

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

---

Facteurs qui influencent les choix  
de pratique des médecins de  
famille en début de carrière :  
Synthèse des données 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

**Numéro 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. *Facteurs qui influencent les choix de pratique des médecins de famille en début de carrière : Synthèse des données recueillies lors du Projet sur les finalités d'apprentissage*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2022.

### **Affiliations des auteures**

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

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

Ivy Oandasan, M.D., 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. Les 17 programmes universitaires de résidence en médecine de famille ont notamment fait équipe avec le Collège des médecins de famille du Canada pour faire l'évaluation du 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 et organismes qui ont fourni des renseignements importants pour appuyer ce travail.

### **Personne qui a contribué au présent document**

Mahsa Haghighi, 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

# Contexte

En 2010, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) lançait le Cours Triple C axé sur le développement des compétences. L'objectif du Triple C est d'assurer que les diplômés en médecine de famille sont prêts à débiter l'exercice de la médecine de famille auprès de n'importe quelle collectivité au Canada<sup>1</sup>. Après plus d'une décennie sur le terrain avec le Triple C, le CMFC a saisi l'occasion d'étudier les observations du plan l'évaluation du programme<sup>2</sup> et d'examiner comment le Triple C a eu une influence sur les apprenants. Pour étudier les facteurs qui déterminent les choix de pratique des médecins de famille en début de carrière, le CMFC a eu recours au Sondage longitudinal sur la médecine familiale (SLMF).

## Objectif

Cette étude avait pour objet d'examiner les facteurs qui déterminent les choix de pratique des médecins de famille en début de carrière par rapport aux domaines des soins complets et globaux définis par le CMFC dans le SLMF. Les soins complets et globaux 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, dans une multitude de contextes cliniques (p.ex., soins en cabinet, soins hospitaliers et soins à domicile) et touchant tout un spectre de problèmes cliniques (des soins préventifs au traitement de maladies aiguës et chroniques, aux soins palliatifs)<sup>3</sup>.

## Méthodes

Nous avons recueilli et analysé les données quantitatives et qualitatives à l'aide du SLMF, un sondage pancanadien mené par le CMFC auprès des résidents des 17 programmes universitaires de résidence en médecine de famille et des médecins de famille en début de carrière. Le SLMF est administré à trois moments différents : 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). Il recueille auprès des résidents et des médecins de famille en début de carrière des informations sur leurs

expériences d'apprentissage durant leur formation en médecine de famille, leur niveau de préparation perçue pour la pratique non supervisée ainsi que leurs intentions et leurs choix de pratique.

Pour cette étude, nous avons examiné les données recueillies auprès de médecins de famille en début de carrière, qui ont répondu au SLMF trois ans après le début de la pratique (phase 3), à l'automne 2018 (dans 15 programmes) et à l'automne 2019 (dans 17 programmes). Les répondants ont consenti à ce que leurs données anonymisées provenant du sondage soient entrées dans une base de données nationale sécurisée tenue par le CMFC. L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche sur des sujets humains de chacun des 17 départements de médecine de famille universitaires participants.

Nous avons examiné les données transversales de la phase 3 en format agrégé. Notre analyse s'est concentrée sur les réponses aux questions portant sur les domaines des soins cliniques complets et globaux ayant été exclus de la pratique des médecins de famille en début de carrière, ainsi que sur les raisons de leur exclusion. Les questions posées aux participants en exercice étaient les suivantes : « Quels domaines de soins [complets et globaux] parmi les suivants font partie de votre pratique en médecine familiale? Cochez tous ceux qui s'appliquent » et « Veuillez indiquer pourquoi [domaine] ne fait pas partie de votre pratique. Sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent. » Le choix de réponses était le suivant : Ce domaine ne m'intéresse pas : Il y a des obstacles hors de mon contrôle qui m'en empêchent; Je ne me sens pas compétent(e); Je ne me sens pas assez confiant(e); J'inclurais ce domaine dans ma pratique si j'avais plus de formation; Je l'aurais inclus si j'avais eu un mentor; et Autre, veuillez préciser. Les participants étaient invités à sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

Les participants pouvaient préciser les obstacles hors de leur contrôle et expliquer leur réponse dans la catégorie Autre. Deux chercheurs ont, de manière indépendante et itérative, lu et codé toutes les réponses avant de discuter de l'analyse pour permettre la triangulation des données par l'analyste. Un codage inductif et déductif a été utilisé pour l'analyse.

Analyse : Des statistiques descriptives et des analyses thématiques ont été réalisées pour les réponses à deux questions semi-ouvertes.

