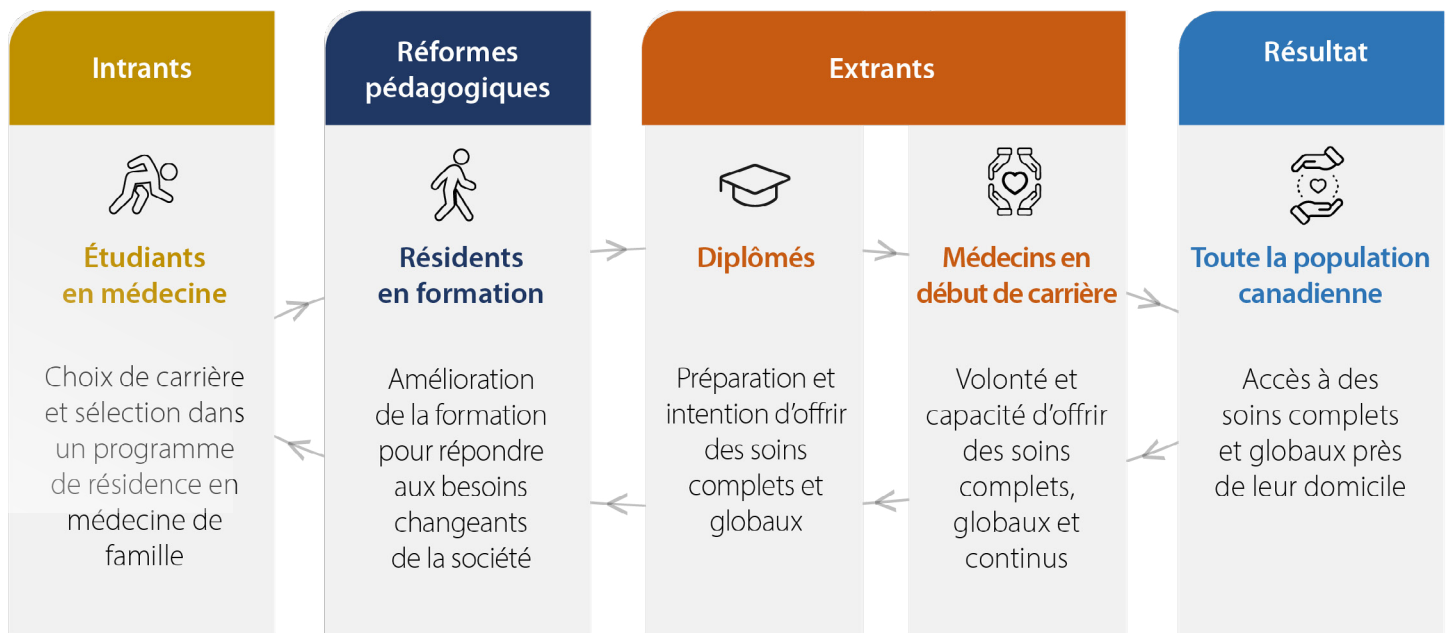
Ce modèle logique illustre les rôles respectifs et la synergie requise entre le CMFC et les partenaires universitaires pour atteindre les résultats escomptés.

Nous avons reconnu l'importance de la **préparation** à la pratique des diplômés pour favoriser l'adoption des soins complets et globaux et des soins plus complexes.

Le présent projet conceptualise la **préparation** à la pratique comme une combinaison de compétence, d'adaptabilité, de capacité, du concept de soi, de confiance et du sentiment d'efficacité personnelle. Nous souhaitons explorer comment l'éducation peut être conçue pour mieux soutenir la préparation des résidents et leur transition vers la pratique afin qu'ils réalisent leur potentiel exceptionnel et répondent aux besoins de la communauté.

Le modèle logique nous rappelle que beaucoup d'étapes et de facteurs influencent le choix de carrière des médecins de famille. La formation des résidents est l'un de ces facteurs importants, particulièrement à l'étape précoce et formative de la prise de décision concernant le choix de carrière. De plus en plus, nous reconnaissons que le milieu de pratique durant la formation et à la fin de la résidence exerce une influence importante sur le choix de carrière.

Faire en sorte de concevoir et mettre en œuvre le type de formation qui établit les liens entre l'éducation et l'amélioration de la pratique demeure une priorité pour le Projet sur les finalités d'apprentissage.



Préparer nos médecins de famille de demain

Les médecins sont préparés à la pratique et ont la volonté et la capacité d'offrir des soins complets et globaux en médecine de famille où qu'ils soient au Canada.

Figure 3. Modèle logique pour le changement — Solutions en éducation pour renforcer les soins de santé

Définir la globalité des soins dans la formation : Le Profil de formation pour la résidence

En 2017, le Conseil d'administration du CMFC déterminait qu'une meilleure définition de la médecine de famille, en particulier des soins complets et globaux, était requise pour mieux soutenir notre plaidoyer, d'où l'élaboration du *Profil professionnel en médecine de famille*²⁷. Publié en 2018, ce document présente les contributions, les compétences et les engagements collectifs des médecins de famille envers la prestation de soins de grande portée, complets et globaux, à la population canadienne. Selon le Profil professionnel, la globalité des soins est assurée dans des modèles de pratique collaborative, tel que celui décrit dans la vision du Centre de médecine de famille²⁸ du CMFC.

Le Profil professionnel est la base sur laquelle repose le Profil de formation pour la résidence², qui a été élaboré dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage et publié en 2021.

Le Profil de formation donne un aperçu détaillé de la pratique — actuelle et future — pour laquelle les résidents sont préparés, et il met l'accent sur l'adaptabilité et la capacité de combattre le racisme et d'améliorer l'équité en santé.

Ensemble, le Profil professionnel et le Profil de formation expliquent ce que nous faisons en tant que médecins de famille et présentent l'étendue de la formation et de la pratique voulue en médecine de famille.

Le Profil de formation a été rédigé à l'aide de méthodes de recherche sur le terrain et de vastes consultations au près de nos principaux intervenants, ainsi que de groupes d'experts. Ce travail a été abordé sous différents angles,

y compris celui de la responsabilité sociale, l'équité en santé et celui des nouvelles tendances en santé.

