

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

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

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. *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.

Affiliations des auteurs

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

Ivy Oandasan, MD, MHSc, CCMF, 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. Nous remercions également les principaux collaborateurs et organismes qui ont fourni des renseignements importants pour appuyer ce travail.

Personnes qui ont contribué au présent document :

Geoffrey Barnum, responsable, Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.

Leslie Forward, analyste de données principale, Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.

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

Organismes 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
Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.

Contexte

La répartition des médecins de famille qui pratiquent au Canada est une source d'information que les planificateurs des effectifs en santé surveillent attentivement. Le lieu où les médecins de famille décident d'exercer est un indicateur du niveau d'accès aux soins primaires pour les populations dans ces régions. Dans sa lettre de mandat de 2021 à la ministre de la Santé, le gouvernement fédéral s'est engagé à aider à fournir à tous les Canadiens et Canadiennes l'accès à un médecin de famille ou à une équipe de soins primaires¹. Pour que cet engagement devienne réalité, il est essentiel de connaître les tendances quant à la répartition des médecins de famille au pays. Pour cette étude, nous avons examiné les lieux de pratique des diplômés en médecine au Canada.

Objectif

Pour planifier les ressources humaines en santé et prendre des décisions concernant le déploiement et la formation de la main d'œuvre, il faut d'abord comprendre la répartition et la mobilité des médecins de famille. Dans le cadre du mandat de responsabilité sociale du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), cette étude devait examiner les tendances temporelles et régionales de répartition et de mobilité des médecins de famille en début de carrière. Cette étude visait les diplômés des facultés de médecine au Canada et les diplômés internationaux en médecine. Toutefois, les résultats présentés dans le présent rapport portent spécifiquement sur les diplômés en médecine au Canada et sur les questions suivantes :

1. Quel est le rapport du nombre de médecins de famille à la population par région de pratique (province ou territoire) et quelle est la proportion de médecins de famille qui pratiquent dans des milieux particuliers (urbains, ruraux) au fil du temps?
2. Cinq ans après la fin du programme de formation, quelle est la proportion de diplômés en médecine canadiens issus des programmes de médecine de famille et de formation prolongée (formation suivie après la résidence en médecine de famille de base) par région de pratique? Au fil du temps?

3. Quel est le rapport entre la participation à des programmes de formation en milieu rural et les lieux de pratique choisis par les diplômés en médecine de famille, cinq ans après la fin de la résidence? Au fil du temps?
4. Quelles sont les tendances de mobilité des diplômés en médecine canadiens par rapport à la région de pratique où ils ont fait leurs études, par année? Quel est le rapport entre la région de pratique et la mobilité? Au fil du temps?

Méthodes

Cette étude descriptive s'appuie sur deux sources de données :

Base de données médicales Scott's de l'Institut canadien d'information sur la santé : Cette base de données fournit des renseignements sur le nombre de médecins au Canada, leur répartition, leurs caractéristiques démographiques et la migration². Ces données sont recueillies auprès d'organisations et d'établissements, notamment les registraires provinciaux et territoriaux, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le CMFC et auprès des médecins qui communiquent directement avec l'organisme. Les médecins de famille actifs répertoriés comme étant en pratique de 2000 à 2019 ont été inclus dans une analyse des tendances.

Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. (RCEP) : Ce répertoire tient à jour des données individuelles pour tous les résidents et les chercheurs postdoctoraux au Canada³. Le RCEP recueille des données longitudinales, du début à la fin de la formation et des données sur le lieu de pratique au terme de la formation postdoctorale. Ces données de recensement autodéclarées visent tous les résidents post-M.D. qui ont répondu au sondage mené par le bureau d'études médicales postdoctorales de chaque faculté de médecine au Canada et sont archivées dans ce registre. Le répertoire recueille également des données auprès des diplômés des programmes de médecine de famille de catégories 1 et 2, bien que ces données soient limitées⁴. Elles incluent les résidents de troisième année en médecine de famille qui ont

obtenu un Certificat de compétence additionnelle (CCA) en médecine d'urgence (catégorie 1) ou en soins aux personnes âgées (catégorie 1), ainsi que les autres apprenants issus d'un autre programme de compétences avancées (c.-à-d. résidents de tous les autres programmes de catégories 1 et 2). Dans cette étude, nous avons utilisé le terme « **formation prolongée** » conformément à l'usage dans la documentation⁵. Or, la formation prolongée est définie comme une formation additionnelle après la résidence de base en médecine de famille, qui peut ou non mener à un CCA, y compris la médecine d'urgence, les soins aux personnes âgées et tous les autres programmes de compétences avancées. (Voir l'annexe 1 pour la liste des autres programmes de formation en compétences avancées.)

Pour examiner les lieux de pratique des diplômés en médecine de famille cinq ans après le début de la pratique, par région et par lieu de pratique, nous avons inclus les diplômés en médecine au Canada qui étaient citoyens canadiens ou résidents permanents et qui ont terminé le programme de médecine de famille et un programme de formation prolongée d'une faculté de médecine au Canada entre 2004 et 2014, et pour lesquels ce registre recueille des données. Les dossiers ne comportant pas de données sur le lieu de pratique et ceux de médecins établis dans d'autres pays lors du suivi effectué cinq ans après la fin de la résidence ont aussi été exclus.

Pour examiner les lieux de pratique des résidents en médecine de famille issus de programmes de formation en milieu rural et d'autres programmes après cinq années de pratique, nous avons examiné les données disponibles sur les citoyens canadiens et les résidents permanents qui ont terminé leurs études entre 2011 et 2014. Nous avons utilisé la définition de programmes de formation en milieu rural du CMFC pour cette analyse. Pour définir les lieux de pratique, nous avons appliqué la Classification des secteurs statistiques associée à un code postal de pratique⁶.

Analyse : Les données ont été analysées en fonction des tendances observées pour les années de fin

d'études^{7,8}. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données secondaires et synthétiser les résultats de l'étude. Des tests du chi carré ont été utilisés pour étudier le rapport entre la participation à des programmes de formation en milieu rural et le lieu de pratique cinq années après le début de la pratique.

Les tendances de mobilité des diplômés en médecine de famille

Nous avons examiné le nombre et la proportion de diplômés en médecine canadiens qui sont restés dans leur région de formation et de résidence ou qui l'ont quittée, en fonction de leur lieu de pratique cinq ans après la fin de la résidence. Cette étude utilise la classification du RCEP pour les catégories de mobilité, comme présenté dans le **tableau 1**⁹.

La population à l'étude comprenait tous les citoyens canadiens et les résidents permanents pour qui l'on dispose de données valides sur le lieu de pratique, qui ont terminé leur formation en résidence dans une faculté canadienne entre 2006 et 2016, et qui ont obtenu leur diplôme de médecine au Canada.

Analyse : Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse des tendances. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données secondaires et synthétiser les résultats de l'étude.

Observations

Quelle est la proportion de médecins de famille par région et par lieu de pratique au fil du temps ?

