

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

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

Janvier 2022

Le Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga (ON) L4W 5A4

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

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.

Affiliations des auteurs

Monica Aggarwal, Ph.D.; professeure adjointe, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

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, Collège des médecins de famille du Canada

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada remercie tous ceux et celles qui ont contribué par leur expertise à l'élaboration de cette synthèse des données probantes. Les 17 programmes universitaires ont notamment fait équipe avec le Collège des médecins de famille du Canada pour faire l'évaluation Coursus Triple C axé sur le développement des compétences dans le cadre du Sondage longitudinal en médecine familiale dont les données sont utilisées dans le présent document. Nous remercions également les principaux collaborateurs qui ont fourni des renseignements importants pour appuyer ce travail.

Personnes qui ont contribué au présent document

Mahsa Haghighi, chef de projet, Analyse de l'évaluation et de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada

Alixandra Holtby, chef de projet, Analyse de l'évaluation et de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada

Dragan Kljucic, responsable, Analyse des données et de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada

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

Steve Slade, directeur, Recherche, Collège des médecins de famille du Canada

Organisations qui ont contribué au présent document

Collège des médecins de famille du Canada : Division de la médecine familiale universitaire, Communications, Services de création et de production et Traduction et services en français, et Unité d'évaluation et de recherche en éducation

Contexte

En 2010, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a mis en œuvre le Cours Triple C axé sur le développement des compétences (Triple C). L'objectif du Triple C est d'assurer que les diplômés en médecine de famille sont prêts à entamer l'exercice de la médecine de famille auprès de n'importe quelle communauté au Canada¹. Pour évaluer son efficacité, le CMFC a mis en place un plan d'évaluation², qui comprenait le Sondage longitudinal en médecine familiale (SLMF). Ce sondage a permis de recueillir de l'information sur les intentions de pratique des diplômés en médecine de famille à la fin de leur résidence et sur leurs décisions réelles quant à la portée des soins complets et globaux en médecine de famille qu'ils ont choisi de prodiguer au cours de leurs trois premières années de pratique.

Il existe peu d'études sur la comparaison entre les intentions et les tendances réelles de la pratique des médecins de famille. Une étude menée aux États-Unis a comparé les intentions de pratique des premiers certifiés de l'American Board of Family Medicine avec l'actuel champ de pratique déclaré par les médecins de famille recertifiés en 2014³. Une autre étude qui a comparé le pourcentage de résidents en médecine de famille ayant l'intention de pratiquer des accouchements obstétricaux et le pourcentage de médecins de famille qui en pratiquent a révélé qu'un écart persiste entre l'intention et le choix réel⁴.

Le CMFC a décidé d'étudier si la théorie du comportement planifié s'appliquerait à cet écart⁵. La théorie du comportement planifié stipule que l'intention d'une personne d'adopter un comportement particulier dépend de ses attitudes à l'égard de ce comportement, des normes subjectives et du contrôle comportemental perçu. Dans ce modèle, l'intention est considérée comme le déterminant le plus pertinent de l'adoption du comportement. En tant qu'organisme d'agrément de la formation en médecine de famille, le CMFC cherche activement à comprendre comment l'éducation influence le comportement de l'apprenant, particulièrement en ce qui concerne les décisions relatives au champ de pratique. En déterminant comment maximiser les occasions pour soutenir les décisions relatives

au champ de pratique et en comprenant mieux les facteurs qui peuvent influencer la prise de décision des diplômés, le CMFC peut aider à orienter les décisions relatives au cursus et à l'évaluation qui pourraient avoir une influence sur les finalités d'apprentissage souhaités, à savoir la formation de diplômés prêts à offrir des soins complets et globaux en médecine de famille dans n'importe quelle communauté au Canada et à s'adapter aux besoins de cette communauté.

Objectifs

Cette étude compare les intentions de pratique des diplômés en médecine de famille à la fin de leur résidence avec leurs choix réels trois ans après leur entrée en pratique, par rapport aux domaines de soins complets et globaux définis dans le sondage. Pour les besoins du sondage, les soins complets ont été définis comme « le type de soins dispensés par les médecins de famille (seuls ou en équipe) à une population définie de patients durant tout le cycle de vie et dans une multitude de contextes cliniques et touchant tout un spectre de problèmes cliniques » (p.ex., soins en cabinet, soins hospitaliers et soins à domicile qui englobent tout, des soins préventifs au traitement de maladies aiguës et chroniques, et jusqu'aux soins palliatifs)⁶.

