

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Portrait de l'état de préparation
à la pratique selon les données
recueillies lors du
Sondage longitudinal en médecine
familiale : Synthèse des données
probantes 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, Holtby A, Oandasan I, éd(s). *Portrait de l'état de préparation à la pratique selon les données recueillies lors du Sondage longitudinal en médecine familiale : Synthèse des données probantes 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

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

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 dix sept programmes universitaires de résidence en médecine de famille ont notamment fait équipe avec le Collège des médecins de famille du Canada pour évaluer le Cours Triple C axé sur le développement des compétences dans le cadre du Sondage longitudinal en médecine familiale dont les données ont été 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 :

Marcel Arcand, réviseur de la version française, Université de Sherbrooke

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

Dragan Klujic, 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

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

Le Cursus Triple C axé sur le développement des compétences (Triple C) a pour but d'assurer que tous les diplômés sont prêts à fournir des soins complets et globaux dans n'importe quelle collectivité du Canada¹. Dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a commandé un survol de la documentation sur la définition de la préparation à la pratique². Ce survol a conclu que la préparation à la pratique implique l'interaction de quatre concepts : compétence, capacité, confiance et adaptabilité².

Plusieurs facteurs influencent la confiance des apprenants quant à leur préparation à la pratique : l'inclusion de l'apprentissage expérientiel ou l'exposition à des possibilités de formation³, l'intégration verticale du cursus^{4,5}, des cours d'apprentissage basés sur la résolution de problèmes⁶, une supervision appropriée, une rétroaction positive par les superviseurs⁷ et l'accès à du mentorat. On a observé que le manque d'accès à des occasions d'apprentissage ou des lacunes dans l'acquisition de l'expérience ont un impact négatif et donnent aux apprenants le sentiment d'être moins bien préparés⁸.

Dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du Cursus Triple C, le CMFC a créé le Sondage longitudinal en médecine familiale (SLMF), qui est mené auprès de résidents/diplômés en médecine de famille en trois temps : au début de la résidence (phase 1), à la fin de la résidence (phase 2) et trois ans après le début de la pratique (phase 3). Ce Sondage a été conçu pour déterminer les caractéristiques démographiques des répondants, leurs attitudes à l'égard de la médecine de famille, leur exposition au Triple C et leurs intentions de pratique. Pour ce faire, on a sondé les points de vue des résidents en médecine de famille et des médecins de famille en début de carrière sur leur exposition aux soins complets et globaux et leur sentiment d'être bien préparés à la pratique. La présente synthèse porte sur les liens entre l'exposition, la préparation à la pratique et l'intention de prodiguer des soins complets et globaux.

La définition des soins complets et globaux utilisée dans le SLMF est la suivante :

L'expression *soins complets et globaux* désigne 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, dans une multitude de contextes cliniques et touchant tout un spectre de problèmes cliniques (de la prévention au traitement de maladies aiguës et chroniques, et aux soins palliatifs)⁹.

Cette définition était utilisée avant que le *Profil professionnel en médecine de famille* ne soit élaboré pour décrire la contribution, les compétences et les engagements collectifs qui reflètent le possible champ de pratique global des médecins de famille, approuvé par le Conseil d'administration du CMFC¹⁰.

Objectif

Cette étude avait pour objectif d'examiner les deux questions suivantes :

- À la fin de la résidence, les diplômés en médecine de famille estiment-ils que leur niveau de préparation à la pratique, au regard de leur exposition à certains domaines, contextes de pratique et populations, reflète l'ensemble des soins complets et globaux que doivent prodiguer les médecins de famille ?
- Comment la perception du niveau de préparation à la pratique des diplômés en médecine de famille se compare-t-elle à celle des médecins de famille en début de carrière ?

Méthode

Pour cette étude, nous avons analysé les données tirées de la phase 2 du SLMF se rapportant à tous les résidents en médecine de famille participants qui ont terminé leur résidence en 2015 (dans 15 programmes), 2016 (dans 16 programmes) et 2017, 2018 et 2019 (dans 17 programmes). Nous avons ensuite analysé les réponses à partir des données disponibles de la phase 3 du SLMF menée à l'automne 2018 et 2019 (recueillies auprès des diplômés qui avaient terminé la résidence en 2015 et en 2016 et qui étaient en exercice depuis trois ans ; cette analyse portait sur les données tirées de 15 et 17 programmes, respectivement).

Nous avons examiné certains liens entre l'exposition et le niveau de préparation à la prestation de soins complets et globaux en médecine de famille, et entre le niveau de préparation et l'intention d'offrir des soins complets et globaux en médecine de famille. Nous avons utilisé deux cohortes de résidents en médecine de famille (2018 et 2019). Pour la plupart des comparaisons, nous avons utilisé des tests du chi carré pour examiner les différences statistiquement significatives; cependant, nous avons utilisé des tests de Fisher lorsque les cellules étaient trop petites. Le seuil 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 progiciel statistique SPSS, version 27. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sur des sujets humains de chacun des 17 établissements participants.