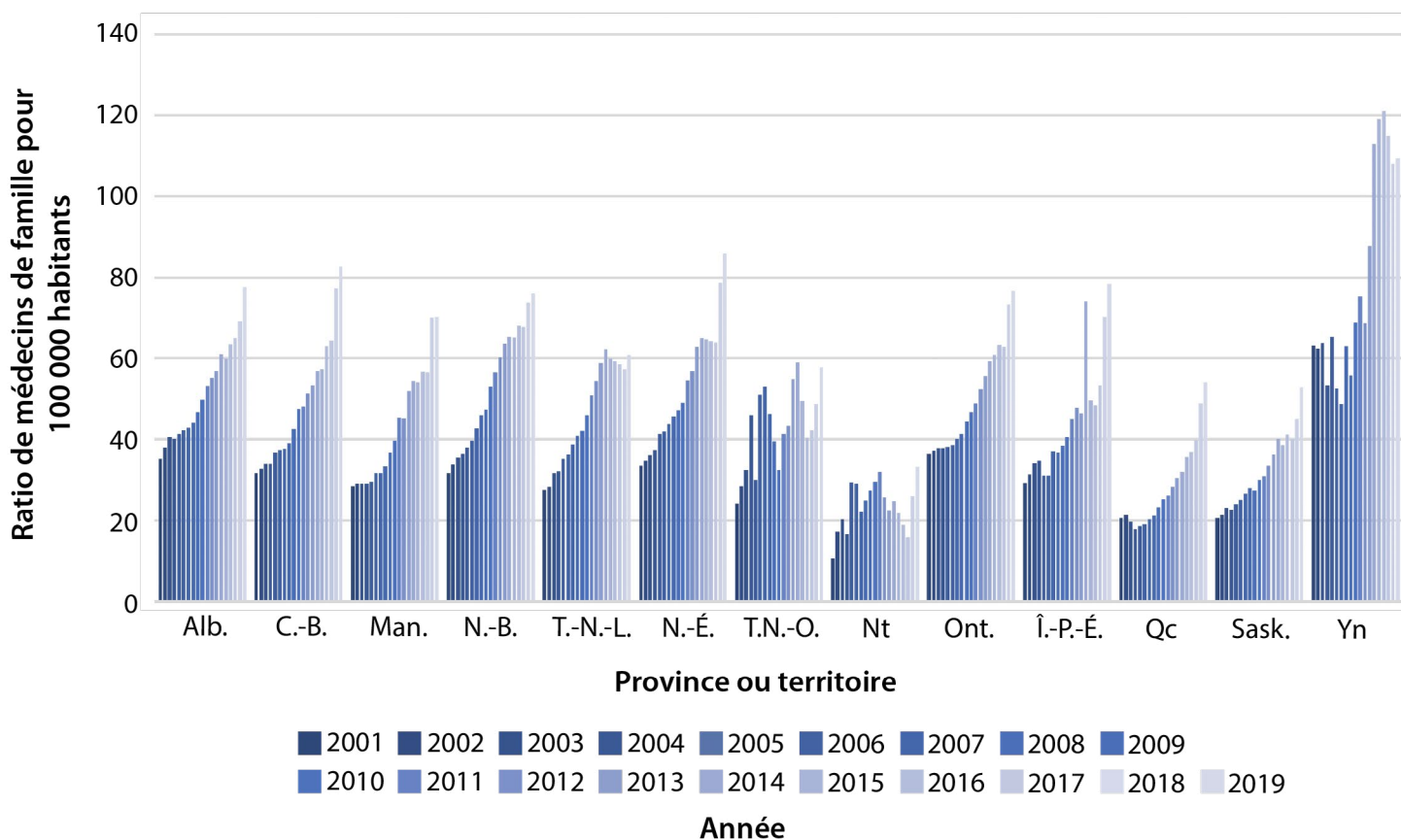
Région de pratique des médecins de famille

En général, le ratio de médecins de famille pour 100 000 habitants a augmenté dans la plupart des provinces et territoires entre 2001 et 2019 (**figure 1**). Le Yukon a toujours eu le ratio le plus élevé au pays. L'Alberta, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario affichaient généralement les ratios les plus élevés de médecins de famille pour 100 000 habitants, tandis que le Nunavut, le Québec et la Saskatchewan affichaient les ratios les plus faibles.

Tableau 1. Classification des catégories de mobilité

Catégorie de mobilité	Définition
Constance	Le médecin se trouvait dans la même région aux trois points dans le temps (région où il a obtenu son diplôme de médecine, région où il a effectué sa formation postdoctorale et région où il pratique [après cinq ans]).
Mobilité	Le médecin se trouvait dans différentes régions aux trois points dans le temps.
Retour à la région d'obtention du diplôme de médecine	Le médecin a quitté la région où il a obtenu son diplôme de médecine pour suivre une formation postdoctorale et est retourné exercer dans la région où il a obtenu son diplôme de médecine.
Reste dans la région où la formation postdoctorale a été effectuée	Le médecin a quitté la région où il a obtenu son diplôme de médecine et a pratiqué dans la région où il a effectué sa formation postdoctorale.
Départ du lieu de formation	Le médecin a terminé ses études de médecine et sa formation postdoctorale dans une région, mais pratique dans une autre région.
Territoires	Le médecin pratique dans les territoires du Nord.

Figure 1. Le nombre de médecins de famille pour 100 000 habitants par province ou territoire, de 2001 à 2019



Milieus de pratique des médecins de famille

La proportion de médecins de famille établis en milieu urbain a légèrement augmenté, passant de 85 % en 2000 à 87 % en 2019, par rapport à ceux qui s'établissent en milieu rural (**figure 2**). Moins de 20 % des médecins de famille pratiquaient en milieu rural, et cette tendance est restée relativement stable de 2000 à 2019.

Quelle est la proportion de diplômés en médecine canadiens issus de programmes de médecine de famille et de formation prolongée par région de pratique cinq ans après la fin de la résidence, par année? Au fil du temps?

Après cinq ans de pratique, la plus grande proportion de diplômés en médecine canadiens issus de programmes de médecine de famille et de programmes de formation prolongée s'était établie en Ontario et au Québec (**figure 3**).

Observations concernant les diplômés des programmes de médecine de famille :

Prairies : La proportion de diplômés en médecine canadiens qui pratiquaient dans les Prairies est passée de 13,5 % en 2009 à 17,6 % en 2019.

Colombie-Britannique : La proportion de diplômés en médecine canadiens qui pratiquaient en Colombie-Britannique a diminué, passant de 13,0 % en 2009 à 11,4 % en 2019.

Provinces de l'Atlantique : La proportion de diplômés en médecine canadiens qui pratiquaient dans les provinces de l'Atlantique a diminué, passant de 9,3 % en 2009 à 6,8 % en 2019.

À l'extérieur du Canada ou non localisé : La proportion de diplômés en médecine canadiens qui pratiquaient à l'extérieur du Canada (ou qui ne sont pas répertoriés) a varié dans le temps, passant de 3,4 % en 2009 à 0,8 % en 2019.

Parmi les diplômés des programmes de formation prolongée :

Ontario : La proportion de diplômés en médecine canadiens qui pratiquaient en Ontario est passée de près de 40 % en 2009 à 44,7 % en 2019.

Colombie-Britannique : La proportion de diplômés en médecine canadiens a diminué, passant de 16,8 % en 2009 à 14,6 % en 2019.

