

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Portée de la pratique des médecins de famille au Canada : 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. *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.

Affiliations des auteurs

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

Ivy Oandasan, MD, MHSc, CCMP, 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

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

Lori Lennox, directrice, Stratégie et analytique organisationnelle, Association canadienne de protection médicale

Shilin Zhao, gestionnaire, Analytique organisationnelle, Association canadienne de protection médicale

Organismes qui ont contribué au présent document

Association canadienne de protection médicale

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

Le but de la résidence en médecine de famille est d'assurer que les diplômés sont prêts à commencer l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine de famille où qu'ils soient au Canada et à s'adapter aux besoins de leur communauté. Le Profil professionnel en médecine de famille¹ est l'énoncé de position du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui décrit la discipline de médecine de famille. Il contient les contributions, les capacités et les engagements collectifs des médecins de famille, qui incluent la prestation de soins complets et globaux à l'ensemble de la population canadienne (**figure 1**). Le CMFC est responsable de l'établissement des normes de formation qui préparent les médecins de famille à exercer dans toute la portée de la pratique décrite dans le Profil professionnel en médecine de famille.

Aucune base de données nationale ne décrit la portée de la pratique (ou l'éventail des services) des médecins de famille au Canada, qui représenterait tous les domaines du *Profil professionnel en médecine de famille*². Le CMFC a donc jugé important d'examiner les données de référence existantes sur la portée de la pratique avant de publier les recommandations qui découlent du Projet sur les finalités d'apprentissage au sujet des changements à apporter aux programmes d'études. L'un des principaux objectifs de ce projet est de décrire les habiletés dont on s'attend des diplômés en médecine de famille puisqu'elles contribuent à la responsabilité collective des médecins de famille, à savoir offrir des soins complets et globaux à leurs patients et à leurs communautés. La base de données des membres de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a été identifiée comme une source qui pourrait fournir des éléments qui décrivent la portée de la pratique diversifiée des médecins de famille.

Figure 1. Principales responsabilités des médecins de famille décrites dans le Profil professionnel en médecine de famille

- 1. La prestation de soins médicaux pour toute la population, à tous les âges, à toutes les étapes du cycle de vie et dans tous les contextes. Ces soins comprennent tous les domaines cliniques, tant les soins aigus que chroniques, à tous les stades, depuis la prévention jusqu'aux soins palliatifs. Les médecins de famille travaillent dans tous les contextes de soins et environnements réglementés, dont :**
 - les soins primaires
 - les soins d'urgence
 - les soins à domicile et soins de longue durée
 - les soins hospitaliers
 - les soins de maternité et de périnatalité
- 2. Leur leadership** à tous les niveaux pour la prestation de soins de première ligne de haute qualité, accessibles, complets, globaux et continus, qui répondent aux conditions locales, et pour la recherche qui contribue à faire avancer la compréhension de ces soins.
- 3. Leur plaidoyer** pour l'accès à des soins de grande qualité, sécuritaires sur le plan culturel, abordables, complets et globaux, et pour des conditions sociales qui favorisent la santé. Ceci exige un engagement de leur part et une implication avec des partenaires dans les communautés et auprès de personnes qui vivent des situations difficiles ou pour qui l'accès à la santé comporte des obstacles.
- 4. Leur érudition (enseignement/amélioration de la qualité (AQ)/recherche)** par des activités d'amélioration de la qualité, par une approche aux soins basée sur les données probantes, et par leurs rôles d'enseignant et de mentor. Les médecins de famille font avancer les connaissances de la discipline grâce à leur contribution sur tout le continuum des activités de recherche.

Objectif

Une étude a été menée afin de déterminer s'il était possible d'obtenir une description du travail qu'effectuent les médecins de famille à partir de la base de données de l'ACPM. Nous avons examiné les données pour déterminer si elles étaient applicables et représentatives, et si elles concordait avec le *Profil professionnel en médecine de famille*. Nous avons examiné les modèles temporels et régionaux de pratique des médecins de famille en début de carrière au Canada par rapport aux descriptions utilisées par l'ACPM pour les médecins généralistes et les médecins de famille. Les questions suivantes ont servi de base à l'étude :

1. Quelle proportion des médecins généralistes/médecins de famille en début de carrière effectuent les divers types de travail définis par l'ACPM?
2. Comment la proportion des médecins généralistes/médecins de famille en début de carrière qui effectuent les divers types de travail varie-t-elle dans le temps? selon le lieu géographique? et selon le type de communauté (régions urbaines et rurales)?
3. Quelle proportion des médecins généralistes/médecins de famille en début de carrière changent de type de travail au fil du temps?