Méthodes

Nous avons recueilli et analysé les données du SLMF, un sondage administré aux résidents en médecine de famille dans les 17 programmes universitaires de résidence en médecine de famille au Canada et aux médecins de famille en début de carrière, trois ans après leur entrée en pratique. Le SLMF est mené auprès des résidents en médecine de famille au début de la résidence (phase 1, entrée), à la fin de la résidence (phase 2, sortie) et après trois ans de pratique (phase 3, en pratique). Le SLMF recueille des renseignements auprès des résidents en médecine de famille et des médecins de famille en début de carrière sur leurs expériences d'apprentissage pendant leur formation, leur perception de leur préparation à la pratique indépendante, ainsi que leurs intentions de pratique et leurs choix de carrière.

Pour cette étude, nous avons examiné les données agrégées du sondage de phase 2 réalisé auprès des résidents en médecine de famille qui ont terminé leur résidence en 2015 (dans 15 programmes) et en 2016 (dans 16 programmes), et nous avons comparé les résultats avec les données du sondage de phase 3 recueillies auprès des médecins de famille en pratique depuis trois ans, à l'automne 2018 et 2019 (dans 15 et 17 programmes, respectivement).

Les participants ont reçu des renseignements sur l'objectif du sondage, les procédures, ainsi que sur les avantages et les risques d'une participation volontaire. Ceux et celles qui ont participé ont accepté que des données dépersonnalisées soient entrées dans une base de données nationale sécurisée administrée par le CMFC. Les résidents ont reçu une confirmation écrite de la confidentialité des réponses. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique pour la recherche sur des sujets humains de chacun des 17 établissements participants.

Nous avons examiné les données longitudinales agrégées des cohortes qui ont répondu aux sondages de phases 2 et 3 afin de comparer les cohortes de manière indépendante l'une de l'autre. Notre analyse s'est limitée aux réponses à des questions portant spécifiquement sur les intentions de pratique des résidents et sur l'éventail des domaines de soins complets et globaux, des milieux de pratique et des populations qui faisaient partie de la pratique des médecins de famille en début de carrière. Le sondage de phase 2 a évalué les intentions des diplômés en médecine de famille en posant la question suivante : « Dans votre pratique future en tant que médecin de famille, quelle est la probabilité que vous dispensiez des soins dans les domaines, les milieux et aux populations de patients suivants, au cours de vos trois premières années de pratique ? ». Les réponses sont basées sur une échelle de Likert en cinq points : très probable, probable, neutre, peu probable ou très peu probable. Le sondage de phase 3 évalue la pratique réelle en demandant aux médecins de famille en début de carrière : « Quels domaines de soins parmi les suivants (soins complets et globaux) font partie de votre pratique en médecine

familiale? » Les médecins sélectionnent tous ceux qui s'appliquent à leur pratique.

Observations

Les données du sondage de phase 3 sont dichotomiques, c'est-à-dire que soit les médecins ont fourni des soins dans un domaine lié aux soins complets et globaux, soit ils ne l'ont pas fait. Par conséquent, les données de la phase 2 ont été dichotomisées afin de permettre des comparaisons entre les phases 2 et 3, et d'effectuer des tests du Chi carré. Les réponses aux questions sur les intentions de pratique ont été dichotomisées en regroupant les réponses « probable » et « très probable » et en regroupant les réponses « peu probable » et « très peu probable ». Les réponses neutres ont été exclues de l'analyse. Nous avons synthétisé les données démographiques et les caractéristiques personnelles des répondants ainsi que le nombre et le pourcentage de répondants ayant choisi « probable » ou « très probable » et « peu probable » ou « très peu probable » pour toutes les questions du sondage portant sur les intentions de pratique, et nous les avons comparés au nombre et au pourcentage de répondants ayant indiqué qu'ils fournissaient des soins dans certains domaines et contextes et à des populations spécifiques.

Des tests non paramétriques ont été utilisés pour analyser les variables à distribution non normale. Le test d'indépendance du chi carré a été appliqué pour déterminer si les intentions de pratique des résidents en médecine de famille dépendaient de l'intégration réelle de domaines de soins complets et globaux, des milieux et des populations. Le niveau de signification a d'abord été fixé à 0,05 ; nous avons ensuite appliqué une correction de Bonferroni pour réduire le risque d'erreur de type I. Pour tenir compte des différences dans les taux de réponse, les données ont été pondérées selon le programme de résidence. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique SPSS, version 27.