Figure 2. Milieus de pratique des médecins de famille de 2000 à 2019

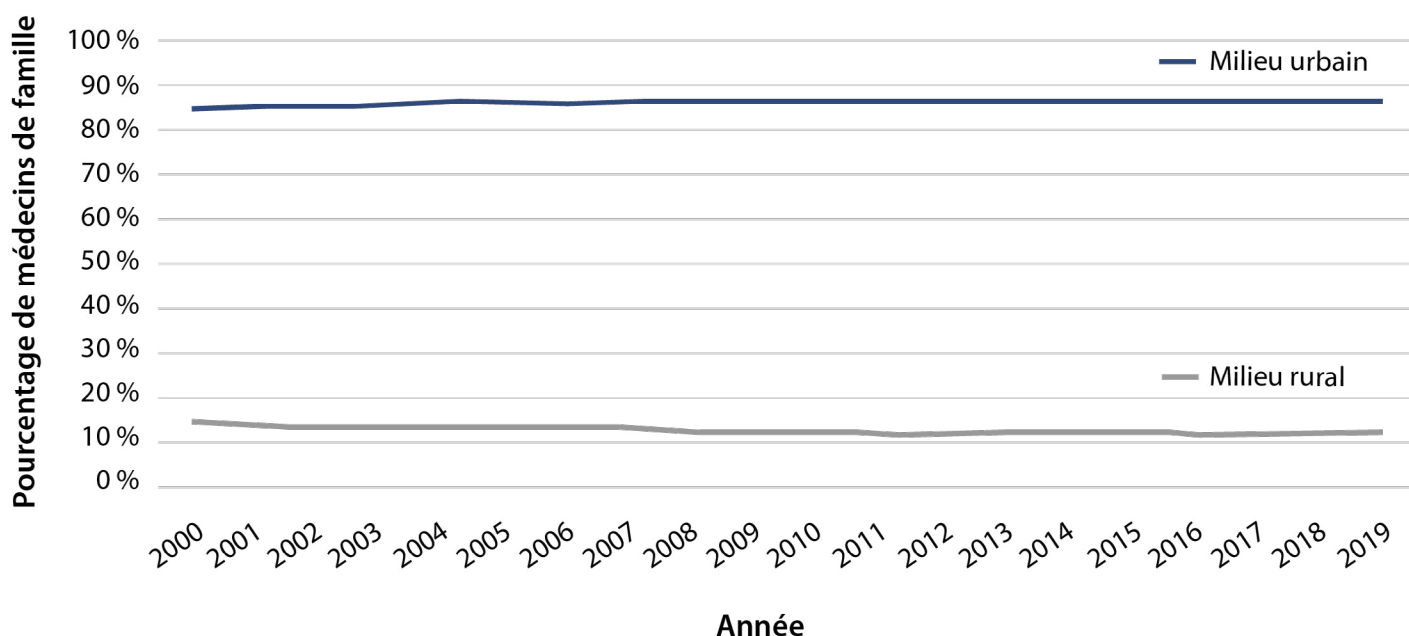
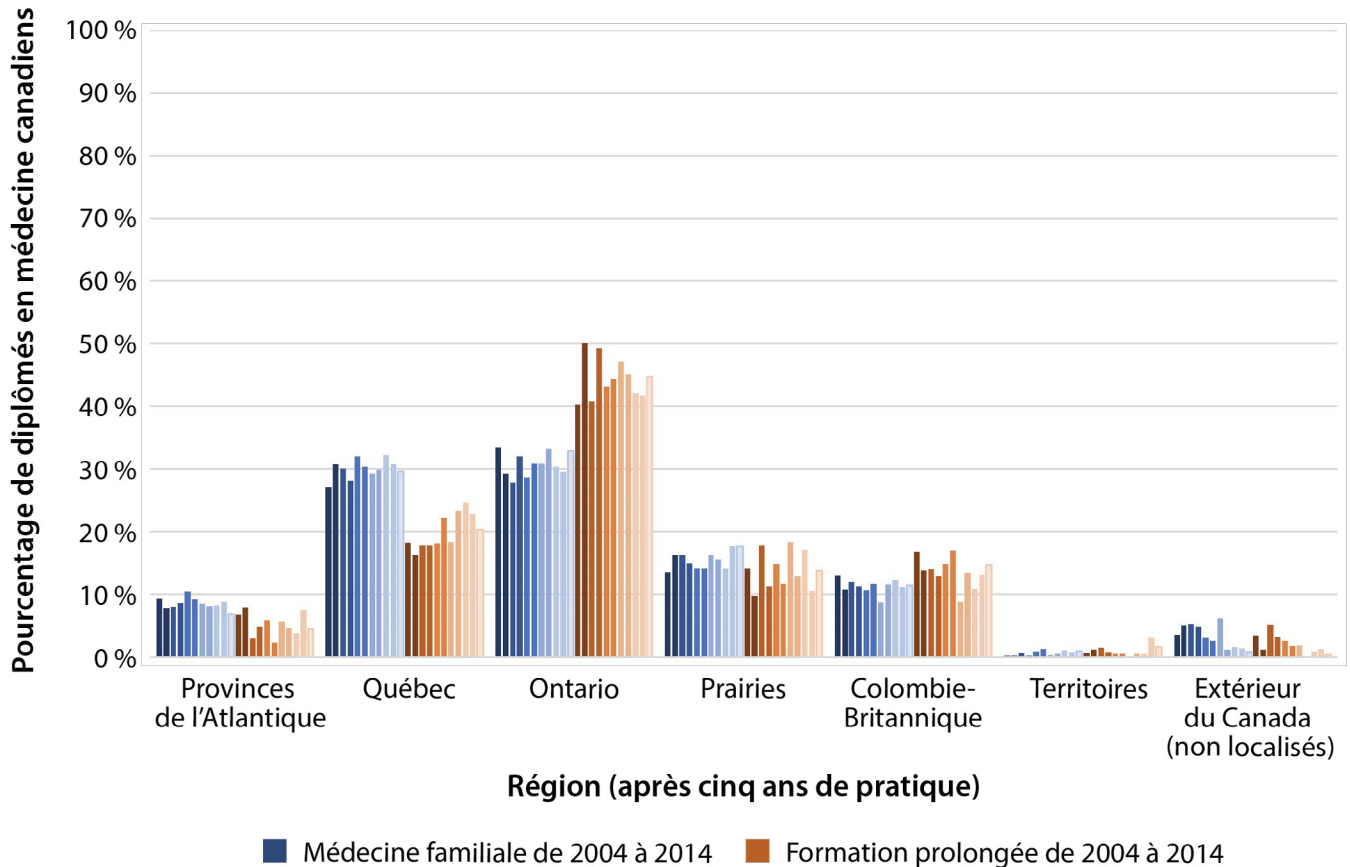


Figure 3. Région de pratique des diplômés en médecine canadiens après cinq ans de pratique, par programme et par année de fin de résidence, de 2004 à 2014



Provinces de l'Atlantique : La proportion de diplômés en médecine canadiens a diminué, passant de 6,7 % en 2009 à 4,5 % en 2019.

Région de pratique des diplômés en médecine canadiens issus de programmes de formation prolongée, par année de fin de la résidence

Après cinq ans de pratique, la plupart des diplômés en médecine canadiens issus des programmes de formation prolongée, y compris de médecine d'urgence, de soins aux personnes âgées et de tous les autres programmes de compétences avancées, habitaient en Ontario (**figures 4, 5 et 6**). Il y avait peu de diplômés des programmes de soins aux personnes âgées : ce domaine doit donc être évalué avec une certaine réserve.

Quelle est la relation entre la participation à des programmes de formation en milieu rural et le milieu de pratique des diplômés en médecine de famille cinq ans après la fin du programme? Au fil du temps?

Après cinq ans de pratique, la proportion de diplômés en médecine canadiens établis dans divers milieux de pratique était comparable pour ceux qui avaient participé à des programmes de médecine de famille et de formation prolongée. La plupart des diplômés de programmes de médecine de famille et de formation prolongée se trouvaient dans de grands centres urbains (**figure 7**). Aucune tendance claire n'a été observée au fil du temps.