Observations

Préparation selon l'étape de la carrière

Nous avons comparé les niveaux de préparation déclarés des diplômés en médecine de famille (phase 2 du sondage) de 2015 et 2016 aux niveaux de préparation déclarés des médecins de famille en début de carrière (phase 3 du sondage) en 2018 et en 2019 par rapport aux divers domaines des soins complets et globaux définis dans le SLMF. Une seule différence statistiquement significative a été constatée dans les réponses entre ces étapes de la carrière pour les domaines définis : **la préparation à prodiguer des soins pour une gamme complète de problèmes de santé est passée de 92 pour cent à la fin de la résidence en 2016 à 86 pour cent en 2019, après trois ans de pratique.**

Préparation à la pratique des diplômés en médecine de famille par année de fin de formation

À la fin de la résidence, plus de 85 pour cent des répondants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que la résidence les avait préparés à traiter une gamme complète de problèmes de santé, à prodiguer

des soins aux patients à toutes les étapes de la vie et dans une variété de milieux cliniques, et à traiter une vaste gamme de manifestations de la maladie (source : répondants de 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019, phase 2 du SLMF). En outre, la majorité des répondants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que la résidence les avait préparés à utiliser les dossiers médicaux et de santé électroniques, à travailler en équipe ainsi qu'à évaluer et améliorer la qualité des soins aux patients. Pour les cinq années de déclaration, environ les trois quarts des répondants (77 pour cent) s'estimaient prêts à prodiguer des soins à différentes populations, et environ les deux tiers (63 pour cent) s'estimaient prêts à enseigner à des professionnels de la santé.

Exposition des diplômés en médecine de famille par année de fin de formation

À la fin de la résidence, peu de répondants des années 2018 et 2019 ont déclaré avoir été peu ou pas exposés à la prestation de soins à toutes les étapes de la vie, de soins intrapartum, de soins en santé mentale, à la prise en charge des maladies chroniques, de soins palliatifs, aux interventions en cabinet, de soins dispensés dans les services d'urgence et en milieu hospitalier, aux populations rurales et aux personnes âgées. Cependant, dans les deux cohortes, un fort pourcentage des répondants de 2018 et de 2019 ont déclaré avoir été peu ou pas exposés aux populations marginalisées/défavorisées/vulnérables (35 pour cent et 35 pour cent, respectivement), aux établissements de soins de longue durée (38 pour cent et 38 pour cent, respectivement) et aux soins à domicile (45 pour cent et 53 pour cent, respectivement). Plus de la moitié des répondants ont indiqué avoir été peu ou pas exposés aux populations autochtones (59 pour cent et 57 pour cent, respectivement) ou aux interventions en milieu hospitalier (65 pour cent et 71 pour cent, respectivement).

Rapport entre la préparation à la pratique et l'exposition aux éléments du cursus

Les répondants qui étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils avaient été exposés à six éléments curriculaires spécifiques étaient plus susceptibles d'être d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient prêts à prodiguer des soins

dans une variété de milieux cliniques. Les effets étaient modestes, car les comparaisons donnaient souvent de très petites cellules. Les effets les plus grands ont été constatés pour l'exposition à une variété de milieux en médecine de famille et pour l'exposition à des modèles de rôle en médecine de famille (**figure 1**).