Dans les cohortes 2015 et 2016, 632 des 1 164 résidents en médecine de famille (taux de réponse de 54,3 %) et 785 des 1 306 résidents en médecine de famille (taux de réponse de 60,1 %) ont répondu au sondage de phase 2, respectivement. En 2015, 15 programmes de

médecine de famille ont participé, et 16 programmes ont participé en 2016. En 2018, 15 programmes ont participé, et 17 programmes ont participé en 2019.

Intentions liées à la prestation de soins complets et globaux comparativement à la pratique réelle

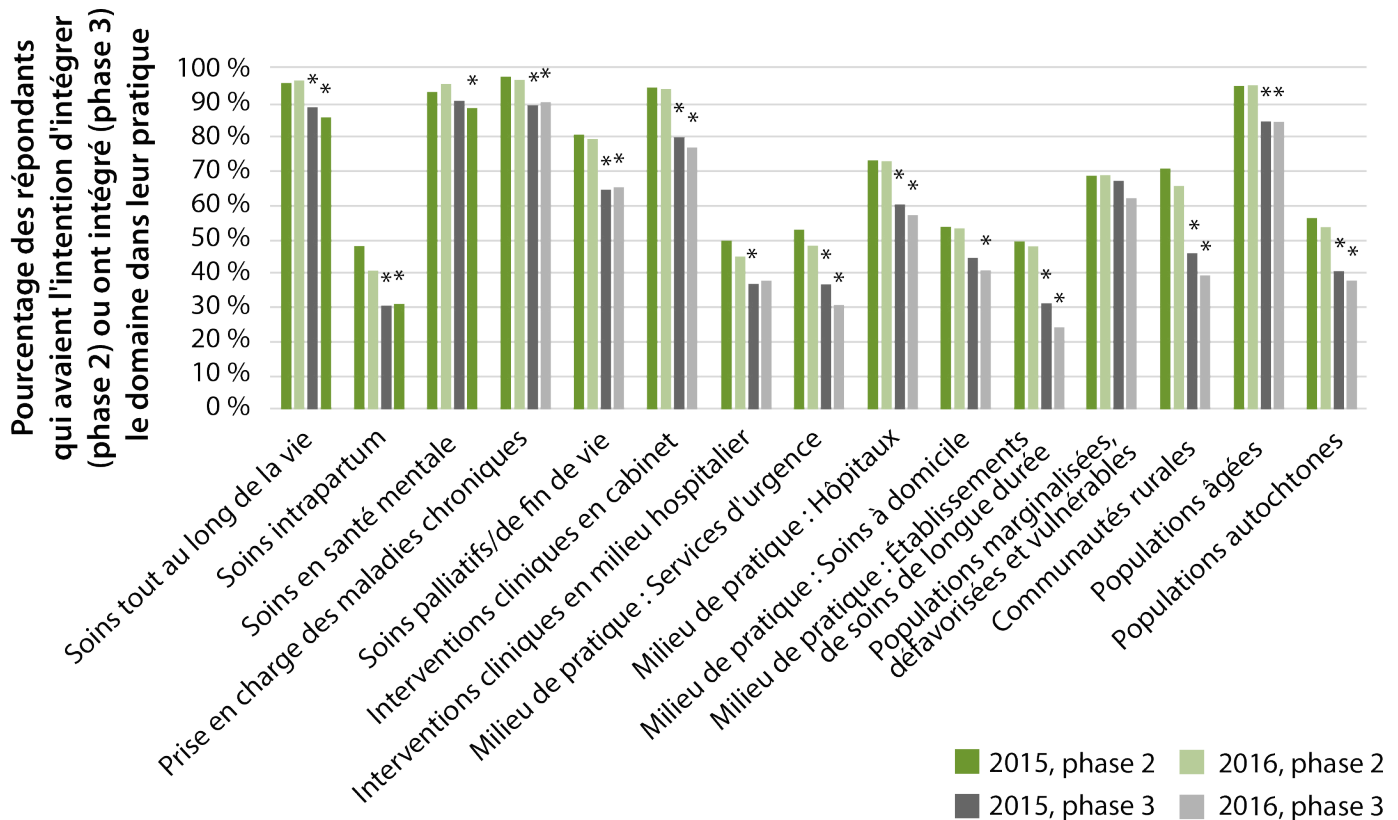
La **figure 1** présente les pourcentages de diplômés en médecine de famille qui ont déclaré qu'il était plutôt probable ou très probable qu'ils intègrent chaque domaine (intention) dans leur future pratique de médecine de famille ainsi que les pourcentages de médecins de famille en début de carrière qui ont déclaré avoir effectivement intégré les domaines dans leur pratique trois ans plus tard. Pour chaque domaine, le long de l'axe des x, il y a quatre barres montrant, à partir de la gauche, les réponses de la phase 2 en 2015, de la phase 2 en 2016, de la phase 3 en 2018 et de la phase 3 en 2019. Des comparaisons ont été faites entre les réponses de la phase 2 en 2015