Figure 4. Régions de pratique des diplômés canadiens issus des programmes de médecine d'urgence après cinq ans de pratique, par région et par année de fin de résidence, de 2004 à 2014

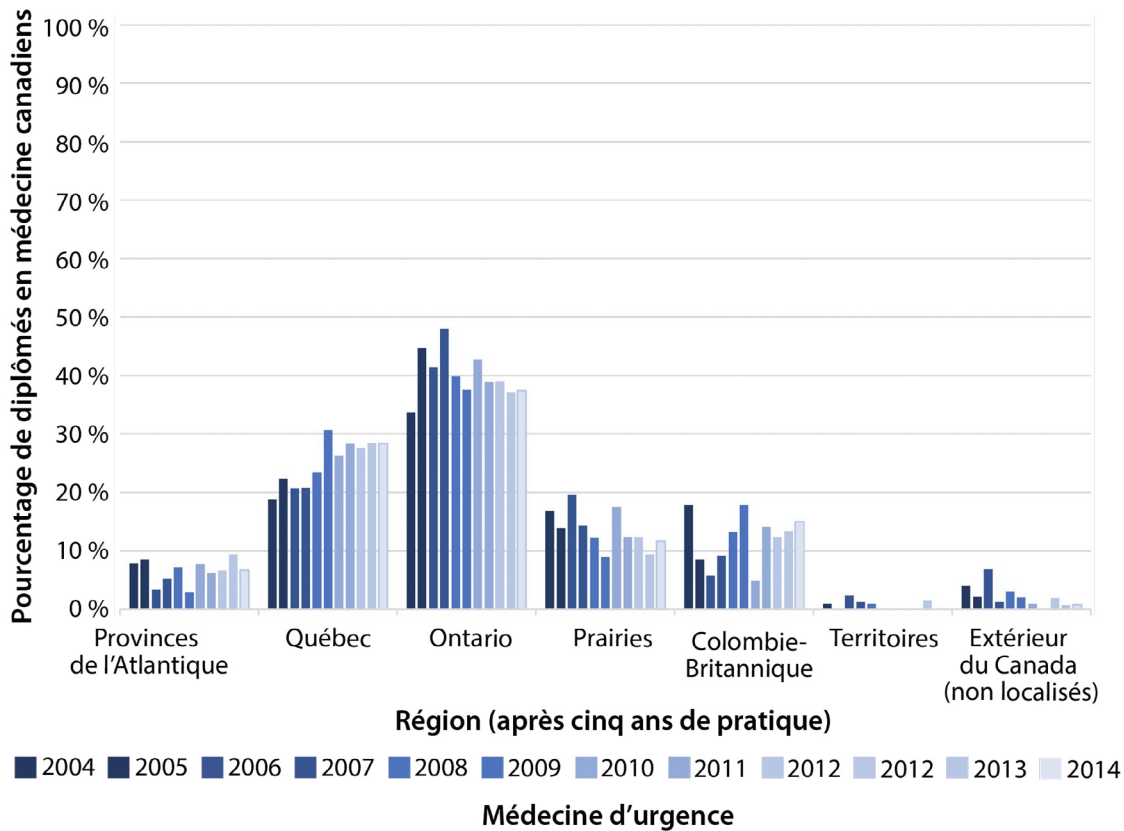


Figure 5. Régions de pratique des diplômés canadiens issus des programmes de soins aux personnes âgées après cinq ans de pratique, par région et par année de fin de résidence, de 2004 à 2014

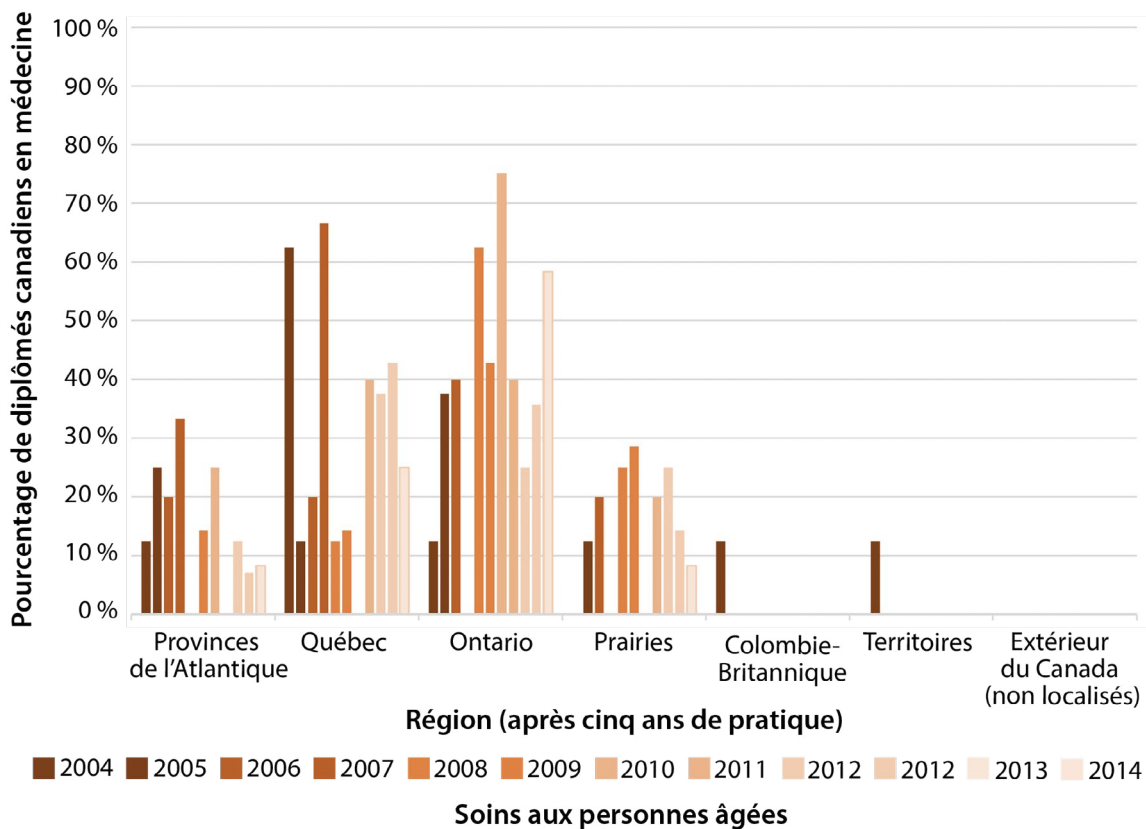


Figure 6. Régions de pratique des diplômés en médecine canadiens issus des programmes de compétences avancées autres que la médecine d'urgence et les soins aux personnes âgées après cinq ans de pratique, par région et par année de fin de résidence, de 2004 à 2014