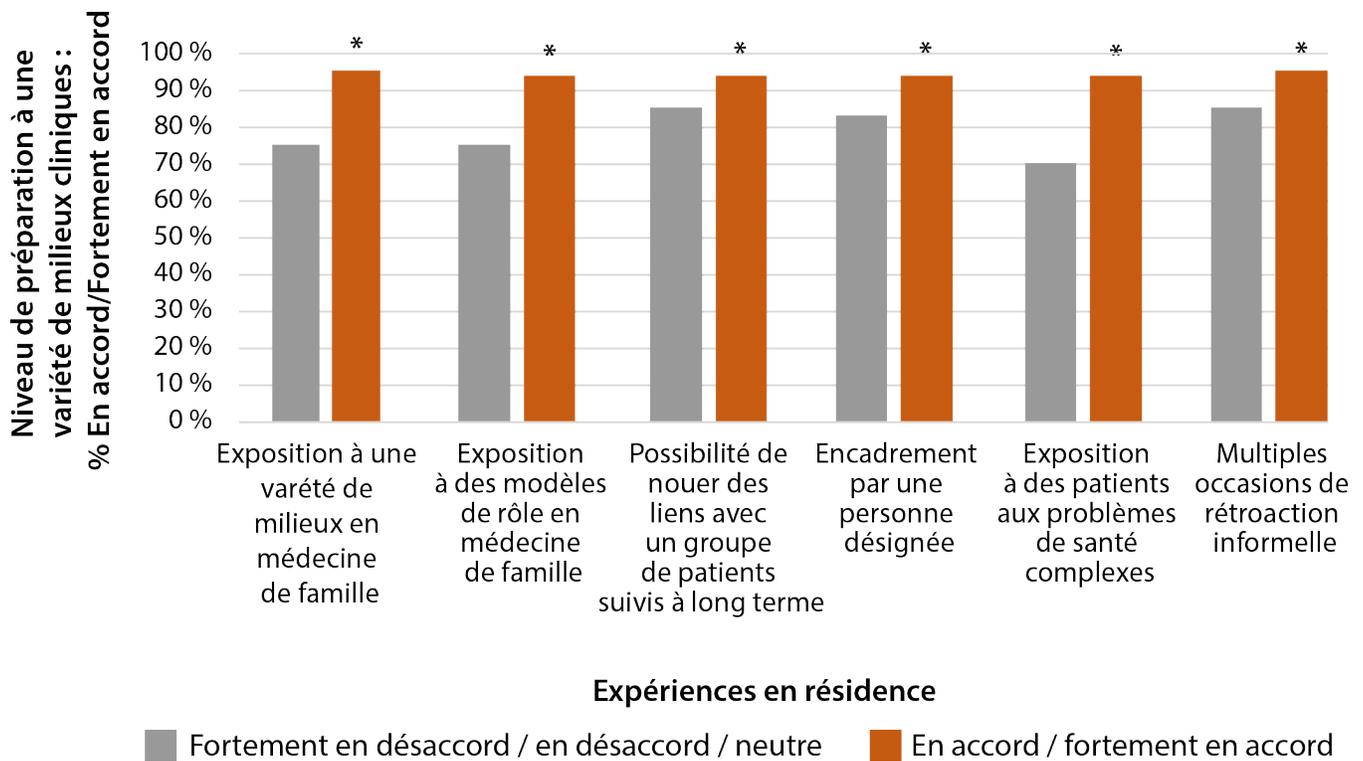
Lors de l'examen des liens entre les six expériences d'apprentissage qui font partie du cursus de la résidence et l'exposition aux divers domaines cliniques en médecine de famille (y compris, l'exposition aux patients avec des problèmes de santé complexes, l'exposition à des modèles de rôle qui fournissent de la rétroaction informelle et la possibilité d'établir des relations à long terme avec les patients), nous avons constaté que les répondants qui étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient préparés à prodiguer des soins à différentes populations, et étaient d'accord ou

fortement d'accord pour dire qu'ils avaient été exposés à ces populations durant la résidence, étaient plus susceptibles d'être d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient préparés à prodiguer des soins à différentes populations. L'effet le plus grand a été constaté pour l'exposition à une variété de milieux en médecine de famille (**figure 2**).

Rapport entre l'exposition à une variété de milieux cliniques et la préparation à prodiguer des soins

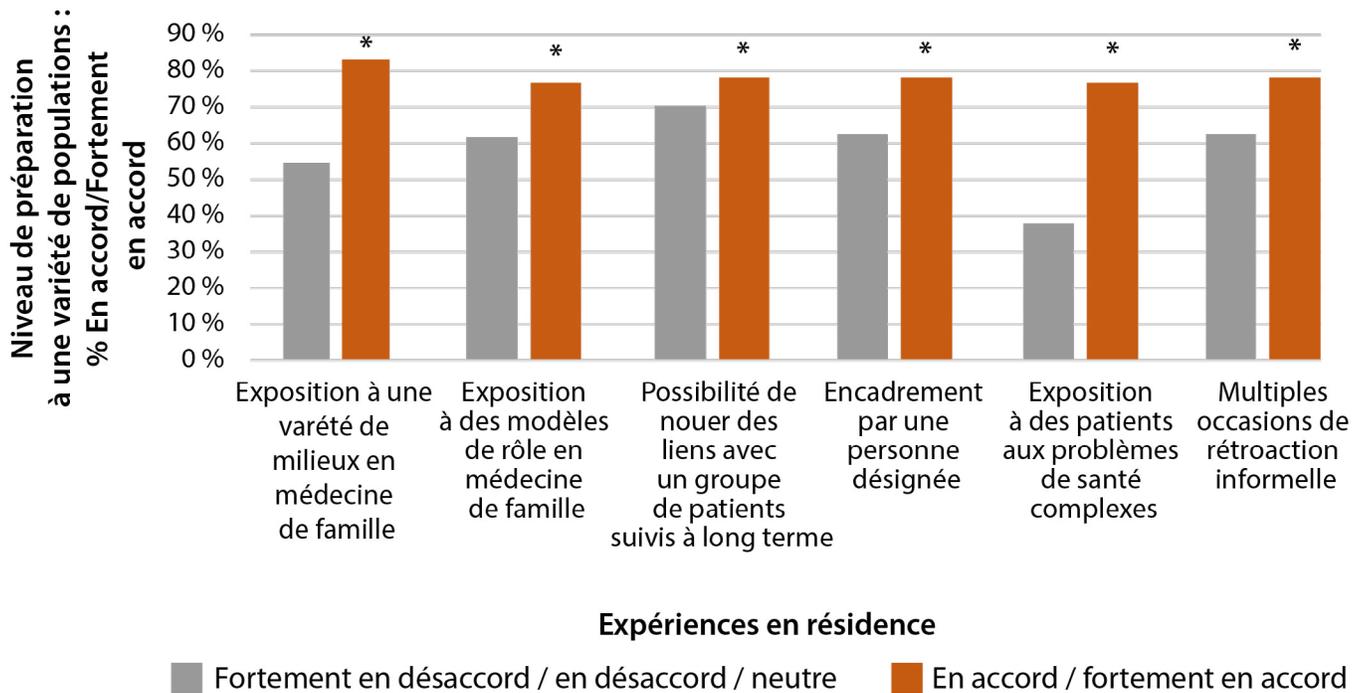
En comparant le lien entre l'exposition déclarée des diplômés en médecine de famille de 2018 et 2019 à six différents milieux (interventions en cabinet médical, interventions en milieu hospitalier, services d'urgence, hôpitaux, soins à domicile et établissements de soins de longue durée) et leur niveau de préparation déclaré à prodiguer des soins dans une variété de milieux cliniques, nous avons constaté que tous les liens étaient significatifs,