Méthodes

Une demande de données a été déposée auprès de l'ACPM, une société à caractère mutuel sans but lucratif qui offre soutien et conseils en cas de problèmes médico-légaux à ses quelque 100 000 médecins membres (soit plus de 95 pour cent des médecins canadiens). L'ACPM tient à jour une grande base de données administrative nationale qui contient de l'information sur la gestion des causes médico-légales. Elle utilise cette information pour appuyer les demandes de recherche approuvées et les décisions d'affaires, et pour créer des produits éducatifs pour ses membres.

L'ACPM recueille des données sur les coûts des types ou codes de travail (CDT) de ses membres

qui exercent la médecine générale ou la médecine de famille; l'information sert à fixer les cotisations. Elle demande aux membres de sélectionner le CDT qui reflète le mieux leurs responsabilités professionnelles. Les catégories de CDT sont basées sur le niveau de risque associé aux tâches effectuées. Pour la médecine générale ou la médecine de famille, les membres sont classés dans quatre catégories décrites au **tableau 1**.

Notons que l'ACPM ne fait pas de distinction entre la médecine générale et la médecine de famille dans ses catégories. Elle ne demande pas aux membres s'ils ont obtenu la certification du CMFC ou celle du Collège des médecins du Québec. Aux fins de la présente étude, les termes médecin généraliste et médecin de famille ont été utilisés de façon interchangeable et correspondent aux catégories de l'ACPM. Le CDT sert de mesure indicative afin de décrire le champ de pratique des médecins généralistes/médecins de famille. Dans ce contexte, on a supposé que ceux qui sélectionnaient le CDT 35 (excluant l'anesthésie, l'obstétrique et les quarts de travail au service d'urgence) avaient une portée de pratique plus restreinte que ceux qui sélectionnaient les

Tableau 1. Classification des membres en pratique générale ou en médecine de famille

CDT	Catégorie de CDT
CDT 35	Médecine de famille ou médecine générale (excluant l'anesthésie, l'obstétrique et les quarts de travail au service d'urgence)
CDT 73	Médecine de famille ou médecine générale (travail professionnel effectué principalement en médecine de famille, incluant les quarts de travail au service d'urgence)
CDT 78	Médecine de famille ou médecine générale (incluant l'obstétrique, l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au service d'urgence)
CDT 79	Médecine de famille ou médecine générale (incluant l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au service d'urgence)

CDT 73, 78 ou 79. Quant au lieu de travail, l'ACPM recueille l'adresse de correspondance des membres, y compris le code postal. Ce dernier est utilisé pour déterminer le type de communauté (urbaine ou rurale) selon le fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada et ses définitions. Il est important de noter que le type de communauté déterminé ne reflète pas forcément l'endroit où les médecins exercent.

Observations

On a constaté que l'ACPM recueille des données démographiques sur les médecins de famille, leur lieu géographique et certains descripteurs sur le leadership, leurs activités d'érudition et leurs activités professionnelles. Aux fins de cette étude, le CDT a été utilisé pour déterminer le champ de pratique (**tableau 2**).

1. Caractéristiques démographiques des nouveaux médecins généralistes/médecins de famille par province ou territoire et par année

En 2008, 1 155 nouveaux membres de l'ACPM ont choisi les CDT 35, 73, 78 ou 79 pour décrire leur travail. Ce nombre a augmenté de 4 pour cent par année pour atteindre 1 744 nouveaux membres en 2019.