Des dirigeants en éducation, des étudiants en médecine et des résidents ont été consultés tout au long

de l'élaboration du Profil de formation afin d'évaluer les attentes définies et de comprendre leurs répercussions pour les programmes de résidence. Nous voulions établir un équilibre entre la réalité et les perspectives ambitieuses des objectifs de la formation.

L'élaboration du Profil de formation s'est appuyée sur les sources de données probantes et les méthodes d'enquête suivantes :

- Recherche sur le terrain et analyse du travail des médecins de famille pour générer les exposés narratifs sur la pratique qui forment la base du Profil de formation
 - Échantillons représentatifs
 - Quarante ateliers d'écriture qui ont réuni 346 participants
- Élaboration et validation du contenu au moyen de consultations auprès de groupes d'experts
 - Plus de 70 consultations avec des groupes de médecins, d'éducateurs et d'apprenants, de comités et de partenaires externes
- Élaboration, triangulation et harmonisation des Activités professionnelles de base du Profil de formation avec des sources secondaires
 - Schématisation et harmonisation avec les référentiels existants
 - Activités de validation ciblées avec les comités du CMFC, les organisations partenaires et les experts en évaluation et en systèmes de santé
 - Revalidation des habiletés techniques en médecine familiale²
- Analyse de l'environnement et consultation avec la direction des départements de médecine de famille et des programmes d'études postdoctorales concernant l'état actuel de la formation et la capacité d'accomplir ce qui est défini dans le Profil de formation
 - Plusieurs activités avec les intervenants, y compris une séance de réflexion des leaders réunissant 200 participants provenant des universités partenaires et des comités du CMFC

Retour sur terre

Dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage, nous avons mené de vastes consultations auprès de la direction des programmes, des médecins de famille et des résidents pour brosser un portrait de l'état actuel de la formation des résidents en médecine de famille. Ces consultations ont généré une panoplie d'observations importantes basées sur la réalité, des aspirations, des critiques et des suggestions. Bien qu'un compte rendu complet de ces consultations dépasse le cadre de ce rapport, une partie des commentaires recueillis est présentée dans cette section.

Les attentes présentées dans le Profil de formation² reçoivent, en principe, un bon appui des leaders pédagogiques.

Cela dit, tout au long des consultations, l'on a exprimé de sérieuses préoccupations concernant la capacité de former des médecins de famille dans les programmes de résidence en médecine de famille. Les répondants estimaient que le programme d'études est déjà complet et qu'il est de plus en plus difficile de suivre le rythme des avancées médicales et des priorités émergentes en santé.

Un défi de taille pour les programmes est d'assurer que la compétence **et** la confiance des apprenants soient assurées dans la dispensation des soins complets et globaux. Les résidents et les directeurs de programme ont indiqué qu'il faut plus de temps de formation pour consolider les compétences dans certains domaines. Les capacités et les ressources pédagogiques sont déjà sous pression en raison de l'augmentation du nombre de places en résidence à la grandeur du pays.

Les directeurs et directrices de programmes déclarent que l'enseignement des soins à domicile, des soins

de longue durée et des soins palliatifs leur pose déjà des défis chroniques dans les régions où les médecins de famille n'incluent pas ces soins dans leur champ d'exercice et/ou lorsque les modèles de pratique ne soutiennent pas ces dimensions des soins complets et globaux. Lors de nos réflexions sur l'amélioration des programmes d'études, on nous a encouragés à prioriser le soutien de la pratique clinique des superviseurs et des efforts de réforme du système de santé comme stratégie pédagogique.

Les directeurs et directrices de programmes de compétences avancées ont réclamé de l'aide pour adapter leurs programmes à l'approche par compétences et aux attentes présentées dans le Profil de formation. Ils disposent de certaines ressources, au niveau local, mais ils demandent l'aide du CMFC.

Le Profil de formation pour les programmes de compétences avancées souligne que, pour répondre aux besoins de la communauté dans les domaines prioritaires, il est important pour des médecins de famille détenteurs d'un CCA d'occuper des postes de leaders dans les systèmes de santé.

D'où l'importance des voies d'admissibilité par la voie de la pratique pour permettre aux médecins d'acquérir des compétences avancées après leur début dans la pratique, lorsqu'ils auront eu l'occasion de se familiariser avec les besoins de leur communauté. La disponibilité de possibilités de formation plus poussée après le début de la pratique est un défi de taille. Un sondage informel mené auprès des programmes de résidence en médecine de famille sur les possibilités d'un retour en formation par province/territoire révèle qu'il n'y a pas d'approche universelle au pays, ce qui limite notre capacité à vraiment s'adapter aux besoins des communautés.



Où en sommes-nous ?

Regard sur l'état actuel de la formation en médecine de famille

Jeter un regard critique sur la formation actuelle ne remet **aucunement** en question la qualité des programmes de résidence. Plutôt, cette démarche s'inscrit dans un esprit d'amélioration et d'apprentissage continu et tente d'éclairer le processus d'établissement des normes de formation du CMFC.

Nous avons consulté des données pertinentes compte tenu des attentes présentées dans le Profil de formation et examiné les perceptions des diplômés quant à leur état de préparation à la pratique, leurs intentions de pratique et les choix qu'ils ont faits après trois années de pratique. Une analyse environnementale et une revue de la littérature à portée internationale ont examiné la durée optimale de la formation et la conception du cursus des programmes de résidence en médecine de famille dans des pays comparables. Nous avons examiné des sources de données qui décrivent le nombre, la distribution et la portée de la pratique des médecins de famille au Canada. Au moyen d'entrevues avec des groupes de concertation, nous avons étudié les perceptions, les intentions et les choix de pratique des médecins en début de pratique. Enfin, nous avons effectué des revues rapides de littérature pour comprendre les premières répercussions de la COVID-19 sur les compé-

tences en médecine de famille et les conséquences pour le programme d'études.