Figure 1. Niveaux de préparation déclarés des diplômés en médecine de famille à une variété de milieux cliniques par rapport aux expériences en résidence



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

Figure 2. Niveaux de préparation déclarés des diplômés en médecine de famille pour une variété de populations selon l'expérience en résidence par rapport à l'exposition aux expériences d'apprentissage faisant partie du cursus



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

sauf dans les établissements de soins de longue durée (**figure 3**). Les répondants ayant eu au moins une exposition adéquate aux divers milieux étaient plus susceptibles d'être d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient préparés à prodiguer des soins aux patients dans une variété de milieux cliniques.

Rapport entre l'intention de prodiguer des soins dans une variété de milieux cliniques et la préparation à cet égard

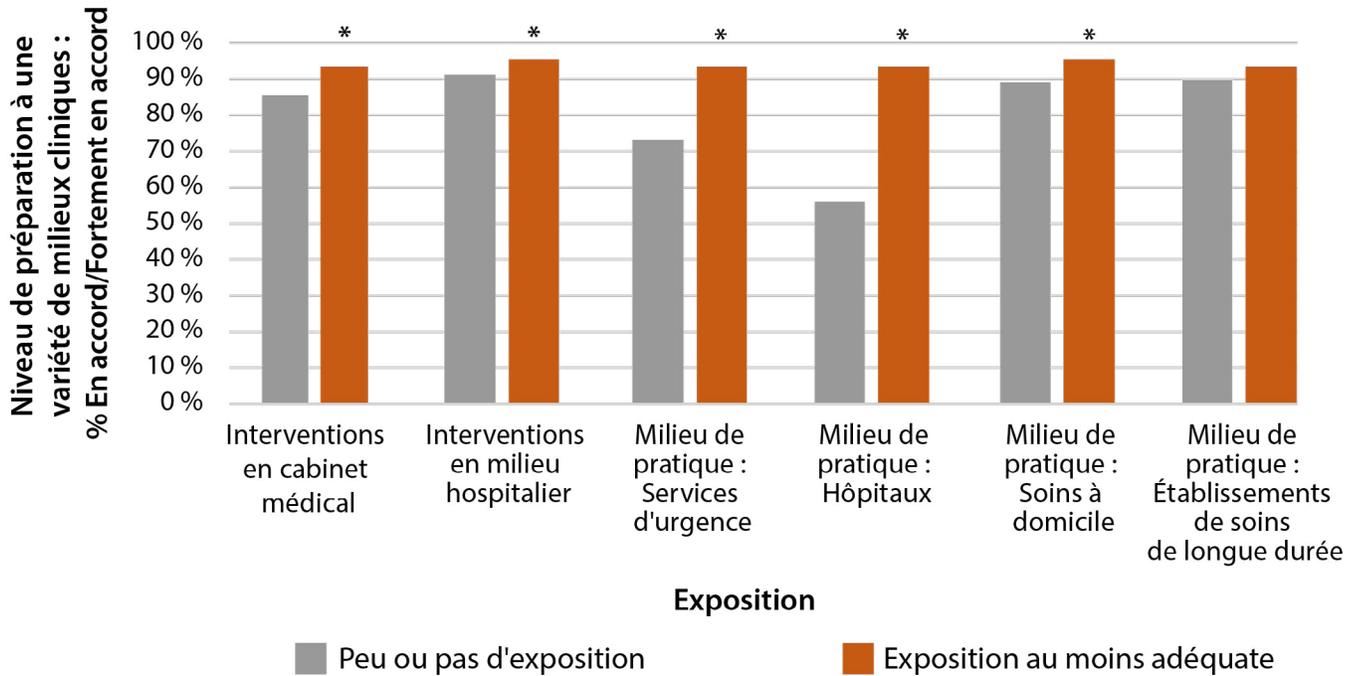
En comparant le lien entre le niveau de préparation déclaré des diplômés en médecine de famille de 2018 et de 2019 à prodiguer des soins dans une variété de milieux cliniques et leur intention d'exercer dans ces mêmes milieux (interventions en cabinet médical, interventions en milieu hospitalier, services d'urgence, hôpitaux, soins à domicile et établissements de soins de longue durée), nous avons constaté que tous les liens étaient statistiquement significatifs, sauf pour les soins à domicile et les établissements de soins de longue durée.