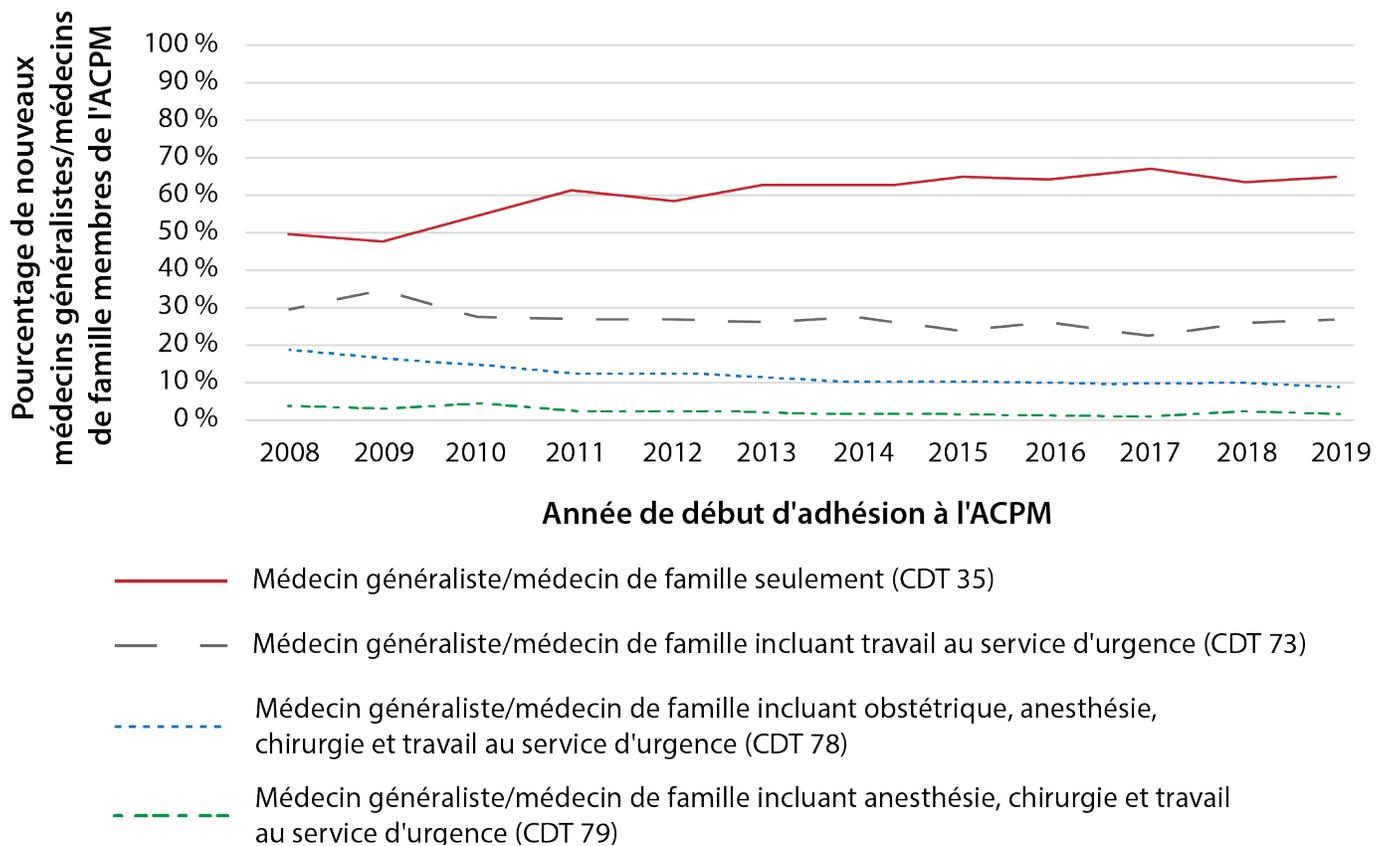
2. Proportions des nouveaux médecins de famille par type de travail

La proportion de nouveaux membres de l'ACPM dans la catégorie médecin de famille/médecin généraliste (CDT 35) a augmenté au cours des 12 années de l'étude, passant de 49,4 pour cent en 2008 à 64,0 pour cent en 2019 (**figure 2**). La proportion de nouveaux membres inscrits dans la catégorie médecin de famille/médecin généraliste qui prodiguent des soins d'obstétrique, d'anesthésie et de chirurgie, et qui travaillent au service d'urgence (CDT 78) a diminué au cours de ces 12 années, passant de 18,2 pour cent en 2008 à 8,6 pour cent en 2019. La proportion de nouveaux membres inscrits dans la catégorie de médecine de famille ou générale qui prodiguent des soins d'anesthésie et de chirurgie et qui travaillent dans un service d'urgence (CDT 79) a diminué au cours de la même période, passant de 3,4 pour cent en 2008 à 1,3 pour cent en 2019. La proportion de nouveaux membres inscrits dans la catégorie médecin de famille/médecin généraliste avec quarts de travail au service d'urgence (CDT 73) a varié au cours des 12 années, s'établissant en moyenne à 28,8 pour cent.