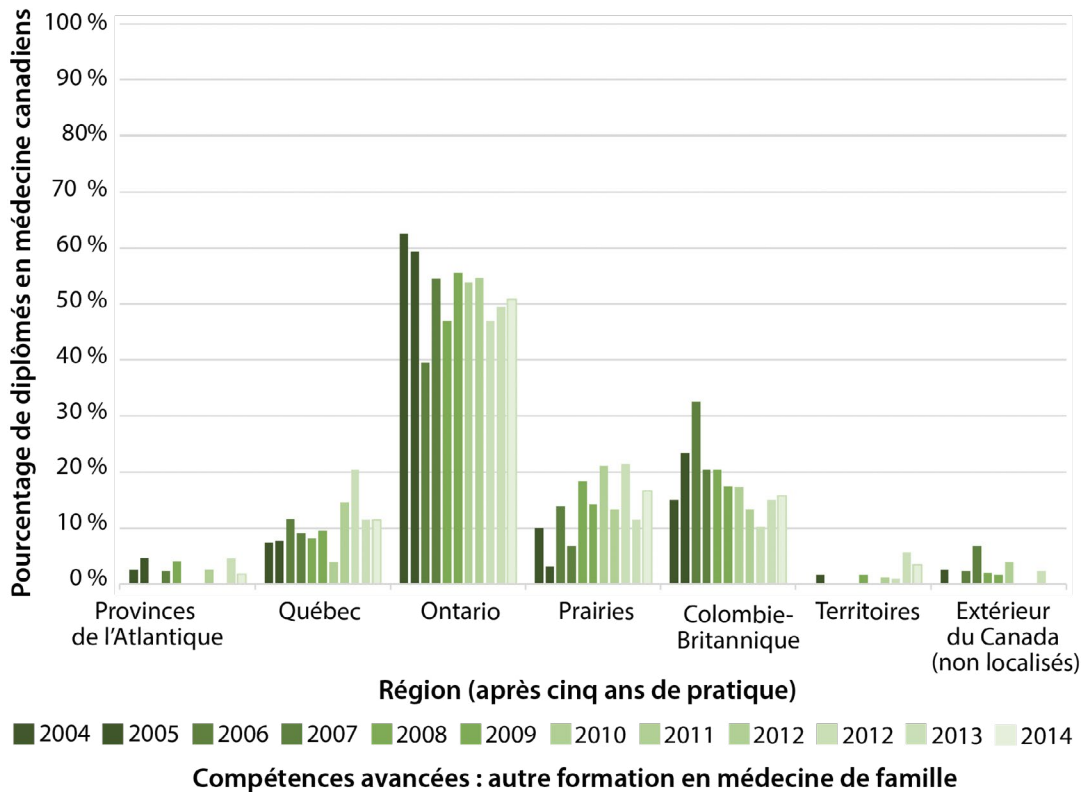
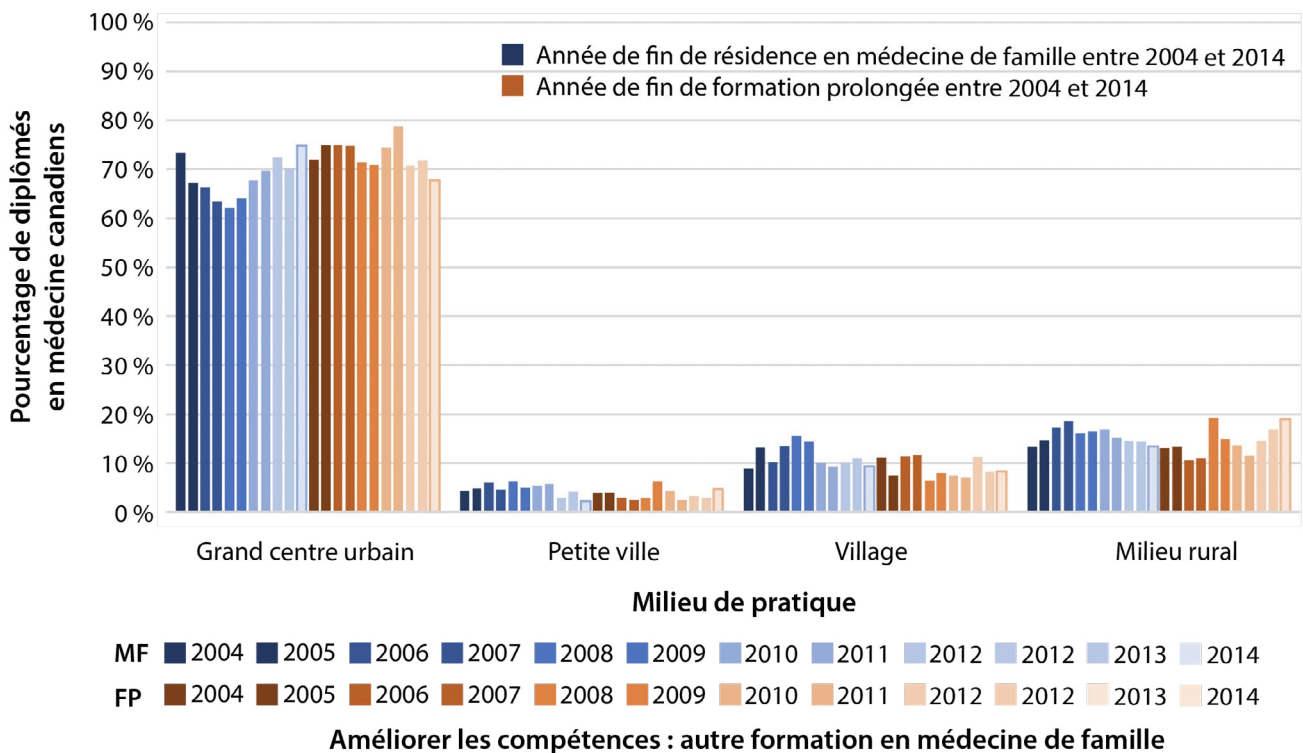


Figure 7. Milieux de pratique des diplômés en médecine canadiens après cinq ans de pratique par programme et par année de fin de résidence, de 2004 à 2014



Milieus de pratique des diplômés en médecine canadiens par programme de formation prolongée et par année de fin de résidence

Pour les diplômés en médecine canadiens issus de programmes de formation prolongée, les tendances liées aux milieux de pratique étaient semblables à celles des diplômés en médecine canadiens issus de programmes de médecine de famille : la plupart (jusqu'à 100 %) étaient situés dans de grands centres urbains, suivis par les milieux ruraux, les villages et les petites villes (**figure 8**).

Milieus de pratique par type de programme et par année de fin de résidence

Le pourcentage de médecins de famille qui pratiquaient dans une petite ville ou dans un milieu rural cinq ans après la fin de leur résidence était beaucoup plus élevé chez ceux qui avaient fait leur formation en médecine de famille en milieu rural que chez ceux qui provenaient d'autres programmes (**figure 9**). Au cours de la période de trois ans, nous avons constaté une légère baisse du pourcentage de diplômés en médecine de famille issus

de programmes en milieu rural qui pratiquaient dans une petite ville ou dans un milieu rural (de 61 % à 52,5 %).

Quelles sont les tendances de mobilité des diplômés en médecine canadiens par rapport à la région où ils ont fait leurs études, par année? Quelle est la relation entre la région et les tendances de mobilité? Au fil du temps?