Les répondants qui étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient prêts à prodiguer des soins aux patients dans une variété de milieux cliniques étaient plus susceptibles d'avoir l'intention de prodiguer des soins dans ces milieux (**figure 4**). En raison d'erreurs dans l'administration du Sondage dans trois programmes en 2018 et dans quatre programmes en 2019, les données relatives à ces programmes ont été exclues de toutes les questions liées à la présente comparaison. Lorsque le nombre de diplômés en médecine de famille qui déclarent avoir eu peu ou pas d'exposition à des domaines, milieux ou populations était faible, nous avons utilisé des tests de Fisher au lieu de tests du chi carré.

Rapport entre l'exposition et le sentiment de préparation à prodiguer des soins à une variété de populations

Lors de la comparaison du lien entre l'exposition déclarée des diplômés en médecine de famille de 2018 et de 2019 à quatre types de populations de patients

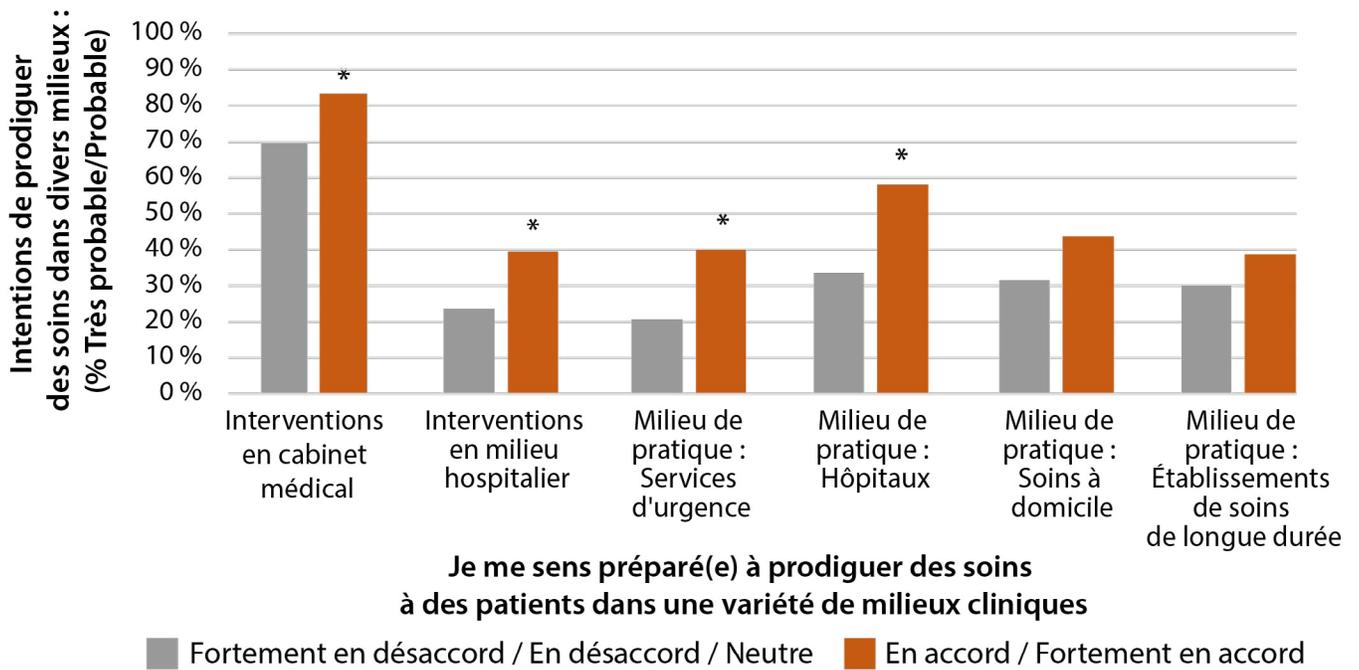
Figure 3. Niveaux de préparation déclarés des diplômés en médecine de famille à prodiguer des soins dans une variété de milieux cliniques par rapport à l'exposition à des milieux particuliers