Tableau 2. Champ de pratique et codes de travail

Domaines du Profil professionnel en médecine de famille et désignations des Certificats de compétence additionnelle	CDT	Catégorie de CDT
Soins primaires	CDT 35	Médecine de famille ou médecine générale (excluant l'anesthésie, l'obstétrique et les quarts de travail au service d'urgence)
Soins primaires et soins d'urgence	CDT 73	Médecine de famille ou médecine générale (travail professionnel effectué principalement en médecine de famille, incluant les quarts de travail au service d'urgence)
Soins primaires, soins d'urgence, soins hospitaliers, soins maternels et néonataux, médecine générale et anesthésie	CDT 78	Médecine de famille ou médecine générale (incluant l'obstétrique, l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au service d'urgence)
Soins primaires, médecine d'urgence, médecine générale, anesthésie, compétences chirurgicales avancées	CDT 79	Médecine de famille ou médecine générale (incluant l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au service d'urgence)

Figure 2. Pourcentage des nouveaux médecins de famille par type de travail et par année de début d'adhésion, de 2008 à 2019



3. Proportions des nouveaux médecins généralistes/médecins de famille par type de travail et par province ou territoire

Les régions où la plupart des nouveaux médecins de famille travaillaient exclusivement en médecine de famille ou générale (CDT 35) étaient la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario, le Québec et Autre (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Territoires du Nord-Ouest, Nouvelle-Écosse, Nunavut, Île-du-Prince-Édouard et Yukon). Dans ces provinces et territoires, la deuxième catégorie de travail la plus courante était médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence (CDT 73). En Saskatchewan et au Manitoba, la plupart des médecins de famille et des médecins généralistes travaillaient en médecine de famille ou générale et effectuaient des quarts de travail au service d'urgence (CDT

73); venaient ensuite les médecins généralistes/médecins de famille qui travaillent seulement en médecine de famille ou générale (CDT 35). Pour toutes les régions, les types de travail les moins courants étaient médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et l'obstétrique, l'anesthésie et la chirurgie (CDT 78) et médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et l'anesthésie et la chirurgie (CDT 79).

4. Proportions de nouveaux médecins généralistes/médecins de famille par type de travail, par province ou territoire et par année

Entre 2008 et 2019, la proportion de nouveaux membres de l'ACPM qui travaillaient en médecine de famille ou générale (CDT 35) s'est accrue dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf en Ontario, où cette proportion est demeurée relativement stable.

Les proportions de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui travaillaient en médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et prodiguaient des soins d'anesthésie et de chirurgie (CDT 79) et de ceux qui travaillaient en médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et prodiguaient des soins d'anesthésie, de chirurgie et d'obstétrique (CDT 78) a diminué au fil du temps dans toutes les provinces et tous les territoires. Dans la plupart des provinces et territoires, la proportion de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui exercent la médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence (CDT 73) a fluctué, sans qu'aucune tendance claire ne se dégage durant la période de 2008 à 2019. Cependant, la proportion de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui exercent la médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence (CDT 73) a diminué au Québec et dans la catégorie Autre (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Territoires du Nord-Ouest, Nouvelle-Écosse, Nunavut, Île-du-Prince-Édouard et Yukon).

5. Proportions de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille par type de travail et par type de communauté

Entre 2008 et 2019, la plupart des nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui travaillaient en médecine de famille ou générale (CDT 35) étaient situés en milieu urbain (92 pour cent) alors que quelques-uns exerçaient en milieu rural (6,8 pour cent). Quant aux médecins généralistes/ médecins de famille ayant sélectionné le CDT 73 (médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence) (24,1 pour cent), le CDT 78 (médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et l'obstétrique, la chirurgie et l'anesthésie) et le CDT 79 (médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et la chirurgie et l'anesthésie), ils étaient plus nombreux à offrir ces services en milieu rural, dans des proportions allant de 24,6 pour cent (CDT 78) à 29,7 pour cent (CDT 79).

6. Proportions de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille par type de travail, par type de communauté et par année

Entre 2008 et 2019, les proportions de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille membres de l'ACPM qui travaillaient en médecine de famille ou générale (CDT 35) et les médecins de famille ou généralistes avec quarts de travail au service d'urgence (CDT 73) situés en milieu rural sont demeurées relativement stables, avec une proportion légèrement plus élevée de médecins généralistes/ médecins de famille (approximativement 30 pour cent) qui travaillaient en milieu rural pour les années 2016 à 2018. La proportion de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui travaillaient en médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et qui prodiguaient des soins d'obstétrique, d'anesthésie et de chirurgie (CDT 78) en milieu rural est demeurée relativement stable pour la plupart des années, avec des pourcentages légèrement plus élevés (approximativement 30 pour cent) pour les années 2010, 2011, 2015 et 2017.