et celles de la phase 3 en 2018, et entre les réponses de la phase 2 en 2016 et celles de la phase 3 en 2019. Toute différence significative entre les réponses des phases 2 et 3 pour ces années est indiquée par des astérisques au-dessus des barres de la phase 3 du graphique.

Les résultats montrent que les proportions de résidents en médecine de famille qui ont déclaré leurs intentions de pratique et leur pratique réelle pour la plupart des domaines semblent être assez semblables dans les deux années de phase 2 (la différence statistique entre les cohortes de la phase 2 n'a pas été analysée). Les principaux points saillants sont les suivants :

- Plus de 80 % des diplômés ont déclaré être assez ou très susceptibles de fournir des soins dans la plupart des domaines inclus dans le sondage.
- Plus de 70 % des diplômés étaient assez ou très susceptibles de travailler en milieu hospitalier et de fournir des soins palliatifs.

Figure 1. Pourcentage des répondants au sondage qui ont déclaré avoir l'intention d'intégrer ou qui ont bel et bien intégré les domaines de la médecine de famille dans leur pratique



*Différence significative $P \leq 0,05$ et corrigée par la méthode de Bonferroni

- Plus de 50 % des diplômés étaient assez ou très susceptibles de fournir des soins dans des communautés rurales et des communautés autochtones.
- Environ la moitié des diplômés étaient assez ou très susceptibles de travailler dans des services d'urgence et des établissements de soins de longue durée).

Dans la pratique réelle, trois ans plus tard, les résultats agrégés ont montré que la proportion de médecins de famille intégrant la plupart des domaines et des contextes dans leur travail semblait encore une fois semblable pour les deux cohortes de la phase 3 (la différence statistique entre les cohortes de la phase 3 n'a pas été analysée). Les données démontrent les éléments suivants :

- Quarante-vingt pour cent ou plus des médecins de famille en début de carrière de la cohorte qui a terminé ses études en 2015 (phase 3 en 2018) a déclaré fournir des soins dans chacun des domaines suivants : prise en charge des maladies chroniques, soins tout au long du cycle de la vie, soins en santé mentale, soins aux personnes âgées et interventions cliniques en cabinet.
- Plus de 50 % de la cohorte qui a terminé ses études en 2016 (phase 3 en 2019) a déclaré fournir des soins dans chacun des domaines suivants : soins palliatifs, soins en milieu hospitalier, procédures cliniques en cabinet et soins aux populations marginalisées.
- Moins de 50 % des membres de l'une ou l'autre des cohortes de la phase 3 a déclaré fournir des soins dans chacun des domaines suivants : soins dans les communautés rurales, soins aux populations autochtones, soins à domicile, soins dans les services d'urgence, soins en établissement de soins de longue durée, procédures cliniques en milieu hospitalier et soins intrapartum.

Des diminutions ont été constatées dans la plupart des domaines lorsque l'on compare le pourcentage de médecins de famille qui ont déclaré avoir l'intention d'intégrer un domaine clinique particulier dans le cadre de leur prestation de soins complets et globaux

au pourcentage de ceux et celles qui ont bel et bien intégré ce domaine dans leur pratique. Dans la **figure 1**, les astérisques représentent des diminutions statistiquement significatives pour chaque domaine entre la phase 2 et la phase 3. Des diminutions ont été significatives dans 12 des 15 domaines pour les diplômés en médecine de famille de 2015, les exceptions étant les soins en santé mentale, les soins à domicile et les soins aux populations marginalisées. Pour les diplômés en médecine de famille de 2016, des diminutions étaient significatives dans 13 domaines, à l'exception des soins aux populations marginalisées et les procédures cliniques en milieu hospitalier.