*Différence significative

$P \leq 0,05$ et corrigé par la méthode de Bonferroni

Figure 4. Intentions déclarées par les diplômés en médecine de famille de prodiguer des soins dans une variété de milieux cliniques par rapport à leur niveau de préparation pour ces milieux



*Différence significative

$P \leq 0,05$ et corrigé par la méthode de Bonferroni

(populations marginalisées/ défavorisées/vulnérables, rurales, âgées et autochtones) et leurs niveaux de préparation déclarés à prodiguer des soins à une variété de populations, tous les liens étaient statistiquement significatifs, sauf pour les populations âgées (**figure 5**). Les répondants ayant eu au moins une exposition adéquate à ces populations étaient plus susceptibles d'être d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient préparés à prodiguer des soins à une variété de populations.

Rapport entre l'intention de prodiguer des soins à une variété de populations et la préparation

Lors de la comparaison entre le niveau de préparation déclaré des diplômés en médecine de famille de 2018 et de 2019 à prodiguer des soins à une variété de populations et leur intention de prodiguer des soins à ces mêmes populations (populations marginalisées/défavorisées/vulnérables, rurales, âgées et autochtones), tous les liens étaient statistiquement significatifs, sauf pour les populations âgées (**figure 6**). Les répondants qui étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentaient préparés à dispenser des soins à une variété de populations étaient plus susceptibles d'avoir l'intention de prodiguer des soins à ces populations. Encore une fois, en raison d'erreurs dans l'administration du sondage et des modifications à la formulation des questions sur l'exposition utilisées en 2018, les données déclarées pour 2018 et 2019 présentent des limites, et il est à noter qu'un test de Fisher a été utilisé pour les comparaisons au lieu d'un test du chi carré.

Limites

Pour plusieurs cohortes d'éventuels répondants, ce ne sont pas tous les programmes de résidence du Canada qui ont participé au sondage. En raison d'erreurs dans l'administration du SLMF dans trois programmes en 2018 et dans quatre programmes en 2019, les données se rapportant à ces programmes ont été exclues de toutes les questions sur l'exposition dans la présente comparaison. De plus, le taux de réponse moyen des participants à la phase 3 du SLMF n'a été que de 21 pour cent. Même si nous reconnaissons les limites de la présente étude et les limites associées aux données autodéclarées, nous demeurons convaincus que les

méthodes utilisées et les données produites sont utiles, car cette étude est la seule en son genre qui porte sur l'expérience de la résidence en médecine de famille au Canada. Ajoutons que l'utilisation d'autoperceptions est la manière la plus efficace de recueillir de l'information sur les perceptions personnelles des répondants quant à leur préparation et à leurs intentions de pratique.