Il existe un rapport entre l'année de fin de résidence et la catégorie de mobilité. La proportion de médecins de famille qui étaient dans la même région pendant leur formation en médecine, leur formation postdoctorale et cinq ans après leur entrée en pratique (catégorie « constance ») a légèrement augmenté au fil du temps (**figure 10**). En revanche, la proportion de médecins de famille dans la catégorie « mobilité » a légèrement diminué au cours de la même période. Enfin, la proportion de résidents ayant effectué leur formation en médecine et leur formation postdoctorale dans la même région, mais qui pratiquaient à l'extérieur de cette région au bout de cinq ans (catégorie « départ

Figure 8. Milieus de pratique des diplômés en médecine canadiens issus de programmes de formation prolongée après cinq ans de pratique, par programme et par année de fin de résidence, de 2004 à 2014

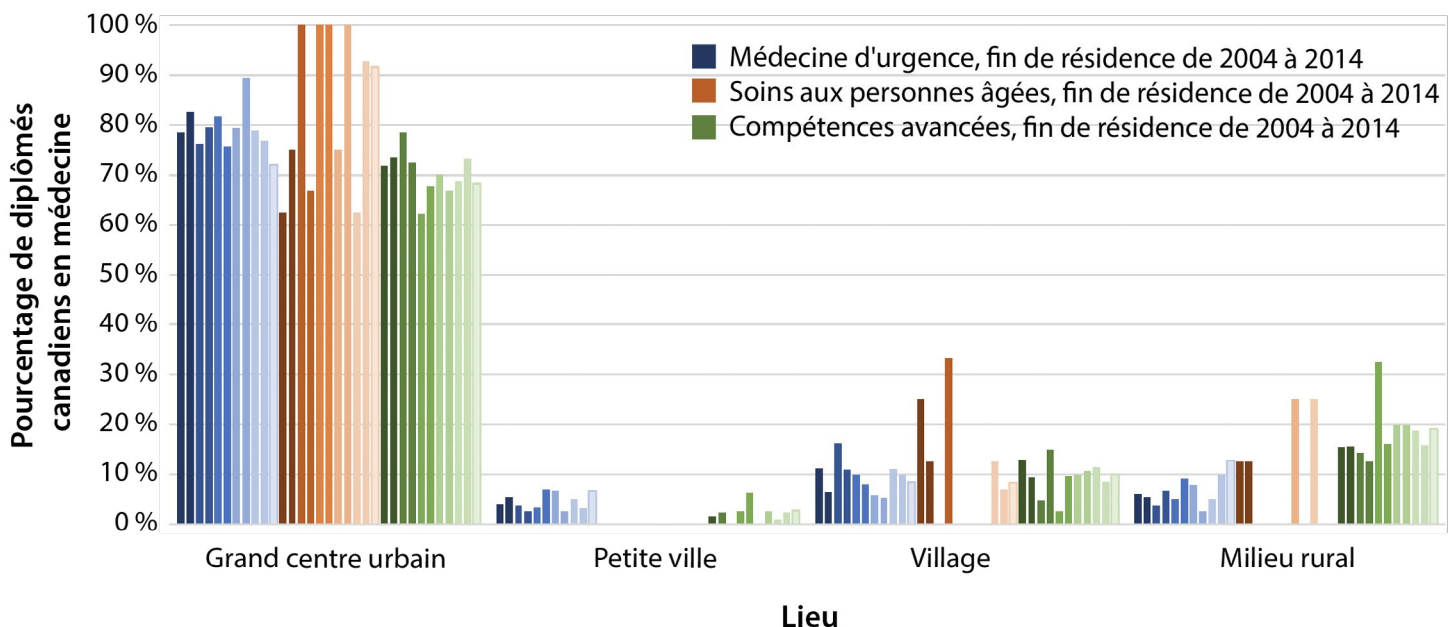


Figure 9. Pourcentage de médecins de famille installés dans une petite ville ou en milieu rural après cinq ans de pratique, par programme et par année de fin de résidence, de 2012 à 2014

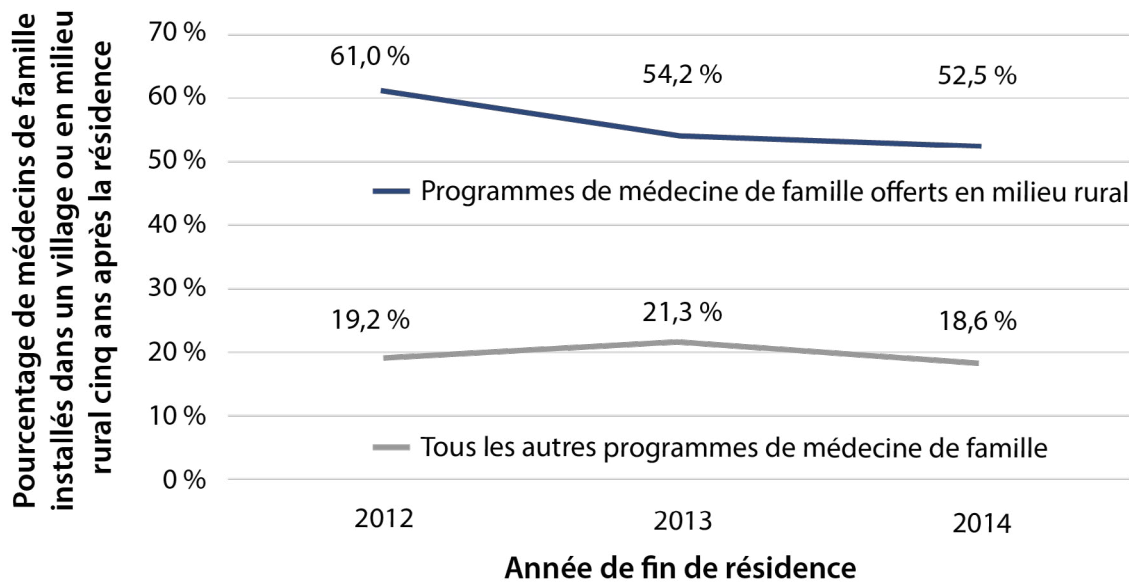
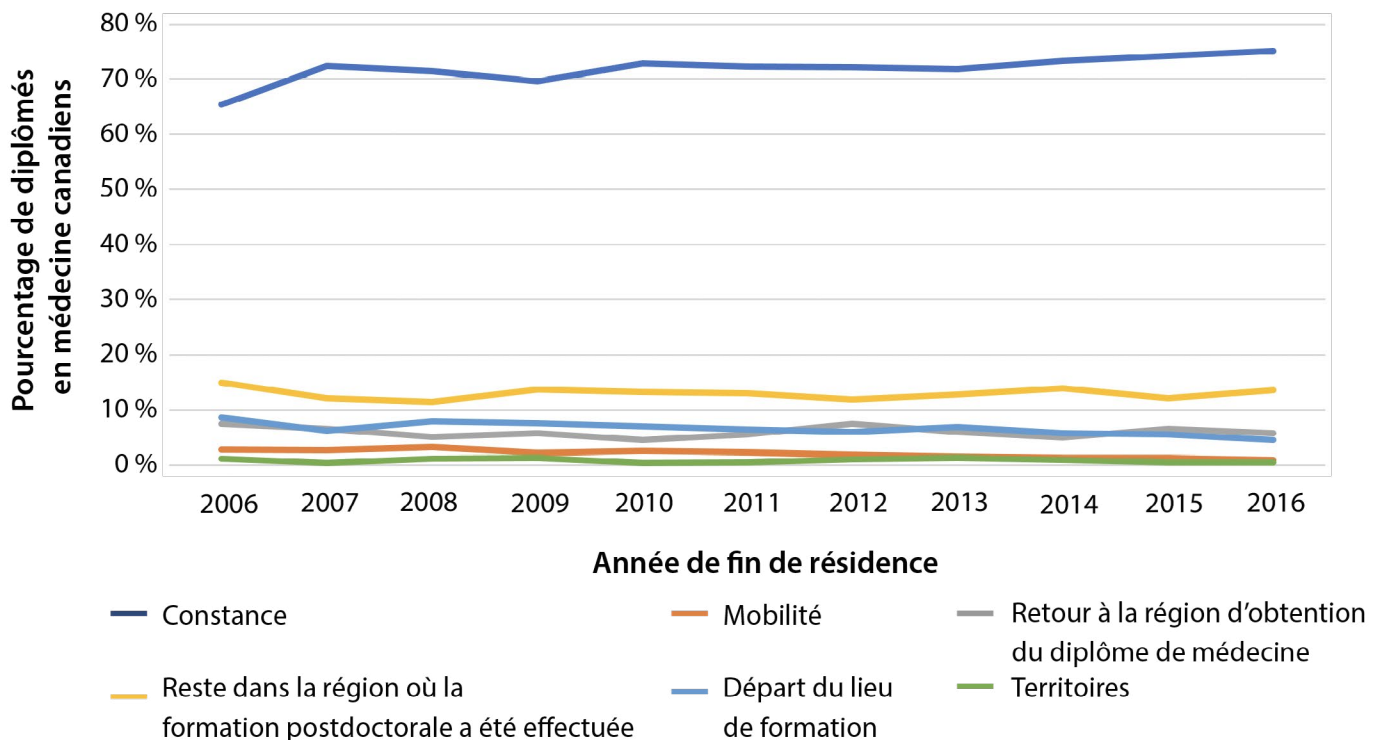