Étant donné que des diminutions ont été constatées dans presque tous les domaines lors de la comparaison entre l'intention de pratique et la pratique réelle, nous avons cerné les domaines pour lesquels les diminutions étaient supérieures à la moyenne en calculant le taux moyen de diminution entre l'intention et la pratique. La **figure 2** montre le pourcentage de variation entre l'intention et la pratique réelle des médecins de famille lors de l'obtention de leur diplôme en 2015 et après trois ans de pratique en 2018. Le pourcentage de variation présenté ici est la différence entre le pourcentage de l'intention déclarée et le pourcentage rapporté pour la pratique réelle, divisée par le pourcentage de l'intention déclarée. En moyenne, on constate une diminution globale de 22,7 % entre les taux d'inclusion prévus et réels. Les diminutions les plus importantes ont été observées dans la prestation de soins en établissement de soins de longue durée, de soins intrapartum, de soins aux communautés rurales, de soins aux services d'urgence, de soins aux populations autochtones et de procédures cliniques en milieu hospitalier.

La **figure 3** montre le taux de variation entre les intentions et la pratique réelle des médecins de famille à l'obtention de leur diplôme en 2016 et après trois ans de pratique en 2019. La variation moyenne était semblable à celle de la cohorte précédente, à savoir 22,8 %. Les diminutions les plus importantes ont été observées dans les domaines suivants : soins en établissement de soins de longue durée, soins aux communautés rurales, soins aux services d'urgence, soins aux populations autochtones, soins intrapartum et soins à domicile.

Limites

Cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, deux programmes n'ont pas participé au sondage de sortie de 2015 et au sondage en pratique de 2018, et un programme n'a pas participé au sondage de sortie de 2016. De plus, les résultats d'un programme ont été exclus de deux questions du sondage à la fin de la résidence pour les deux cohortes. Deuxièmement, les résultats sont basés sur des données agrégées des réponses aux phases 2 et 3, et les taux de réponse étaient plus faibles pour la phase 3 du SLMF pour les deux cohortes. Troisièmement, les observations présentées sont basées sur l'autodéclaration et sont sujettes au biais de désirabilité sociale. Bien que les données autodéclarées présentent des limites, il n'y a pas d'autre moyen de saisir les concepts intrapsychiques sur un sujet tel que les intentions que par le biais d'un rapport subjectif.

Discussion

L'objectif du Cursus Triple C est de former des résidents en médecine de famille qui sont prêts à prodiguer des soins complets et globaux dans n'importe quelle communauté au Canada. Dans les deux cohortes de 2015 et 2016, la majorité des diplômés en médecine de famille ont déclaré avoir l'intention de fournir des soins tout au long de la vie, des soins en santé mentale, une prise en charge des maladies chroniques, des interventions en cabinet, des soins palliatifs et des soins aux personnes âgées. Cependant, moins de la moitié des diplômés en médecine de famille avaient l'intention de fournir des soins intrapartum, des soins en établissement de soins de longue durée, des soins aux services d'urgences et des procédures cliniques en milieu hospitalier.

Figure 2. Différences en pourcentage entre les intentions de pratique déclarées par les médecins de famille à la fin de leur résidence en 2015 et la pratique réelle en 2018, par domaines de soins