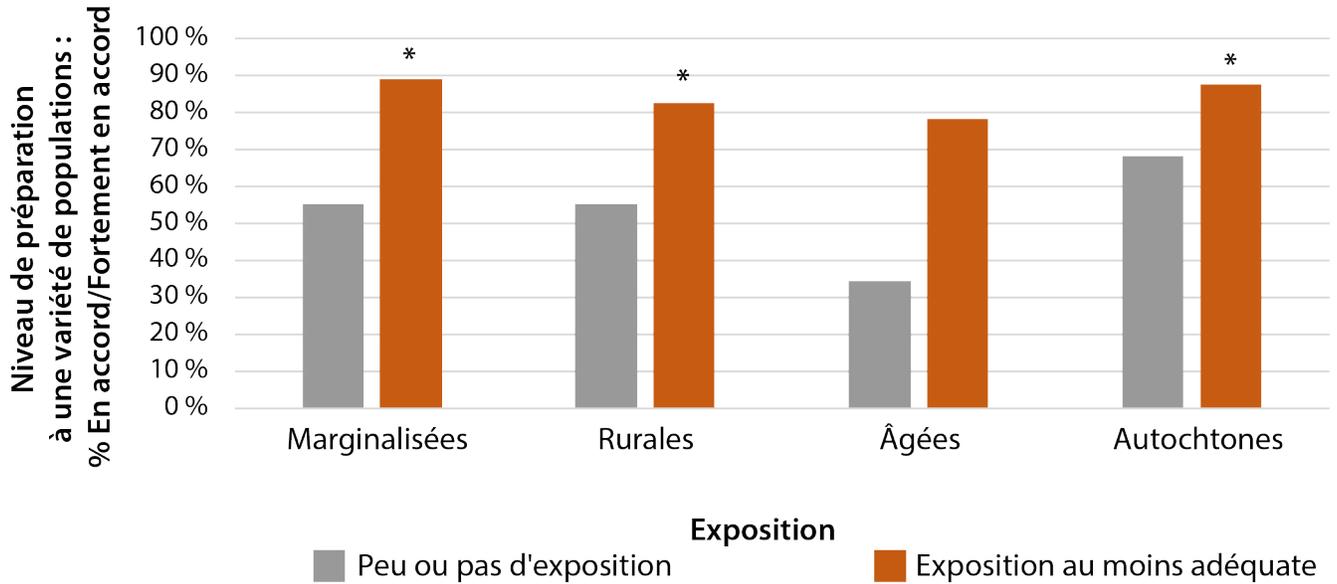
Discussion

Le Triple C a pour but de s'assurer que les diplômés sont prêts à commencer l'exercice dans la spécialité de médecine de famille — et à s'adapter aux besoins — dans n'importe quelle collectivité du Canada¹. Dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage, il est important, lorsque l'on examine les recommandations visant à améliorer la formation des résidents, de comprendre dans une perspective pédagogique les facteurs qui influent sur la préparation à la pratique. À partir des observations tirées de cette analyse du SLMF, le CMFC voulait répondre à plusieurs questions importantes :

- Les apprenants étaient-ils bien préparés à la fin de la résidence ?
- Comment la perception de leur préparation a-t-elle changé en début de carrière ?
- Les apprenants ont-ils été adéquatement exposés à l'apprentissage de la prestation de soins complets et globaux en médecine de famille ?
- Y a-t-il un lien entre l'exposition et le sentiment de préparation à prodiguer des soins complets et globaux ?
- Enfin, y a-t-il un lien entre le sentiment de préparation et l'intention d'un diplômé d'offrir des soins complets et globaux en médecine de famille ?

Il est important de réitérer que la définition des soins complets et globaux utilisée dans le SLMF reflète le concept des médecins de famille qui, en pratique autonome ou en équipe, prodiguent des soins à une population définie de patients, à toutes les étapes de la vie et dans une variété de milieux cliniques, en assumant un vaste éventail de responsabilités cliniques (y compris les soins préventifs, les soins actifs, la prise en charge de maladies chroniques et les soins palliatifs).

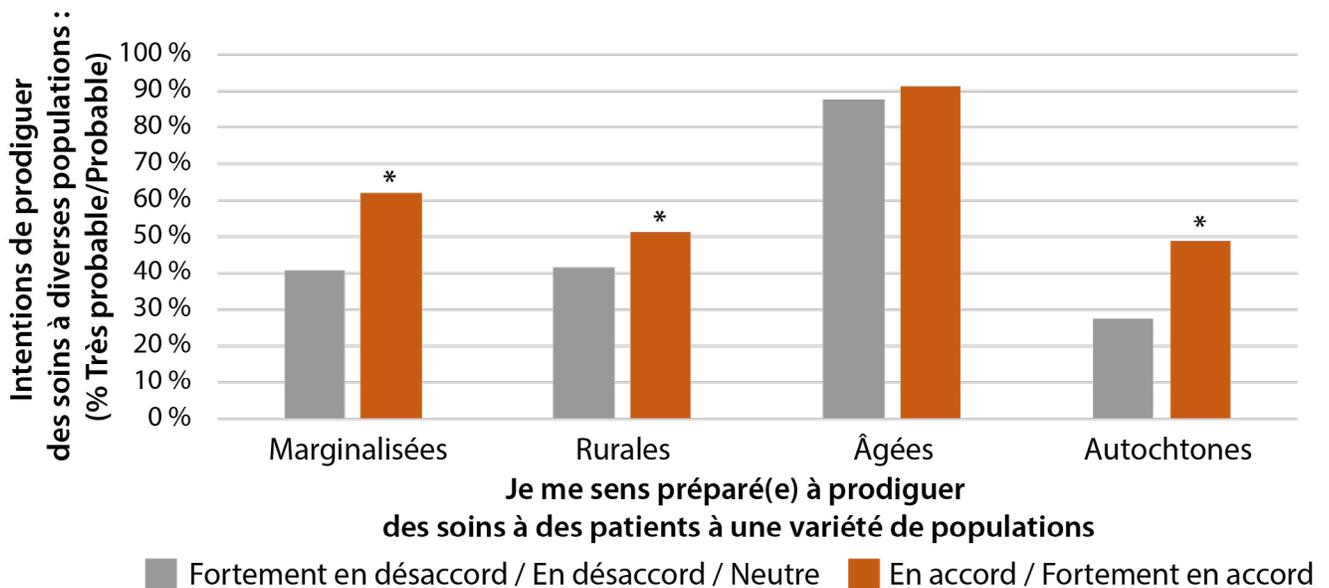
Figure 5. Niveaux de préparation déclarés des diplômés en médecine de famille à prodiguer des soins à une variété de populations par rapport à leur niveau d'exposition à ces populations



*Différence significative

$P \leq 0,05$ et corrigé par la méthode de Bonferroni

Figure 6. Intentions déclarées des diplômés en médecine de famille de prodiguer des soins à une variété de populations par rapport à leur sentiment de préparation à cet égard