Figure 10. Tendances de mobilité des médecins de famille après cinq ans de pratique selon l'année de fin de résidence, de 2006 à 2016



du lieu de formation») a diminué de près de la moitié, passant de 8,5 % pour l'année de fin de résidence 2006 à 4,4 % pour l'année 2016.

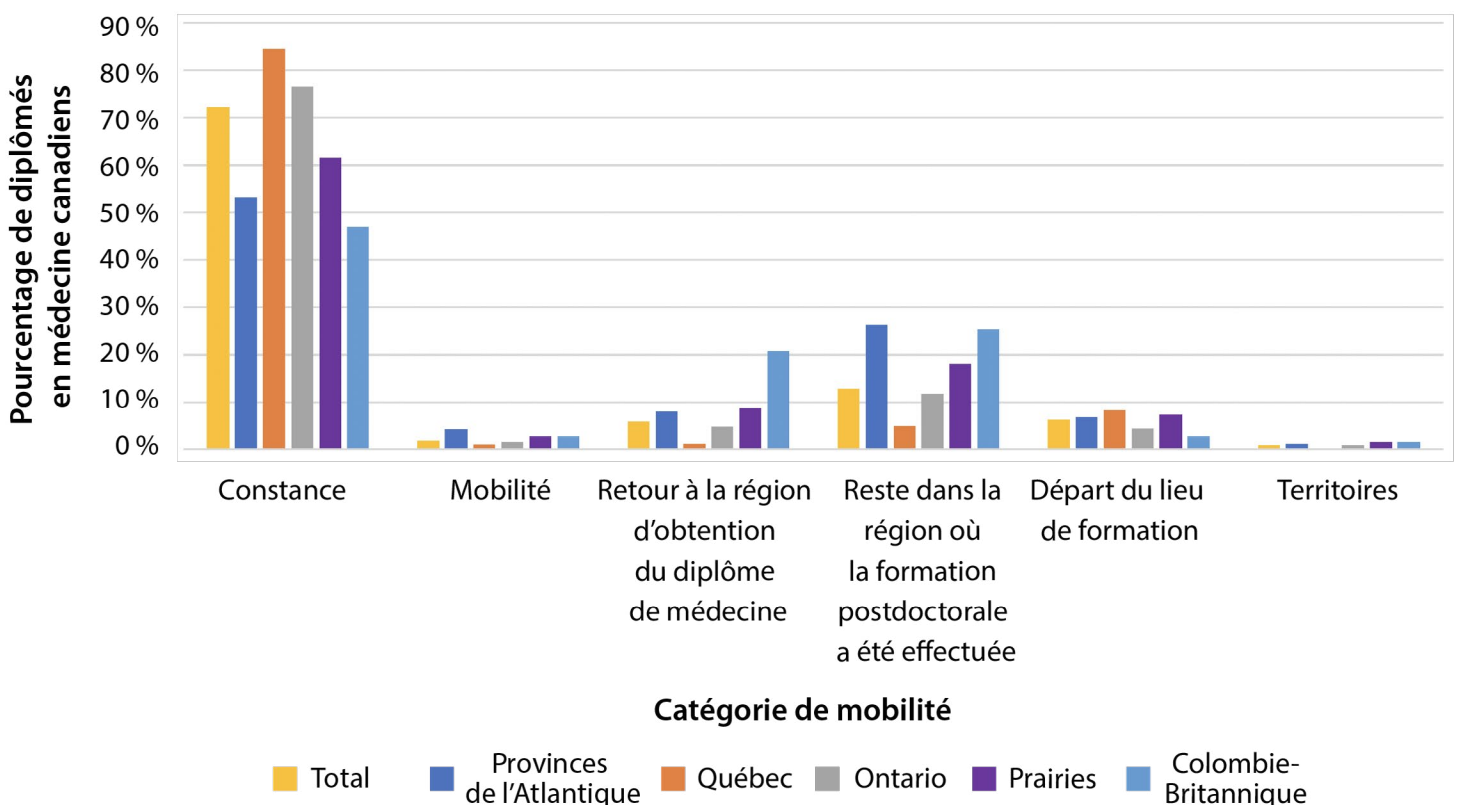
Tendances de mobilité des diplômés en médecine canadiens, par région

Il existe un rapport entre la catégorie de mobilité et la région de pratique. Une grande partie des médecins de famille qui pratiquaient dans les provinces de l'Atlantique ont quitté la région dans laquelle ils ont fait leurs études pour venir s'établir dans la région de l'Atlantique (**figure 11**). En revanche, la majorité des médecins qui pratiquaient au Québec ont fait leurs études dans cette province. En Colombie-Britannique, près d'un médecin sur trois (31,5 % contre 12,9 % pour l'ensemble du Canada) a obtenu son diplôme de médecine dans une autre région, mais a déménagé en Colombie-Britannique pour y faire sa résidence et y pratiquer.

Limites

Chaque base de données a ses limites. La Base de données médicales Scott's n'est pas en mesure de conserver l'adresse postale de choix de tous les médecins³. De plus, l'exactitude des données à un moment donné est limitée en raison des délais de collecte et de communication des données. Les données recueillies par le RCEP sur les programmes de médecine de famille de catégories 1 et 2 sont limitées. Par conséquent, les résidents qui ont abandonné pourraient ne pas être comptabilisés dans les données. Les renseignements provenant des programmes de troisième année étaient sporadiques au cours des premières années de déclaration au RCEP, mais cette situation s'est améliorée. Le RCEP recueille des données sur les résidents titulaires d'un visa lorsqu'ils sont aux études, mais ne reçoit pas de données sur leur lieu de pratique de la part des partenaires, car il est prévu que ces résidents retournent dans leur pays d'origine à la fin

Figure 11. Catégories de mobilité des diplômés en médecine canadiens, par région, après cinq ans de pratique



de leur formation. Certains résidents titulaires d'un visa pourraient décider de revenir au Canada et n'auraient pas été comptabilisés dans les analyses actuelles.