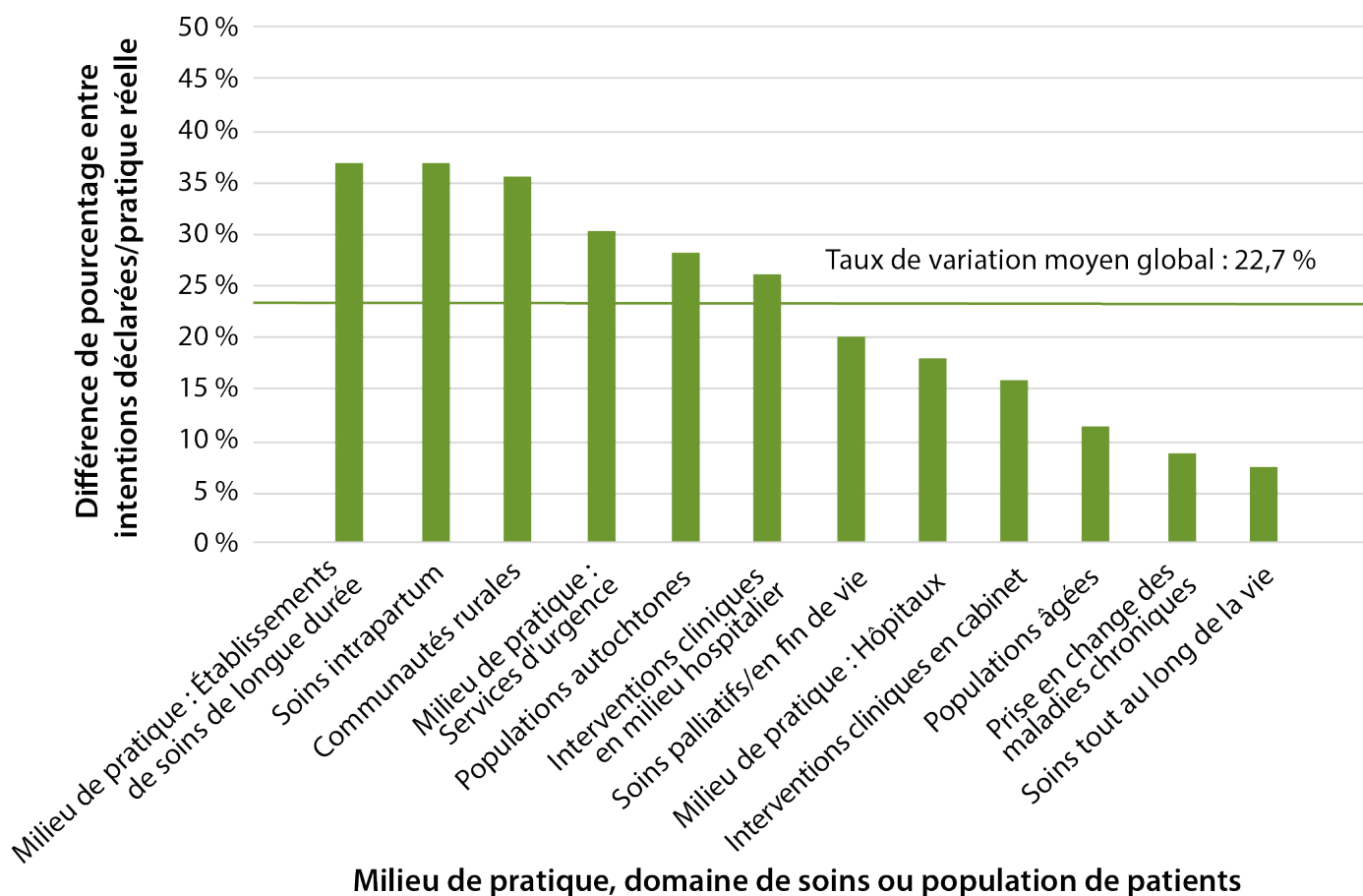
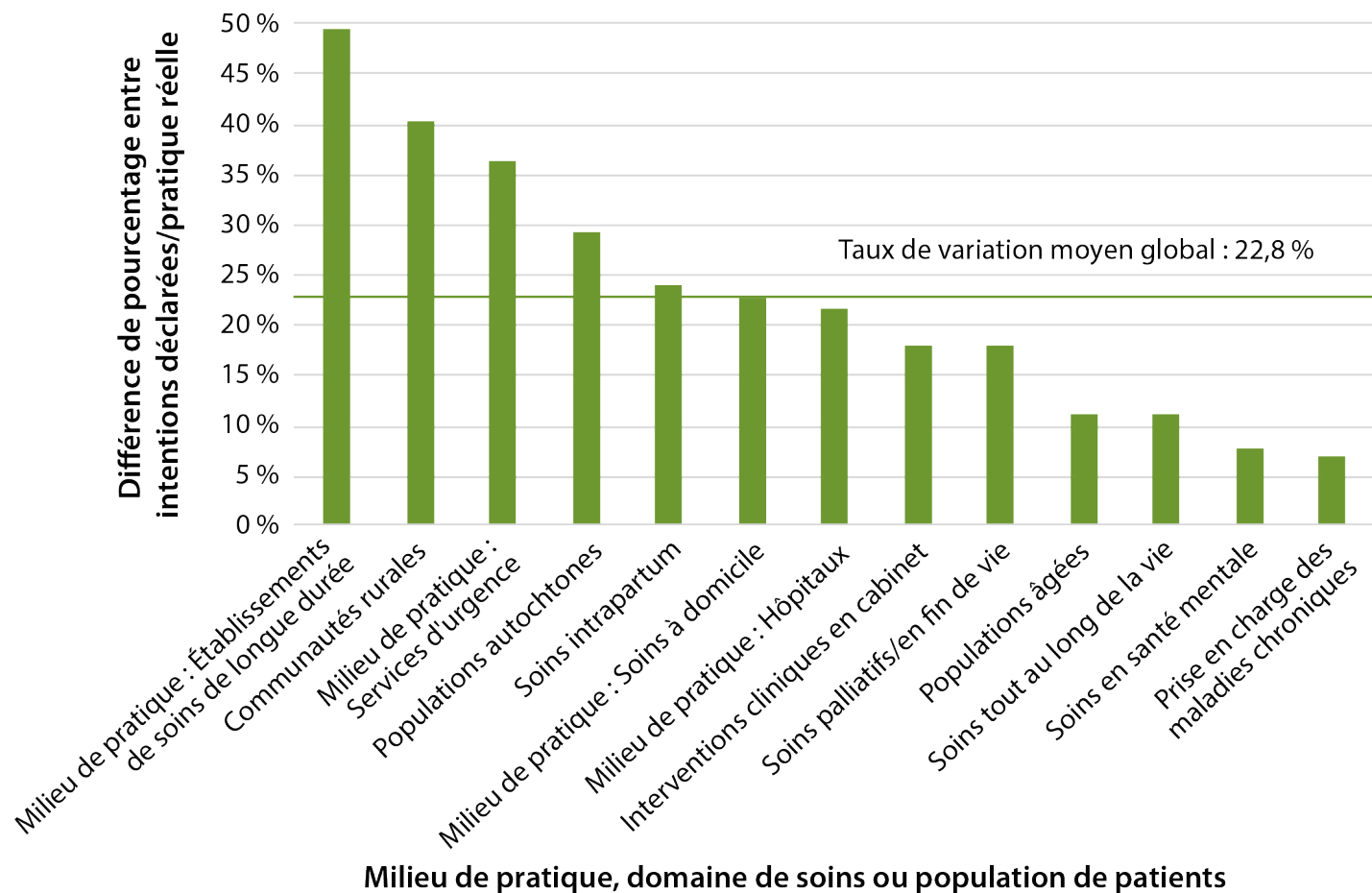