*Différence significative

$P \leq 0,05$ et corrigé par la méthode de Bonferroni

En ce qui concerne la préparation, les résultats indiquent que la majorité des diplômés avaient l'impression que la résidence les avait préparés à traiter une gamme complète de problèmes de santé et diverses de populations de patients, dans une variété de milieux cliniques, ainsi qu'à utiliser les dossiers médicaux et de santé électroniques, à travailler en équipe et à participer à des initiatives d'amélioration continue de la qualité. Un nombre moindre de diplômés ont déclaré qu'ils se sentaient préparés à prodiguer des soins à diverses populations et à enseigner à des professionnels de la santé. Sauf pour la prestation de soins pour une gamme complète de problèmes de santé, cette perception de leur état de préparation n'avait pas changé de façon notable après trois ans de pratique.

Quant à la question de l'exposition, l'analyse a révélé que les diplômés en médecine de famille avaient le sentiment que durant leur formation, les domaines auxquels ils avaient été le moins exposés parmi ceux que le CMFC avait identifiés étaient les populations marginalisées/défavorisées/vulnérables, les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile, les populations autochtones et les interventions en milieu hospitalier. Ces observations sont demeurées relativement stables au cours de la période de déclaration de cinq ans pour les données de la phase 2 du SLMF. Les diplômés en médecine de famille qui avaient été exposés à une variété de milieux de pratique, à une variété de problèmes de santé, à des patients à toutes les étapes du cycle de vie, à des modèles de rôle, à des conseils et à des occasions de rétroaction informelle, et qui avaient pu établir des relations à long terme avec leurs patients se sentaient davantage préparés à prodiguer des soins dans une variété de milieux cliniques et à une variété de populations.

Il ressort également de l'étude que les diplômés qui indiquaient avoir eu au moins une exposition adéquate à divers patients à toutes les étapes du cycle de vie, à différents milieux de pratique de la médecine de famille, à une gamme étendue de problèmes de santé et à diverses populations étaient plus susceptibles de se sentir bien préparés à prodiguer des soins dans une variété de contextes de soins et à une variété de populations que les diplômés qui indiquaient avoir eu peu ou pas d'exposition. Une à exception cette relation était l'exposition aux populations âgées : ceux qui indiquaient avoir eu peu ou pas d'exposition à cette population étaient encore hautement susceptibles de se sentir préparés à prodiguer des soins à cette population. En outre, les diplômés qui indiquaient se sentir préparés étaient plus susceptibles de prodiguer des soins dans une variété de contextes et à une variété de populations.

Conclusion

Dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage, des recommandations sur la façon d'améliorer la formation des résidents sont en cours d'examen. Selon les observations tirées du SLMF, l'exposition clinique influence le sentiment qu'éprouvent les diplômés d'être bien préparés à la pratique ainsi que leurs intentions subséquentes. Ces observations ont des répercussions sur les recommandations formulées dans le cadre du Projet sur les finalités d'apprentissage.

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 obtenir les données anonymisées 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. *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 22 juillet 2021.
2. Aggarwal M, Oandasan I, Abdelhalim R, Fowler N, éd. *Survot de la définition de 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.
3. Bleakley A, Brennan N. Does undergraduate curriculum design make a difference to readiness to practice as a junior doctor? *Med Teach*. 2011;33(6):459-467.
4. Cameron A, Millar J, Szmidt, N, Hanlon K, Cleland J. Can new doctors be prepared for practice? A review. *Clin Teach*. 2014;11(3):188-192. Dans : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tct.12127>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
5. Wijnen-Meijer M, Ten Cate O, van der Schaaf M, Burgers C, Borleffs J, Harendza S. Vertically integrated medical education and the readiness for practice of graduates. *BMC Med Educ*. 2015;15:229. Dans : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0514-z>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
6. Cave J, Woolf K, Jones A, Dacre J. Easing the transition from student to doctor: How can medical schools help prepare their graduates for starting work? *Med Teach*. 2009;31(5):403-408. Dans : <https://doi.org/10.1080/01421590802348127>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
7. Wiener-Ogilvie S, Bennison J, Smith V. General practice training environment and its impact on preparedness. *Educ Prim Care*. 2014;25(1):8-17. Dans : <https://doi.org/10.1080/14739879.2014.11494236>. Date de consultation : Le 22 juillet 2021.
8. Burford B, Whittle V, Vance GHS. The relationship between medical student learning opportunities and preparedness for practice: a questionnaire study. *BMC Med Educ*. 2014;14:223. Dans : <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-223>. Date de consultation Le 22 juillet 2021.
9. Collège des médecins de famille du Canada. *Sondage longitudinal en médecine familiale : Résultats de 2020 du Sondage de Phase 1 (entrée). Résultats agrégés des programmes de médecine de famille au Canada*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021.
10. 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 16 août 2021.