7. Proportions de nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui ont changé de type de travail (par type de travail)

Les nouveaux médecins généralistes/ médecins de famille qui offraient une vaste gamme de services dans tous les contextes de soins (CDT 73, 78 et 79) ont changé de type de travail plus souvent que les membres qui travaillaient exclusivement en médecine de famille ou générale (CDT 35). Par exemple, entre 2008 et 2019, un peu plus de la moitié (51 pour cent) des médecins généralistes/ médecins de famille qui, au début de leur pratique, offraient des soins en médecine de famille ou générale, avec des quarts au service d'urgence, qui prodiguaient des soins d'anesthésie et de chirurgie (CDT 78) ont changé de type de travail au moins une fois au cours de cette période. Les médecins généralistes/ médecins de famille qui travaillaient en médecine de famille ou générale avec des quarts de travail au service d'urgence (CDT 73) ou qui travaillaient en médecine de famille ou générale

avec des quarts de travail au service d'urgence et qui prodiguaient des soins d'obstétrique, d'anesthésie et de chirurgie (CDT 78) ont changé de type de travail plus souvent que ceux qui travaillaient exclusivement en médecine de famille ou générale (CDT 35).

Limites

Cette étude présente trois limites principales. D'abord, le nombre de médecins généralistes/médecins de famille inclus peut ne pas représenter le nombre de ces médecins en pratique active à temps plein au Canada. Par exemple, certains d'entre eux demeurent membres de l'ACPM après avoir pris leur retraite et peuvent travailler à temps partiel ou comme remplaçants. Deuxièmement, le nombre de médecins généralistes/médecins de famille inclus dans l'étude peut ne pas correspondre au nombre de ces médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada. Ces données comprennent les médecins généralistes/médecins de famille qui sont membres de l'ACPM et sont basées sur le code de travail qui, lui, est sélectionné en fonction des risques médico-légaux associés au type de travail. Même s'il est probable que la plupart des médecins généralistes/médecins de famille membres de l'ACPM ont obtenu la Certification du CFPC, ces données peuvent inclure des personnes titulaires d'un permis provisoire, des diplômés internationaux en médecine et d'autres spécialistes dont la pratique est similaire à celle des médecins généralistes/médecins de famille. Enfin, lorsque la valeur d'une cellule était de 10 ou moins, le contenu de cette cellule était éliminé ou combiné à d'autres variables. Cette suppression a été faite pour respecter la politique de l'ACPM sur la protection des renseignements personnels.

Discussion

Cette étude a révélé qu'à l'échelle du pays, le nombre de nouveaux membres de l'ACPM qui sont médecins généralistes/médecins de famille a augmenté à un rythme d'environ 4 pour cent chaque année au cours des 12 années couvertes par l'étude. La proportion de nouveaux membres qui sont médecins généralistes/

médecins de famille a augmenté au Québec au fil du temps, tandis que cette proportion a légèrement diminué au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan.

Chez les nouveaux membres de l'ACPM, le champ de pratique des médecins généralistes/médecins de famille s'est rétréci entre 2008 et 2019. La proportion de nouveaux médecins généralistes/médecins de famille qui ont indiqué travailler en médecine de famille ou générale (CDT 35) a augmenté au cours de la période de 12 ans, tandis que la proportion de nouveaux membres médecins généralistes/médecins de famille qui ont indiqué travailler en médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et prodiguer des soins d'obstétrique, d'anesthésie et de chirurgie (CDT 78), ou qui ont indiqué travailler en médecine de famille ou générale avec quarts de travail au service d'urgence et prodiguer des soins d'anesthésie et de chirurgie (CDT 79) a diminué. La proportion de membres entrant dans la catégorie médecins de famille ou médecins généralistes effectuant des quarts de travail au service d'urgence (CDT 73) a varié, mais est restée relativement stable au fil du temps. Ces tendances ont été observées dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception de l'Ontario où la proportion de nouveaux médecins généralistes/médecins de famille qui travaillent en médecine de famille ou générale (CDT 35) était stable dans le temps. La plupart des médecins généralistes/médecins de famille travaillent exclusivement en médecine de famille ou générale (CDT 35) dans toutes les provinces et tous les territoires, sauf en Saskatchewan et au Manitoba, où la plupart des médecins généralistes/médecins de famille travaillent en médecine de famille ou générale et effectuent des quarts de travail au service d'urgence (CDT 73).