Voici la liste complète des thèmes de recherche, pour lesquels nous avons préparé des synthèses des données probantes^{24,25,28-35} :

1. État actuel des données quantitatives disponibles pour examiner le travail des médecins de famille au Canada
2. Survol de la définition de la préparation à la pratique
3. Portrait de la préparation à la pratique selon les données du Sondage longitudinal en médecine familiale
4. Comparaison des intentions d'offrir des soins complets et globaux en médecine de famille avec la pratique réelle
5. Examen du nombre de médecins de famille et de diplômés en médecine de famille recensés au Canada
6. Comprendre les tendances de répartition et de mobilité des médecins de famille
7. Portée de la pratique des médecins de famille au Canada

8. Facteurs qui influencent les choix de pratique des médecins de famille en début de carrière
9. Comparaison internationale de la durée, de la portée et la conception de la formation en résidence en médecine de famille
10. Répercussions de la COVID-19 sur les compétences en médecine de famille et la conception pédagogique
11. Durée optimale de la formation des résidents en médecine de famille

Pour lire les synthèses des données probantes par sujet de recherche, voir <https://www.cfpc.ca/releveMF>.

Ce que nous avons appris

Les faits saillants de ce que nous avons appris dans le cadre de notre processus de recherche sur l'état actuel de la formation des résidents au Canada, y compris une comparaison internationale, sont résumés ci-après.

Définir la préparation à la pratique^{6,15,30,31,36}

Au moment du lancement du Cours Triple C en 2010, l'on supposait qu'un diplômé qui maîtrisait la compétence était prêt à la pratique. Des objectifs d'évaluation avaient été élaborés pour définir la compétence aux fins de la certification; ceci faisait de la compétence l'objectif premier de la formation des résidents.

Cependant, dix ans après l'introduction de l'approche par compétences en éducation médicale, nous avons constaté que, même s'ils étaient compétents, les résidents

étaient de plus en plus nombreux à suivre des formations en compétences avancées, en invoquant un manque de confiance et le besoin de consolider leurs habiletés comme motifs les plus courants pour obtenir de la formation supplémentaire.

Par l'intermédiaire du Projet sur les finalités d'apprentissage, nous avons donc réexaminé le concept de **préparation** afin de mieux comprendre comment mieux inculquer un sentiment de préparation et soutenir les diplômés lors de la transition vers la prestation de soins complets et globaux en médecine de famille.

Une revue rapide de la littérature a révélé que la préparation à la pratique peut être comprise comme une combinaison de compétence, d'adaptabilité et de capacité, étroitement liées à la confiance, au concept de soi et au sentiment d'efficacité personnelle.

La confiance est la perception subjective de ses compétences ou la conviction personnelle en ses capacités à accomplir une tâche précise. Le concept de soi désigne la capacité d'une personne à tirer des conclusions générales sur ses compétences ou ses connaissances dans certains domaines, et l'efficacité personnelle est la capacité pour une personne de croire qu'elle est capable d'accomplir certaines tâches. L'adaptabilité est perçue comme la capacité d'une personne d'appliquer ses compétences dans de nouveaux contextes ou dans des situations inconnues ou incertaines.

Ces renseignements introduisent donc l'idée que la compétence à elle seule n'équivaut pas forcément à la préparation à la pratique.

Si la préparation est un résultat escompté, la formation des résidents doit alors être conçue de manière à atteindre ce but.



Figure 4. Définir l'état de préparation à la pratique de médecine de famille

Tendances de pratique des diplômés^{27,29,31-35}

› Limites des données

Les données dont nous disposons pour décrire le travail des médecins de famille au Canada sont incomplètes. La terminologie n'est pas uniforme et il existe des limites notables quant à l'utilité et la comparabilité des données. Le Profil professionnel décrit la globalité des soins en médecine de famille et présente une occasion de standardiser les descripteurs utilisés pour définir le travail des médecins de famille. Dorénavant, si nous souhaitons analyser les tendances et l'impact et l'exercice de la médecine de famille, l'on va devoir investir dans la production de données pertinentes puis tenter d'améliorer leur disponibilité. Nous présentons nos constats en gardant ces limites à l'esprit.

› Nombre, répartition et portée de la pratique des diplômés

Le nombre, la répartition et la portée de la pratique des nouveaux diplômés sont d'intérêt non seulement pour le CMFC, mais aussi pour les planificateurs de l'effectif médical, les universités, les gouvernements et le grand public.

Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, le nombre de diplômés canadiens en médecine de famille n'a cessé d'augmenter au cours des 15 dernières années, en raison de l'expansion des programmes de résidence. Il est important de souligner que jusqu'à 61 pour cent des diplômés issus des programmes de résidence en milieu rural travaillent dans des milieux ruraux, ce qui appuie l'importance de la formation médicale délocalisée.

Les données provenant du SLMF montrent que seulement environ 50 pour cent des médecins de famille en début de carrière déclarent prodiguer des soins complets et globaux dans au moins deux types de milieux cliniques

(p. ex., cabinet, hôpital, autre). Moins de 50 pour cent ont déclaré prodiguer des soins intrapartum, des interventions cliniques en milieu hospitalier et/ou des soins aux populations marginalisées et défavorisées. Un peu plus de 25 pour cent déclarent travailler dans une pratique ciblée. Selon les données de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), la proportion des médecins travaillant comme médecins de famille ou médecins généralistes qui offrent des soins en obstétrique, en anesthésie, en chirurgie et en service d'urgence a diminué au cours des 12 dernières années.

Cette même source de données indique qu'entre 20 et 30 pour cent de ceux et celles qui s'identifient comme médecins de famille/médecins généralistes en milieu rural offrent une gamme plus large de services (y compris des soins en obstétrique, en chirurgie, en anesthésie et au service d'urgence) dans le cadre de leur travail.

Qu'est-ce qui influence les choix de pratique des diplômés^{31,32,36}

Le SLMF a comparé les intentions de pratique des diplômés en médecine de famille à la fin de la résidence aux choix de pratique de médecins après trois années de pratique. Les données recueillies indiquent une diminution statistiquement significative des choix de pratique actuels par rapport aux intentions de pratique pour ce qui est des soins dans les établissements de soins de longue durée, dans les communautés rurales et dans les services d'urgence, ainsi qu'à l'égard de la prestation de soins intrapartum et de soins auprès des populations autochtones. Le manque d'intérêt personnel était la principale raison invoquée. La perception d'un manque de compétences et de confiance a aussi joué un rôle dans la décision de ne pas prodiguer de soins intrapartum, de soins en services d'urgence, de interventions cliniques en milieu hospitalier et de soins à l'hôpital.

Des facteurs systémiques, organisationnels et personnels semblent exercer une influence significative sur ces choix. Les données provenant de nos SLMF indiquent que les diplômés ont une

préférence marquée pour la pratique en groupe, au sein d'équipes interprofessionnelles.