## Observations

En 2018, 206 médecins de famille en début de carrière sur 1199 (taux de réponse de 17,2 pour cent) et 357 médecins de famille en début de carrière sur 1508 (taux de réponse de 23,7 pour cent) ont répondu à la phase 3 du SLMF, respectivement. Quinze programmes ont participé en 2018. En 2019, 17 programmes ont participé. Les taux de réponse et les caractéristiques démographiques des médecins de famille en début de carrière qui ont répondu à la phase 3 du SLMF sont présentés au **tableau 1**. Seules les réponses valides ont été incluses dans les pourcentages démographiques; les répondants qui ont sélectionné « Je préfère ne pas répondre » ou qui n'ont pas répondu ont été exclus de ces pourcentages.

Plus de 50 pour cent des médecins de famille ont indiqué que les soins de longue durée, les soins intrapartum, les soins d'urgence et les soins à domicile ne faisaient pas partie de leur pratique de la médecine de famille (**figure 1**).

La raison la plus souvent invoquée par les répondants

**Tableau 1. Caractéristiques démographiques des participants à la phase 3 du SLMF**

Caractéristiques démographiques	Phase 3 (2018) (n = 206, 17,2 %)	Phase 3 (2019) (n = 357, 23,7 %)
Âge moyen (ans)	33,6	33,2
Genre (Femmes)	133 (65,5 %)	236 (67,0 %)
Marié(e)/union de fait	160 (79,6 %)	284 (80,2 %)
Ont enfant(s)/ attendent un enfant	112 (55,6 %)	185 (52,7 %)
Ont grandi dans un quartier défavorisé d'une grande ville, en milieu urbain ou en banlieue	123 (60,0 %)	222 (62,4 %)
Ont grandi dans une petite ville ou en milieu rural	74 (36,1 %)	116 (32,6 %)

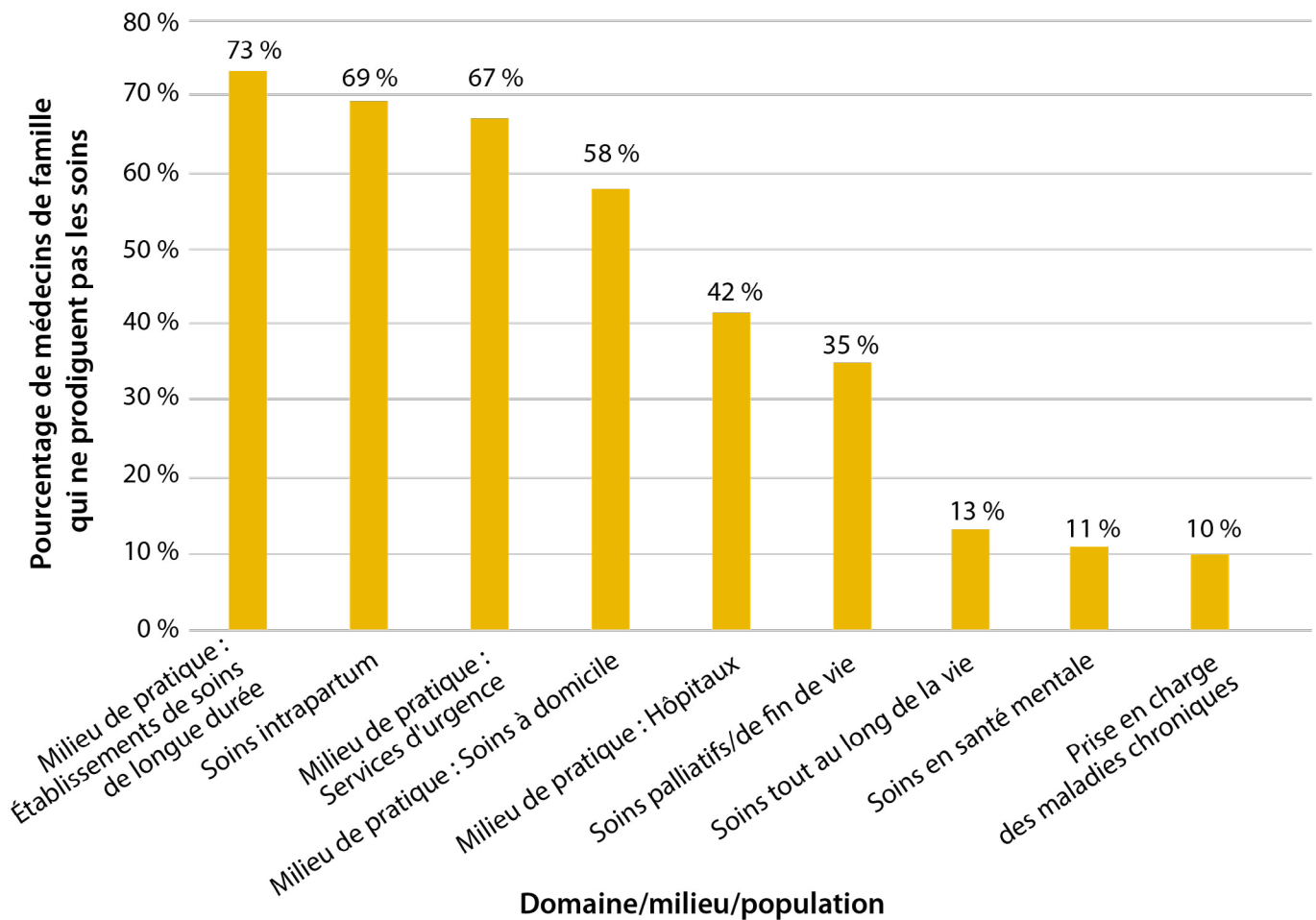
pour ne pas inclure tous les domaines de soins dans leur pratique (à l'exception des soins à toutes les étapes de la vie) était l'absence d'intérêt personnel. C'est la raison donnée par plus de 50 pour cent des médecins de famille qui n'intègrent pas la prise en charge des maladies chroniques, les soins en service d'urgence, les soins intrapartum, les soins de santé mentale et les soins à domicile, les soins hospitaliers et les soins de longue durée (**figure 2**). Veuillez noter : puisque les répondants pouvaient sélectionner plusieurs options, les pourcentages peuvent totaliser plus de 100 pour cent.