Quatre-vingt-douze pour cent des médecins généralistes/médecins de famille qui exercent la médecine de famille ou générale (CDT 35) indiquent travailler en milieu urbain plutôt que rural. Entre le quart et le tiers des médecins généralistes/médecins de famille qui exercent la médecine de famille ou générale ont déclaré offrir une gamme de services, comme l'indiquent les CDT 73 et 78 dans les milieux ruraux. Ces tendances sont relativement stables dans le temps.

À l'échelle nationale, environ le tiers des nouveaux membres généralistes/médecins de famille ont indiqué avoir changé de type de travail au cours des 12 années couvertes par l'étude. Selon la description des codes de travail de l'ACPM, la majorité des médecins généralistes/médecins de famille qui ont indiqué avoir changé de type de travail ont laissé une pratique de médecine de famille qui, outre les soins primaires, comportait des soins au service d'urgence, l'obstétrique, l'anesthésie et la chirurgie (CDT 73, 78, 79) pour une pratique de médecine générale/de famille qui ne comportait aucun de ces services (CDT 35). En plus des données limitées qui nous sont fournies par d'autres bases de données nationales, l'information provenant de l'ACPM nous porte à croire que la portée de la pratique des médecins de famille devient plus étroite. Cette constatation correspond à la littérature provinciale qui indique que moins de médecins offrent des soins à partir d'emplacements à l'extérieur de leurs cabinets³ et que la prestation des soins complets et globaux décline⁴.

Conclusion

Cette étude démontre que sur une période de 12 ans, soit de 2008 à 2019, malgré une augmentation annuelle moyenne de 4 pour cent du nombre de nouveaux membres de l'ACPM se décrivant comme médecins de famille ou médecins généralistes, le champ de pratique des médecins de famille se rétrécit. De moins en moins de ces médecins indiquaient prodiguer des soins dans les domaines de la médecine d'urgence, de l'obstétrique,

de la chirurgie et/ou l'anesthésie en médecine générale. Les médecins de famille qui travaillaient dans les communautés rurales étaient plus nombreux à déclarer avoir un champ de pratique plus large.

Bien que le CMFC y ait accès, les données de l'ACPM sont limitées puisque la portée de la pratique est basée sur l'inclusion ou l'exclusion de domaines particuliers et n'incluent pas d'autres domaines cliniques qui font partie des soins complets et globaux. En outre, l'utilisation des données de l'ACPM est limitée, car il faut déposer une demande et laisser un certain temps pour obtenir l'approbation et pour accéder aux données.

Pour la mise en œuvre du Projet sur les finalités d'apprentissage — qui vise à améliorer la préparation à la pratique des apprenants et à encourager la prestation de soins complets et globaux —, il est important de pouvoir mesurer la portée de la pratique. Il sera donc essentiel pour le CMFC d'avoir accès à des données qui décrivent avec précision le champ de pratique des médecins de famille pour déterminer si les décisions stratégiques sont efficaces. L'ACPM est une source de données dans lesquelles nous pouvons puiser, mais elle manque de précision. Cela dit, de façon générale, les constatations basées sur les catégories de l'ACPM démontrent que la portée de la pratique des médecins de famille s'est rétrécie. Il est important pour le CMFC de déterminer si cette tendance est confirmée par d'autres sources de données, d'où la nécessité, encore une fois, de disposer de données de grande qualité pour décrire la variété, le nombre et le champ de pratique des médecins de famille au Canada.

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. 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 6 août 2021.
2. Aggarwal M, Katz A, Oandasan I. Current state of quantitative data available for examining the work of family physicians in Canada. *Healthc Policy*. 2021;17(1):48-57. Dans : <https://www.longwoods.com/content/26578/healthcare-policy/current-state-of-quantitative-data-available-for-examining-the-work-of-family-physicians-in-canada>. Date de consultation : Le 22 septembre 2021.
3. Hedden L, Barer ML, McGrail K, Law M, Bourgeault IL. In British Columbia, the supply of primary care physicians grew, but their rate of clinical activity declined. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(11):1904-1911.
4. Chan BTB. The declining comprehensiveness of primary care. *CMAJ*. 2002;166(4):429-434.