Par contre, les rapports préliminaires des groupes de discussion composés de médecins de famille en début de carrière indiquent qu'ils sont frustrés par l'absence de ces modèles de pratique pendant leur formation, ce qui limite potentiellement leur capacité d'offrir des soins complets et globaux, particulièrement auprès de personnes atteintes de maladies chroniques ou de problèmes de santé plus complexes.

› Intérêts professionnels des étudiants en médecine

Les intérêts professionnels des étudiants en médecine qui commencent la résidence sont un facteur important qui explique la tendance vers des champs de pratique plus restreints. Les constats issus des SLMF indiquent qu'environ 30 pour cent des étudiants en médecine qui commencent la résidence ont l'intention de travailler dans une pratique ciblée. Cette observation suscite un regain d'intérêt pour le choix de résidence et pour l'importance de considérer les influences qui existent dans les programmes d'études prédoctorales, ainsi que l'exposition des apprenants à la médecine de famille pendant leur formation. Ces facteurs ont une incidence sur l'intérêt des étudiants pour les soins complets et globaux et la pratique de type généraliste en médecine de famille.

› Perceptions des diplômés de l'état de leur préparation

Alors que la plupart des résidents et des médecins en début de carrière disent qu'ils se sentent prêts à offrir des soins complets et globaux dans un cabinet de soins primaires, la plupart déclarent invariablement avoir été peu ou très peu exposés aux interventions cliniques en milieu hospitalier, aux soins à domicile et aux soins de longue durée, ou à la prestation de soins aux populations autochtones et autres populations mal desservies.

De ce fait, moins de la moitié des répondants déclarent qu'ils effectueront probablement des interventions cliniques en milieu hospitalier, qu'ils offriront probablement des soins intrapartum, des soins en

établissement de soins de longue durée ou des soins de première ligne auprès de populations autochtones et autres populations mal desservies.

Ceci illustre la présence de possibles lacunes dans la formation et met au clair des éléments à améliorer, surtout si nous espérons aborder les questions liées à l'équité en santé, à l'antiracisme et aux besoins d'une population vieillissante.

Les médecins de famille en début de carrière qui ont pris part aux groupes de discussion, réitèrent que les soins de courte durée et les interventions cliniques sont des dimensions de la pratique pour lesquelles ils se sentent souvent moins prêts et pour lesquelles ils sont ouverts à des possibilités de consolider leurs compétences.

Durée de la formation en médecine de famille ^{2,24,25,27}

L'équipe du Projet sur les finalités d'apprentissage a effectué un vaste travail de recherche qualitative sur le terrain, notamment au moyen d'ateliers d'écriture où l'on demandait à des médecins de famille d'expliquer leur travail, ainsi que de groupes de discussion basés sur la pratique réunissant des médecins de famille en début de carrière. Bien qu'il soit impossible d'inclure dans ce rapport toutes les idées proposées lors de ces ateliers et groupes de discussion, nous avons pris ces renseignements en compte pour compiler les observations de la présente section.



Préparer nos médecins de famille de demain

Ils ont la **volonté** et la **capacité** d'offrir des soins complets et globaux en médecine de famille où qu'ils soient au Canada.

Figure 5. Facteurs qui influencent les choix de pratique en médecine de famille

La durée de la formation des résidents en médecine de famille suscite depuis toujours des débats au Canada et dans le monde, et le Projet sur les finalités d'apprentissage a ranimé ces discussions. Nous avons examiné la durée optimale de la formation sous plusieurs angles, y compris au moyen d'une revue de la littérature et d'une analyse du contexte international dans des pays comparables, et en tenant des consultations avec des intervenants en éducation au Canada.

Dans le paradigme de l'approche par compétences en formation médicale, la durée de la formation est considérée comme une ressource et non comme un déterminant de la compétence. C'est donc dans cette perspective que nous avons abordé cette question.

➤ Durée optimale de la formation des résidents en médecine de famille — revue de la littérature

Il existe peu de données pour nous aider à formuler des conclusions concernant la durée optimale de la formation. La plupart des données proviennent du projet de recherche américain P4 (*Preparing the Personal Physician for*

Practice). Par contre, la conception de l'étude a limité les conclusions que l'on aurait pu tirer concernant la durée optimale de la formation. Comparés aux diplômés inscrits dans des programmes de formation standard, ceux qui avaient été exposés à une formation prolongée obtenaient un score légèrement plus élevé pour la portée de la pratique et étaient plus susceptibles d'inclure les soins de courte durée/en milieu hospitalier ainsi que les interventions cliniques dans leur pratique. Conclusion intéressante pour nous au Canada : les programmes P4 qui exposaient déjà leurs résidents à un champ de pratique élargi, même sans la prolongation à quatre ans de la durée de la formation, produisent des diplômés qui sont plus susceptibles d'offrir des soins aux adultes hospitalisés, des soins intrapartum et des soins dans des établissements de soins de longue durée. Même si l'on craignait au départ qu'une formation prolongée ne fasse diminuer l'intérêt des étudiants et/ou les taux de jumelage, nous avons en fait observé l'effet contraire, soit une augmentation du nombre d'inscriptions et de jumelages pour les programmes participants. Les étudiants en médecine qui souhaitent participer à une formation prolongée ont déclaré des intentions d'exercer dans un champ de pratique élargi, y compris en milieu hospitalier et dans d'autres dimensions de la pratique, comme la médecine universitaire et le leadership.

› Comparaison internationale de la formation des résidents en médecine de famille

De tous les programmes de médecine de famille des pays analysés, la formation de deux ans pour la résidence en médecine de famille offerte au Canada est la plus courte.

Tous les autres pays analysés offrent des programmes de trois ou quatre ans, et certains d'entre eux envisagent sérieusement de prolonger la durée actuelle de leurs programmes.

L'Australie, l'Irlande, le Royaume-Uni et les États-Unis ont été choisis pour cette analyse, étant donné que ces quatre pays ont établi des voies d'admissibilité par la pratique internationale pour la certification en médecine de famille au Canada, selon une évaluation menée en 2010. La Nouvelle-Zélande a choisi de ne pas

participer à ce volet de certification, mais comme elle a été jugée comparable, elle a également été incluse dans l'analyse. En Australie, deux organismes octroient la certification — l'Australian Medical Council et l'Australian College of Rural and Remote Medicine. Ceci est pertinent pour notre examen de l'étendue et la durée de la formation. En ce qui concerne la formation complémentaire au-delà du programme de résidence de base, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande n'offrent pas de programmes de formation en compétences avancées à l'heure actuelle (**tableau 1**).