Discussion

Au Canada, la Certification du Collège des médecins de famille du Canada permet aux diplômés en médecine de famille de demander un permis d'exercice complet dans chaque province et territoire auprès de son ordre des médecins. En 2019, le Canada comptait 91 375 médecins, soit 241 médecins pour 100 000 habitants (sur ces 241 médecins, 122 étaient des médecins de famille)¹⁰. Cela représente un ratio de 1,22 médecin de famille pour 1 000 personnes. Pourtant, environ 4,6 millions de Canadiens et Canadiennes n'ont pas accès à un prestataire de soins de santé régulier¹¹.

Cette étude confirme qu'il y a une plus grande proportion de médecins de famille qui pratiquent en milieu urbain qu'en milieu rural, avec une faible augmentation de 85 % à 87 % entre le début de l'année 2000 jusqu'en 2019. De plus, moins de 20 % des médecins de famille pratiquent en milieu rural, et cette tendance est restée relativement stable entre 2000 et 2019.

Si nous souhaitons que les finalités de l'apprentissage aient un impact sur le mandat de responsabilité sociale du CMFC, les programmes de résidence et le CMFC doivent alors se pencher sur les problèmes de répartition des médecins de famille. Comprendre que l'influence de la résidence sur le choix du lieu de pratique est un facteur clé dont il faut tenir compte.

Cette étude a révélé que la plupart des diplômés des programmes de médecine de famille ont choisi de s'installer en Ontario et au Québec. La proportion de diplômés en médecine de famille au Canada qui se sont établis dans les Prairies a augmenté entre 2009 et 2019 et a légèrement diminué en Colombie-

Britannique et dans les régions de l'Atlantique. Les médecins de famille restaient généralement dans la même région que celle où ils avaient effectué leur formation en médecine et leur résidence, avec une tendance légèrement à la hausse. Cependant, il y a eu quelques exceptions notables, à savoir une plus faible mobilité des médecins de famille formés au Québec et une plus grande mobilité des médecins de famille formés dans la région de l'Atlantique, les médecins étant plus susceptibles de quitter les provinces de l'Atlantique pour aller pratiquer dans d'autres régions du Canada. En Colombie-Britannique, près d'un médecin en pratique sur trois a obtenu son diplôme de médecine dans une autre région, mais a déménagé en Colombie-Britannique pour faire sa résidence en médecine de famille et s'est installé dans cette province. Les médecins de famille issus de programmes de médecine de famille en milieu rural étaient plus susceptibles de pratiquer dans une petite ville ou dans un milieu rural cinq ans après leur résidence, avec une légère baisse constatée sur une période de trois ans. Les différences régionales soulèvent les questions suivantes : comment et dans quelle mesure l'exposition à la formation pendant la résidence influence-t-elle les décisions relatives au lieu de pratique ?

En examinant les tendances de répartition des diplômés ayant suivi une formation prolongée, nous avons constaté que la plupart d'entre eux pratiquaient en Ontario et au Québec. La proportion de diplômés des programmes de formation prolongée dans les milieux urbains est restée relativement stable au fil du temps, et ils sont plus nombreux à pratiquer en milieu urbain qu'en milieu rural. Ce constat est d'autant plus intéressant lorsque l'on fait un retour sur l'objectif de la formation prolongée, les Certificats de compétence additionnelle et le rôle que les médecins de famille ayant reçu cette formation peuvent jouer pour répondre aux besoins en matière de responsabilité sociale.

Conclusion

Dans le cadre de son mandat de responsabilité sociale, le CMFC s'est engagé à améliorer l'accès aux soins pour tous au Canada. Les données montrent qu'en dépit d'une augmentation générale du rapport du nombre de médecins de famille à la population, il existe encore une mauvaise répartition des effectifs en médecine de famille. Pour que les planificateurs de la main-d'œuvre puissent prendre des décisions qui permettront à tous les Canadiens et Canadiennes d'avoir accès à un médecin de famille, on doit mieux

comprendre la répartition des médecins de famille. Une répartition efficace nécessite la compréhension des facteurs qui influencent les décisions des médecins quant à leur choix de lieu de pratique. Ces renseignements peuvent aider le Collège et les provinces à mieux favoriser une répartition équitable des médecins de famille au pays. À l'avenir, il sera important d'examiner les tendances de la pratique et de définir les changements en éducation qui pourraient, le cas échéant, influencer le choix du lieu de pratique au fil du temps.

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>.

Références

1. Cabinet du Premier ministre. Lettre de mandat supplémentaire de la ministre de la Santé; le 15 janvier 2021. Date de consultation : Le 4 août 2021. <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2021/01/15/archivee-lettre-de-mandat-supplementaire-de-la-ministre-de-la-sante>.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019* — Notes méthodologiques; Ottawa (ON): Institut canadien d'information sur la santé; 2019. Dans : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/supply-distribution-migration-of-physicians-in-canada-2019-methodology-notes-fr.pdf>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
3. Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. *Fiche de renseignements sur le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.* Ottawa (ON) : Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.; 2021. Dans : https://caper.ca/sites/default/files/pdf/fact-sheets/FactSheet_Canadian_Post_MD_Education_Registry_fr.pdf. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
4. Collège des médecins de famille du Canada. *Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille.* Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Agrément/2020701-RB-V2-0-FR.pdf>. Date de consultation : Le 5 août 2021.
5. Slade S, Ross S, Lawrence K, Archibald D, Mackay MP, Oandasan IF. Extended family medicine training: Measuring training flows at a time of substantial pedagogic change. *Can Fam Phys.* 2016;62(12):e749-e57.
6. Statistique Canada. Spécifications techniques [site Web]. 2015. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-151-g/2011001/tech-fra.htm>.
7. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual per cent change in trend analysis. *Stat Med.* 2009;28(29):3670-3682. Dans : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2843083/>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
8. Hess A, Iyer H, Malm W. Linear trend analysis: a comparison of methods. *Atmos Environ.* 2001;35(30):5211-5222.
9. Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. *Document de travail : Mobilité des médecins pendant et avant la formation médicale.* Ottawa (ON) : Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.; 2019. Dans : http://caper.ca/sites/default/files/pdf/presentations/2019_WP_Physician_Mobility_en.pdf. Date de consultation : Le 5 octobre 2021.
10. Statistique Canada. *Feuillets d'information de la santé : Fournisseurs habituels de soins de santé, 2019.* Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2020. Dans : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-fra.htm>. Date de consultation : Le 5 octobre 2021.

Annexe 1

Liste des autres programmes de formation en compétences avancées

Compétences avancées : Anesthésie
Compétences avancées : Chirurgie
Compétences avancées : Clinicien érudit
Compétences avancées : Déficience développementale
Compétences avancées : Maladies chroniques
Compétences avancées : Maladies du sein
Compétences avancées : Médecine du travail
Compétences avancées : Médecine hospitalière
Compétences avancées : Médecine rurale
Compétences avancées : Médecine sportive
Compétences avancées : Obstétrique
Compétences avancées : Oncologie
Compétences avancées : Pédiatrie
Compétences avancées : Psychiatrie
Compétences avancées : Rhumatologie
Compétences avancées : Santé autochtone
Compétences avancées : Santé de l'environnement
Compétences avancées : Santé des femmes
Compétences avancées : Santé mondiale
Compétences avancées : Soins aux patients atteints du cancer
Compétences avancées : Soins palliatifs
Compétences avancées : Toxicomanies et santé mentale
Compétences avancées : VIH/SIDA

Source : Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. (RCEP)