La deuxième raison la plus souvent invoquée par les répondants pour ne pas inclure les soins d'urgence, les soins intrapartum et les soins hospitaliers dans leur pratique était qu'ils ne se sentaient pas compétents ou confiants (**figure 3**). La raison invoquée par environ le tiers (34 pour cent) de ceux qui disaient ne pas offrir de soins d'urgence était qu'il ne se sentaient pas compétents, et 38 pour cent déclaraient ne pas travailler dans ce domaine parce qu'ils ne se sentaient pas assez confiants. Parmi ceux qui indiquaient ne pas inclure les soins intrapartum dans leur pratique de médecine de famille, environ un cinquième (21 pour cent) déclaraient qu'ils ne se sentaient pas assez compétents ou confiants. Quant à ceux qui disaient ne pas offrir de soins hospitaliers, 12 pour cent disaient ne pas le faire parce qu'ils ne se sentaient pas compétents, et 17 pour cent parce qu'ils ne se sentaient pas confiants.

Parmi ceux qui ont choisi de ne pas offrir de soins d'urgence, 11 pour cent ont déclaré qu'ils en offriraient s'ils avaient eu davantage de formation dans le domaine (**figure 4**). Quant à ceux qui ont choisi de ne pas offrir de soins palliatifs, 17 pour cent ont déclaré qu'ils les auraient inclus dans leur pratique s'ils avaient eu davantage de formation dans le domaine, alors que 13 pour cent ont indiqué qu'ils l'auraient fait s'ils avaient eu du mentorat.

Plusieurs médecins de famille ont déclaré ne pas travailler dans certains domaines de soins en raison d'obstacles au-delà de leur contrôle ou pour une autre raison (**figure 5**). Dans le sondage, les répondants pouvaient décrire ces « autres » raisons.

**Figure 1. Pourcentages des médecins de famille ayant répondu qu'ils ne prodiguent pas certains soins, selon le domaine, le milieu ou la population**



## Analyse thématique

Les médecins de famille en début de carrière qui ont choisi d'exclure certains domaines dans leur pratique (soins à toutes les étapes de la vie, prise en charge des maladies chroniques, soins de santé mentale, soins palliatifs et soins intrapartum), ont dit que les modèles de pratique étaient le principal obstacle à leur inclusion dans leur travail. Ces répondants ont indiqué travailler dans des modèles de pratique qui favorisent les pratiques ciblées, le remplacement, les soins hospitaliers et les pratiques axées sur des populations particulières. Par conséquent, il était difficile pour eux d'inclure ces domaines cliniques dans leur pratique (**tableau 2**). Parmi les commentaires des participants, citons : « Je concentre ma pratique sur la santé