La comparaison de la durée de la formation est plus significative lorsqu'elle est mise en contexte avec la portée de la formation et les domaines cliniques décrits dans le Profil de formation pour la résidence du CMFC (**tableau 2**). Dans les pays comparables, la plus grande variabilité dans la portée de la formation a été constatée dans les soins d'urgence, les soins hospitaliers et les soins intrapartum. Dans de nombreux pays, ces domaines ne relèvent pas du champ de pratique des médecins de famille. L'étendue de la formation au Canada n'est égalée que par celle des États-Unis et du volet rural de l'Australie.

› Durée optimale de la résidence en médecine de famille au Canada — réactions des intervenants

La durée de la formation des résidents en médecine de famille est l'un des enjeux les plus importants du Projet sur les finalités d'apprentissage. Par conséquent, elle était un thème fondamental des consultations avec les directeurs et les directrices de programme, les médecins de famille et les résidents. Étant donné la quantité de commentaires, d'idées et d'observations recueillis dans le cadre de ces consultations, la plupart de ces données ne sont pas publiées. Cependant, celles-ci font partie du corpus de données probantes qui ont été considérées dans cette section.

Les consultations menées auprès des leaders des programmes universitaires de médecine de famille ont indiqué qu'il faut prolonger la durée de la formation. Toutefois, ceci est mitigé par des préoccupations entourant les ressources, une lassitude face au changement, les coûts de renonciation et l'importance

Tableau 1. Comparaison internationale de la durée et des trajectoires de la formation en médecine de famille

Pays	Organisme d'agrément	Organisme de certification	Année de début du programme	Durée du programme de base en médecine de famille	Formation en compétences avancées
Canada	Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)	CMFC	1 ^{re} année de résidence (R1)	2 ans	Oui : Compétences avancées en troisième année, Certificats de compétence additionnelle
Australie (pratique générale)	Australian Medical Council	Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)	2 ^e année de résidence (R2)	3 ans	Oui : Formation en compétences avancées en milieu rural
Australie (pratique rurale)	Australian Medical Council	Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)	R2	4 ans	Oui : Formation spécialisée avancée
Irlande	Irish Medical Council	Irish College of General Practitioners	R1	4 ans	Non
Nouvelle-Zélande	Royal New Zealand College of General Practitioners	Royal New Zealand College of General Practitioners	R2	3 ans	Non
Royaume-Uni	General Medicine Council	Royal College of General Practitioners	R2	3 ans	Oui : Médecins généralistes aux rôles élargis
États-Unis	Accreditation Council for Graduate Medical Education	American Board of Family Medicine	R1	3 ans	Oui : Certificat de qualifications supplémentaires

Tableau 2. Comparaison internationale de l'étendue de la formation clinique en médecine de famille

Pays	Soins primaires	Soins d'urgence	Soins à domicile et soins de longue durée	Soins en milieu hospitalier	Soins de maternité et de périnatalité	Soins intrapartum
Canada	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Australie (pratique générale)	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Australie (pratique en milieu rural)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Irlande	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Nouvelle-Zélande	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Royaume-Uni	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
États-Unis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

d'accorder la priorité au généraliste plutôt qu'aux intérêts ciblés de nombreux résidents. Même si l'idée d'une prolongation de la formation aussi souple et personnalisée est populaire auprès des résidents et des médecins en début de carrière, et qu'elle est intéressante au plan pédagogique dans le paradigme de l'approche par compétences en formation médicale, les directeurs et les directrices de programme s'interrogeaient sur sa faisabilité administrative et sur leur capacité à maintenir la rigueur et le contrôle du programme d'études. On nous a aussi fait part de craintes quant à un possible risque que la prolongation de la formation amplifie la tendance vers la pratique ciblée, selon l'utilisation qui serait faite du temps supplémentaire.

La réaction des groupes d'apprenants était partagée. Les résidents et les médecins en début de carrière préfèrent la prolongation de la formation souple et personnalisée, mais les étudiants en médecine préfèrent le statu quo, car ils s'inquiètent du fardeau d'endettement. Toutefois, de nombreux étudiants en médecine que nous avons consultés voyaient d'un bon œil «l'année

additionnelle» de formation en compétences avancées, ce qui semble contredire leur hésitation face à la prolongation de la formation. Cette observation appuie nos conclusions selon lesquelles une importante proportion d'étudiants en médecine débute la résidence en médecine de famille avec l'intention d'entreprendre une pratique ciblée. Un bon nombre d'étudiants et de résidents à qui nous avons parlé ne considèrent pas que la formation de base les prépare adéquatement à la prestation de toute la gamme de soins au-delà des soins primaires dispensés en cabinet.

Des discussions avec d'autres hauts dirigeants universitaires sur le Projet sur finalités d'apprentissage, et pour jauger la réaction initiale face à la possibilité de prolonger la formation, ont révélé d'importantes préoccupations concernant les implications sur le plan des ressources. On nous a informés que le mandat de responsabilité sociale est primordial et que les changements apportés à la formation doivent clairement aborder les préoccupations liées à l'accès communautaire et à l'équité en santé.



Des solutions en éducation

Recommandations du Projet sur les finalités d'apprentissage

Le CMFC présente les recommandations qui s'appuient sur des données probantes pour encadrer et pour améliorer la formation des résidents en médecine de famille afin de contribuer à l'objectif final : améliorer l'accès et l'équité ainsi que la capacité de s'adapter à l'évolution des besoins sociétaux et des rôles du système de santé.

Les recommandations ont été élaborées en évaluant les meilleures façons d'atteindre les objectifs de la formation définis dans le Profil de formation pour la résidence⁸, tout en définissant les possibles risques et en les atténuant. Elles sont destinées à un public interne afin de guider les efforts de plaidoyer du CMFC et son travail dans l'établissement des normes, et à un public externe afin d'aider les universités à offrir la formation en résidence en médecine de famille.