Figure 3. Différences en pourcentage entre les intentions de pratique déclarées par les médecins de famille à la fin de leur résidence en 2016 et la pratique réelle en 2019, par domaines de soins



Dans la pratique réelle, la majorité des médecins de famille interrogés ont déclaré fournir des soins tout au long de la vie, des soins en santé mentale, une prise en charge des maladies chroniques, des interventions en cabinet et des soins aux personnes âgées. Cependant, moins de la moitié des médecins de famille interrogés ont déclaré fournir des soins intrapartum, des procédures cliniques en milieu hospitalier, des soins en établissement de soins de longue durée, des soins aux services d'urgence, des soins à domicile et des soins aux populations rurales et autochtones.

Enfin, les diplômés en médecine de famille ont déclaré avoir davantage l'intention d'intégrer les différents domaines de soins complets et globaux dans leur pratique que ce qu'ils ont concrètement choisi de faire dans leur pratique trois ans plus tard. Cette étude a révélé des diminutions statistiquement significatives lorsque l'on compare la réalité de la pratique aux

intentions de pratique dans la plupart des domaines de soins complets et globaux. Les diminutions les plus importantes ont été observées dans la prestation des soins dans les établissements de soins de longue durée, des soins intrapartum, des soins aux communautés rurales, des soins aux services d'urgence et des soins aux populations autochtones. Ces tendances soulignent qu'il est nécessaire de comprendre les facteurs qui influencent le choix de pratique des médecins de famille et que le CMFC doit comprendre de quelle manière l'éducation peut mieux influencer les décisions de pratique. Le CMFC examine actuellement l'utilisation de la théorie du comportement axé sur un objectif⁵ pour comprendre comment cette théorie peut aider à expliquer les différences constatées entre les intentions de pratique et les décisions de pratique réelles prises par les médecins de famille en début de carrière. Une meilleure compréhension des facteurs

qui influencent les décisions de pratique peut aider à élaborer des recommandations pédagogiques qui pourraient inciter au changement et être incluses dans le Projet sur les finalités d'apprentissage du CMFC.