Notons surtout la recommandation d'augmenter la durée de la formation en médecine de famille à trois ans par rapport aux programmes actuels de deux ans.

Aucun changement à l'agrément des programmes de résidence par le CMFC ou aux normes de certification n'aura lieu avant au moins cinq ans (2027).

Nous reconnaissons que cette recommandation a d'importantes implications en matière de ressources et peut potentiellement avoir de grandes répercussions. Elle exige une approche de gestion du changement mesurée et une collaboration intersectorielle qui implique les gouvernements, les universités et les organismes de réglementation. Nous voulons fournir un préavis adéquat aux étudiants en médecine et mobiliser les ressources requises pour permettre aux programmes de résidence de respecter ces nouvelles exigences. Nous voulons stimuler l'innovation pédagogique liée à la réforme du système de santé comme moyen de faire progresser le processus de changement.

RECOMMANDATION 1 : QUE le CMFC approuve l'utilisation du Profil de formation pour la résidence en médecine de famille, ET prenne les mesures de soutien suivantes :

1.1 Explorer la mise en œuvre d'une durée de formation standard de trois ans pour améliorer la préparation à la pratique et favoriser l'élargissement du champ de pratique, tel que le définit le Profil de formation pour la résidence, afin de mieux répondre aux besoins des communautés

Cette recommandation sera appliquée graduellement, sur une période d'au moins cinq ans, afin d'assurer une bonne planification et une gestion adéquate du changement :

1.1.1 Mettre sur pied un groupe de travail sur la durée de la formation composé d'intervenants clés, pour dresser un plan de mise en œuvre qui comprendra la faisabilité, les ressources et la planification du système de santé; la conception des programmes d'études en résidence et l'innovation; la communication et le plaidoyer.

1.1.2 Dans le cadre du plan de mise en œuvre, encourager la création et la mise à l'essai de modèles de formation prolongée, et promouvoir l'innovation pédagogique en collaboration avec les universités

1.1.3 Dans le cadre du plan de mise en œuvre, créer une stratégie pédagogique axée sur la transition vers la pratique et le mentorat pour les médecins en début de carrière

1.1.4 En même temps que le développement du plan de mise en œuvre élaboré par le groupe de travail, adapter les normes de certification et d'agrément des programmes de résidence pour refléter les attentes du Profil de formation pour la résidence et une durée de formation plus longue

1.2 Créer une série d'activités d'érudition pour mieux comprendre et mieux définir l'expertise généraliste et la préparation à la pratique

1.3 Établir des mesures de soutien pour le groupe de travail national des directeurs de programmes en médecine de famille sur la sélection, et travailler en partenariat pour améliorer les moyens d'attirer et de sélectionner les personnes qui s'intéressent à la prestation de soins complets et globaux, et qui sont capables d'offrir ces soins

RECOMMANDATION 2 : QUE le CMFC approuve l'utilisation du Profil de formation pour la résidence dans les programmes de compétences avancées de catégorie 1, ET prenne les mesures de soutien suivantes :

2.1 En partenariat avec les programmes universitaires, aider les directeurs de programme de compétences avancées à mettre en œuvre le Profil de formation pour la résidence (y compris le perfectionnement professoral), en association avec le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences

2.2 Travailler avec les programmes de résidence et les départements de médecine de famille universitaires pour prioriser le développement du leadership et le rôle que jouent les médecins de famille avec des compétences avancées pour augmenter la capacité à offrir des soins complets et globaux

2.3 Mettre en œuvre une voie d'admissibilité par la pratique aux CCA pour favoriser le développement de compétences avancées en médecine de famille et en leadership dans la pratique

2.4 Créer et promouvoir des occasions de retour à la formation pour aider de façon efficace les médecins de famille en exercice à obtenir de la formation en compétences avancées et répondre aux besoins de leurs communautés

2.5 Revoir et réviser les normes d'agrément conformément aux objectifs de formation présentés dans le Profil de formation pour la résidence accorder un délai raisonnable pour permettre l'adaptation et le perfectionnement professoral

Renforcement des capacités d'étudier les finalités d'apprentissage

RECOMMANDATION 3 : QUE le CMFC établisse un cycle régulier d'évaluation pédagogique qui mettrait l'accent sur les finalités d'apprentissage, ET prenne les mesures de soutien suivantes :

- 3.1** Commander l'élaboration d'un plan d'évaluation des programmes pour déterminer le niveau d'adoption du Profil de formation pour la résidence et son influence sur les tendances de pratique des diplômés, comme mesure de la responsabilité sociale
- 3.2** Réunir un groupe d'experts sur l'évaluation des programmes pour créer un cadre de mesure et aider à analyser les observations concernant les résultats et finalités d'apprentissage
- 3.3** Recueillir des données pertinentes sur la pratique des médecins de famille, entre autres au moyen de sondages, dans le cadre d'un engagement national pour soutenir la recherche sur la médecine de famille au Canada
- 3.4** Développer un entrepôt de données du CMFC pour améliorer la gérance et l'analyse de données et leur couplage avec celles d'autres sources pancanadiennes
- 3.5** En collaboration avec des organisations partenaires et instituts de recherche sur les services de santé, établir un consensus sur la façon de décrire et d'étudier le travail des médecins de famille au Canada
- 3.6** Établir et soutenir un programme de recherche ciblant le CMFC pour étudier les questions qui touchent l'éducation et la pratique concernant l'adoption des rôles des médecins de famille et leur impact sur le système de soins de santé

Réflexion sur les écarts et les tendances qui nécessitent des solutions en éducation

RECOMMANDATION 4 : QUE le CMFC établisse un cycle régulier d'amélioration pédagogique et, en partenariat avec les programmes de résidence, se penche sur les défis, les lacunes et les importants sujets émergents qui ont été identifiés, ET prenne les mesures de soutien suivantes :

- 4.1** En collaboration avec les programmes de résidence, dégager des stratégies pour améliorer l'éducation et la pratique concernant des thèmes émergents, et pour relever les défis qui persistent en éducation
Priorités actuelles, basées sur les conclusions du Projet sur les finalités d'apprentissage et conformément aux Activités professionnelles de base en médecine de famille :
 - Soins à domicile et soins de longue durée
 - Addictions et santé mentale
 - Santé autochtone
 - Équité en santé et antiracisme
 - Soins virtuels et technologies informatiques en santé
- 4.2** Promouvoir le développement professoral afin de renforcer le leadership, le plaidoyer et l'érudition définis dans le Profil de formation pour la résidence pour les programmes de base et de compétences avancées



Planifier l'avenir

La réforme pédagogique en médecine de famille et la réforme des soins de santé sont deux initiatives fort complexes. Le temps est venu de regrouper nos efforts — nous lançons ici un appel à l'action. Le CMFC a une vision de ce à quoi cela devrait ressembler. Cette vision est basée sur les données probantes recueillies dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage et celles qui soutiennent le Centre de médecine de famille²⁸. Ces données forment un ensemble de principes pour la prestation efficace des soins primaires par des équipes interprofessionnelles.

Cette transformation ne peut se faire en vase clos. Elle exige une vision partagée, une détermination et une puissante coalition de plusieurs groupes partenaires.

En réponse aux recommandations, le CMFC formera un **groupe de travail sur l'éducation** qui orientera l'élaboration d'un programme d'études de trois ans et la formation en compétences avancées basée sur le Profil de formation pour la résidence, et dirigera les efforts de plaidoyer afin d'obtenir les ressources

requis pour prolonger la formation. Un groupe de travail **pour réviser et étudier les examens** a été établi. Avec le groupe de travail sur l'éducation, il travaillera à intégrer le Profil de formation pour la résidence dans les approches actuelles et à venir en évaluation, y compris les examens de certification en médecine familiale. Le CMFC entamera un **dialogue pancanadien** entre intervenants afin de créer une coalition et un engagement envers le changement (**figure 6**). Nous demanderons du financement afin d'encourager les **projets d'innovation et d'évaluation** et de présenter une validation de concepts sur la façon d'harmoniser l'éducation et la réforme en santé dans le but d'améliorer l'accès aux soins. Le CMFC jouera le rôle de catalyseur dans ce processus.

En collaboration avec le Comité sur l'agrément et les comités sur **l'établissement des normes de certification**, le CMFC commencera à étudier des changements requis pour soutenir les objectifs décrits dans le Profil de formation pour la résidence.

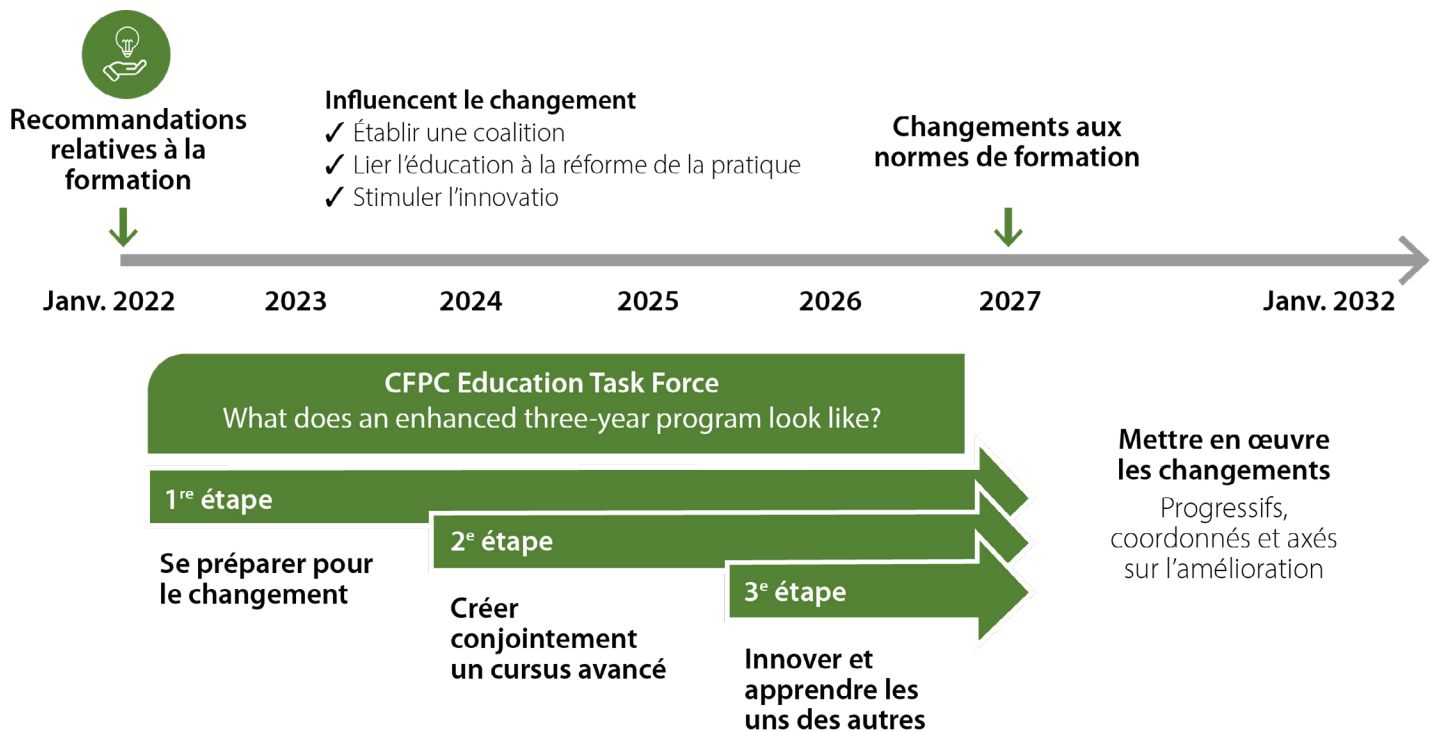


Figure 6. Créer les conditions pour le changement

Et voilà. Les prochaines étapes du CMFC en matière d'éducation porteront sur la durée, l'étendue et le contenu de la formation des résidents en médecine de famille, dans un contexte plus large menant à la responsabilité sociale, où toute la population canadienne a un lien avec un médecin de famille, qui travaille dans une équipe interprofessionnelle afin de leur fournir un accès à des soins de proximité, complets et globaux.

Le renouvellement continu de l'éducation médicale est nécessaire, mais ne suffit pas à lui seul pour transformer la prestation des soins de santé au pays. Il doit être accompagné de politiques et de modèles de rémunération qui appuient la prestation de soins complets et globaux — une grande portée de la pratique en médecine de famille — plutôt que d'encourager des soins épisodiques. C'est une tâche colossale, et le temps est venu de s'y attaquer.