Cette étude indique que les intentions de pratique à la fin de la résidence ne correspondent pas nécessairement aux choix de pratique réels. Les domaines de pratique qui ont connu les plus grands écarts entre les intentions et la pratique réelle sont les soins intrapartum, les soins de longue durée, les soins aux services d'urgence et les procédures en milieu hospitalier, ainsi que la prestation de soins aux populations autochtones et aux populations marginalisées des quartiers urbains défavorisés. Il est révélateur que les diplômés en médecine de famille réussissent leur résidence en passant l'Examen de certification en médecine familiale du CMFC et en obtenant des directeurs de programme une attestation de fin de formation, mais qu'ils choisissent de ne pas intégrer certains domaines dans leur pratique. Il semble y avoir une sous-utilisation des compétences qui pourraient être mises à profit si l'on en croit les intentions exprimées par les diplômés à la fin de la formation.

Le CMFC a la possibilité de maximiser son influence en matière d'éducation, d'autant plus que nous avons appris que l'exposition aux domaines cliniques, aux contextes de soins et aux populations de patients influence le sentiment de préparation, et que le sentiment de préparation, influence lui aussi le choix de pratique. Connaître les facteurs qui influencent les choix de pratique peut aider à optimiser le rôle des médecins de famille dans notre système de soins de santé et ainsi améliorer l'accès des patients aux soins et les résultats de santé de la population. Les synthèses comprises dans le Projet sur les finalités d'apprentissage

qui mettent en évidence un rétrécissement du champ de pratique des médecins de famille montrent qu'il est urgent d'étudier comment renverser cette tendance grâce aux recommandations pédagogiques proposées.

Conclusion

L'objectif du Projet sur les finalités d'apprentissage est de formuler les aspirations du CMFC quant à la contribution des personnes qui obtiennent la Certification du Collège des médecins de famille du Canada à la santé de la population canadienne. Sachant qu'il a été démontré que l'accès à un médecin de famille améliore les résultats en matière de santé de la population, l'accent a été mis sur l'augmentation du nombre de médecins de famille en exercice. Cependant, comprendre ce que font les médecins de famille une fois qu'ils sont en pratique est un autre facteur important qui influence l'accès aux soins. Il convient d'étudier les moyens d'améliorer la décision des diplômés de pratiquer dans un cadre large et global, soit individuellement, soit en équipe, alors qu'ils entament leurs premières années de pratique indépendante. De plus, le CMFC, dans son rôle pédagogique, doit explorer comment il peut mieux remplir son mandat de responsabilité sociale pour aider tous les citoyens et résidents du Canada, peu importe où ils vivent, à accéder à des soins de proximité, complets et globaux. Les efforts visant à remédier au rétrécissement des champs de pratique de la médecine de famille (domaines de soins, contextes de pratique et populations de patients) permettraient d'honorer l'engagement de notre discipline envers l'équité des soins de santé et d'améliorer le système de santé dans son ensemble en renforçant le rôle des médecins de famille dans la prestation de soins complets et globaux.

Pour plus d'information

Pour lire le rapport intégral, intitulé *Préparer la relève en médecine de famille : Solutions en éducation pour renforcer les soins de santé face au changement*, ainsi que les données probantes et les travaux d'érudition qui l'accompagnent, visitez le <https://www.cfpc.ca/relevemf>.

Pour demander les données dépersonnalisées du Sondage longitudinal en médecine familiale, veuillez communiquer avec l'Unité d'évaluation et de recherche en éducation (eeru@cfpc.ca).

Références

1. Oandasan I, Saucier D, éd(s). *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. Dans : https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Éducation/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
2. 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 étudier l'impact du Cursus Triple C. Dans : *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. Dans : https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/TripleC_Rapport_2.pdf. Date de consultation : Le 16 août 2021.
3. Coutinho AJ, Cochrane A, Stelter K, Phillips RL, Peterson LE. Comparison of intended scope of practice for family medicine residents with reported scope of practice among practicing family physicians. *JAMA*. 2015;314(22):2364-2372. Dans : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2474423>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
4. Barreto TW, Eden AR, Petterson S, Bazemore AW, Peterson LE. Intention versus reality: family medicine residency graduates' intention to practice obstetrics. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(4):405-406. Dans : <https://www.jabfm.org/content/30/4/405>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
5. Grierson LEM, Fowler N, Kwan MYW. Family medicine residents' practice intentions: Theory of planned behaviour evaluation. *Can Fam Physician*. 2015;61(11):e524-e531. Dans : <https://www.cfp.ca/content/61/11/e524>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
6. Oandasan IF, Archibald D, Authier L, Lawrence K, McEwen LA, Palacios Mackay M et coll. Future practice of comprehensive care: Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada. *Can Fam Physician*. 2018;64(7):520-528. Dans : <https://www.cfp.ca/content/64/7/520>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.