Références

- 1 McWhinney IR. *A call to heal. Reflections on a life in family medicine*. Regina, SK: Benchmark Press; 2012.
- 2 Fowler N, Wyman R, éd. *Profil de formation pour la résidence en médecine de famille et les programmes de compétences avancées menant aux Certificats de compétence additionnelle*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/pfr>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 3 Collège des médecins de famille du Canada. *Énoncé de position : Renforcer les soins de santé—L'accès bien pensé*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021. Dans : https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Prestation-des-soins-de-sant%C3%A9/Access-Done-Right_FRE_Final.pdf. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 4 Beaulieu MD. *The perils and the promise of proximity: Dr Ian McWhinney Lecture*. *Can Fam Physician*. 2016;62(12):964-968.
- 5 Collège des médecins de famille du Canada. *Plan stratégique révisé de 2017 à 2022 du CMFC*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/CFPCStratPlan-RevJUNE2021-FRE.pdf>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 6 Collège des médecins de famille du Canada. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences*. Dans : <https://www.cfpc.ca/fr/education-professional-development/educational-frameworks-and-reference-guides/triple-c-competency-based-curriculum>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 7 Oandasan I au nom du Groupe de travail sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Une approche nationale d'évaluation des programmes pour évaluer l'impact du Cursus Triple C. Dans : Oandasan I, Saucier D, éd. *Rapport sur le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences – Partie 2 : Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2013.
- 8 Commission de vérité et de réconciliation du Canada. *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. 2015. Dans : https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l>Action_French.pdf. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 9 Collège des médecins de famille du Canada. *Déclaration du CMFC sur la lutte contre le racisme systémique à l'égard des populations autochtones*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/CFPC-Response-NatlEmergMtg-AddressSystemicRacism-202010-FRE.pdf>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 10 Collège des médecins de famille du Canada. *Déclaration du CMFC contre le racisme*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020. Dans : <https://www.cfpc.ca/fr/news-and-events/news-events/news-events/news-releases/2020/cfpc-statement-against-racism>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 11 Rainsberry P, Nasmith L, Weston W, Busing N, Fowler N, Goertzen J, et al. The times, are they a-changin'? [commentaire]. *Can Fam Physician*. 2018;64(11):798-800.
- 12 Rainsberry P. *La médecine familiale : Notre patrimoine*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2014.
- 13 Collège des médecins de famille du Canada. *Quatre principes de la médecine familiale* ; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/fr/about-us/vision-mission-principles>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 14 Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éd. *CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.

- 15 Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Brailovsky C, et coll. *Les objectifs d'évaluation pour la certification en médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2020.
- 16 Lawrence K, van der Goes T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M et coll. *Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.
- 17 Collège des médecins de famille du Canada. *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille*. Mississauga (ON) : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.
- 18 Ross S, Binczyk NM, Hamza DM, Schipper S, Humphries P, Nichols D, et coll. Association of a competency-based assessment system with identification of and support for medical residents in difficulty. *JAMA Netw Open*. 2018;1(7):e184581.
- 19 Lawrence K, van der Goes T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M et coll. *Compétences d'évaluation réflexive continue dans la formation (CRAFT) : Un modèle national d'évaluation programmatique pour la médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.
- 20 Ellaway RH, Palacios Mackay M, Lee S, Hofmeister M, Malin G, Archibald G, Lawrence K, Dogba J, Côté L, Ross S. et coll. The impact of a national competency-based medical education initiative in family medicine. *Acad Med*. 2018;93(12):1850-1857.
- 21 Weidner AKH, Chen FM. Changes in preparation and practice patterns among new family physicians. *Ann Fam Med*. 2019;17(1):46-48.
- 22 Hamza D, Oandasan I, au nom du Groupe consultatif sur l'évaluation des programmes. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences : Constats cinq ans après la mise en œuvre*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.
- 23 Oandasan I, Archibald D, Authier L, Lawrence K, McEwan LA, Mackay MP, et coll. Future practice of comprehensive care: Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada. *Can Fam Physician*. 2018;64(7):520-528.
- 24 Nasmith, G, Fowler, N, eds. *Comparaison internationale de la durée, la portée et la conception de la formation en résidence en médecine de famille : Synthèse des données recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du of Canada ; 2022.
- 25 Nasmith G, Fowler N, eds. *Durée optimale de la formation des résidents en médecine de famille : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2022.
- 26 Boelen C, Heck JE. *Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. Dans : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66532/WHO_HRH_95.7_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Date de consultation : Le 20 février 2021.
- 27 Collège des médecins de famille du Canada. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2018. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/FM-Professional-Profile-FR.pdf>. Date de consultation : Le 9 août 2021.
- 28 Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale — Le Centre de médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019. Dans : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf. Date de consultation : Le 9 août 2021..
- 30 Aggarwal M, Oandasan I, Abdelhalim R, Fowler N, eds. *Survol de la définition de la préparation à la pratique : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.
- 31 Aggarwal M, Holtby A, Oandasan I, eds. *Portrait de la préparation à la pratique selon les données du Sondage longitudinal en médecine familiale : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.

- 32 Aggarwal M, Oandasan I, éd. *Comparaison des intentions d'offrir des soins complets et globaux en médecine de famille avec la pratique réelle : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.
- 33 Aggarwal M, Holtby A, Oandasan I, éd. *Examen du nombre de médecins de famille et de diplômés en médecine de famille recensés au Canada : Un projet sur les finalités d'apprentissage : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.
- 34 Aggarwal M, Oandasan I, éd. *Comprendre les tendances de répartition et de mobilité des médecins de famille : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.
- 35 Aggarwal M, Oandasan I, éd. *Portée de la pratique des médecins de famille au Canada : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.
- 36 Aggarwal M, Holtby A, Oandasan I, éd. *Facteurs qui influencent les choix de pratique des médecins de famille en début de carrière : Synthèse des données probantes recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) ; Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.
- 37 Carney PA, Eiff MP, Waller E, Jones SM, Green LA. Redesigning Residency Training: Summary Findings From the Preparing the Personal Physician for Practice (P4) Project. *Fam Med*. 2018;50(7):503-517.