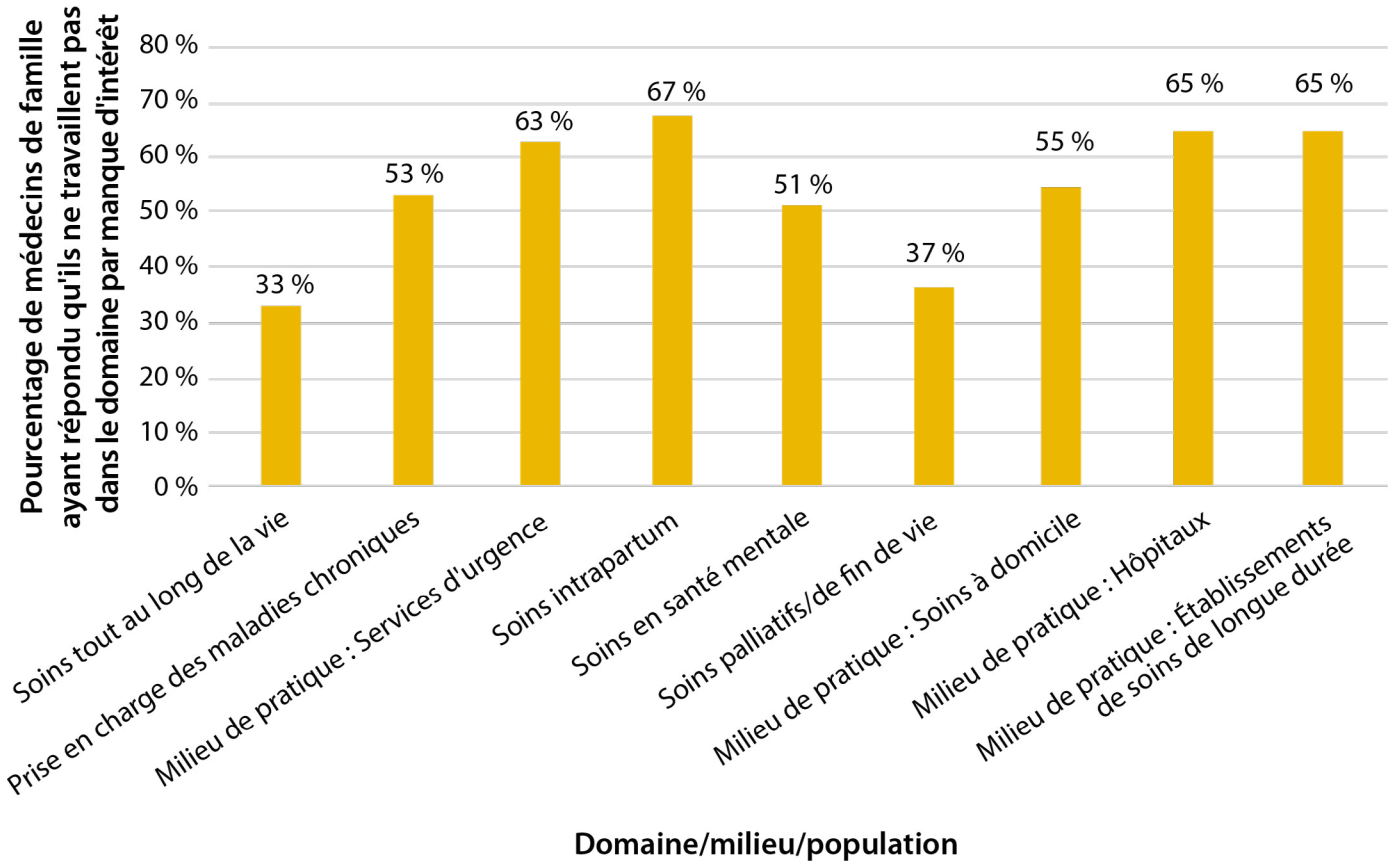
maternelle et néonatale, et je ne veux pas m'engager à prodiguer des soins longitudinaux à cette étape de ma carrière » ; « Ma pratique est principalement axée sur les toxicomanies » et « Je ne suis pas capable d'intégrer [ce domaine] dans mon travail de remplaçant. »

Un autre thème qui se dégage des réponses est l'engagement de temps requis par certains domaines. Les participants ont noté : « Je ne peux pas tout faire » ; « J'ai ZÉRO temps pour ça » ; « Il y a juste 24 heures dans une journée ! » et « Ça prend trop de temps, j'ai peur de mettre en péril mon équilibre travail-vie personnelle. »

L'engagement de temps était le principal obstacle ou motif cité par les répondants pour ne pas inclure les soins hospitaliers, les soins à domicile et les soins de longue durée dans leur pratique. Le lieu de travail



**Figure 2. Pourcentages des médecins de famille ayant indiqué ne pas travailler dans un domaine ou un milieu de soins ou avec une population de patients par manque d'intérêt**



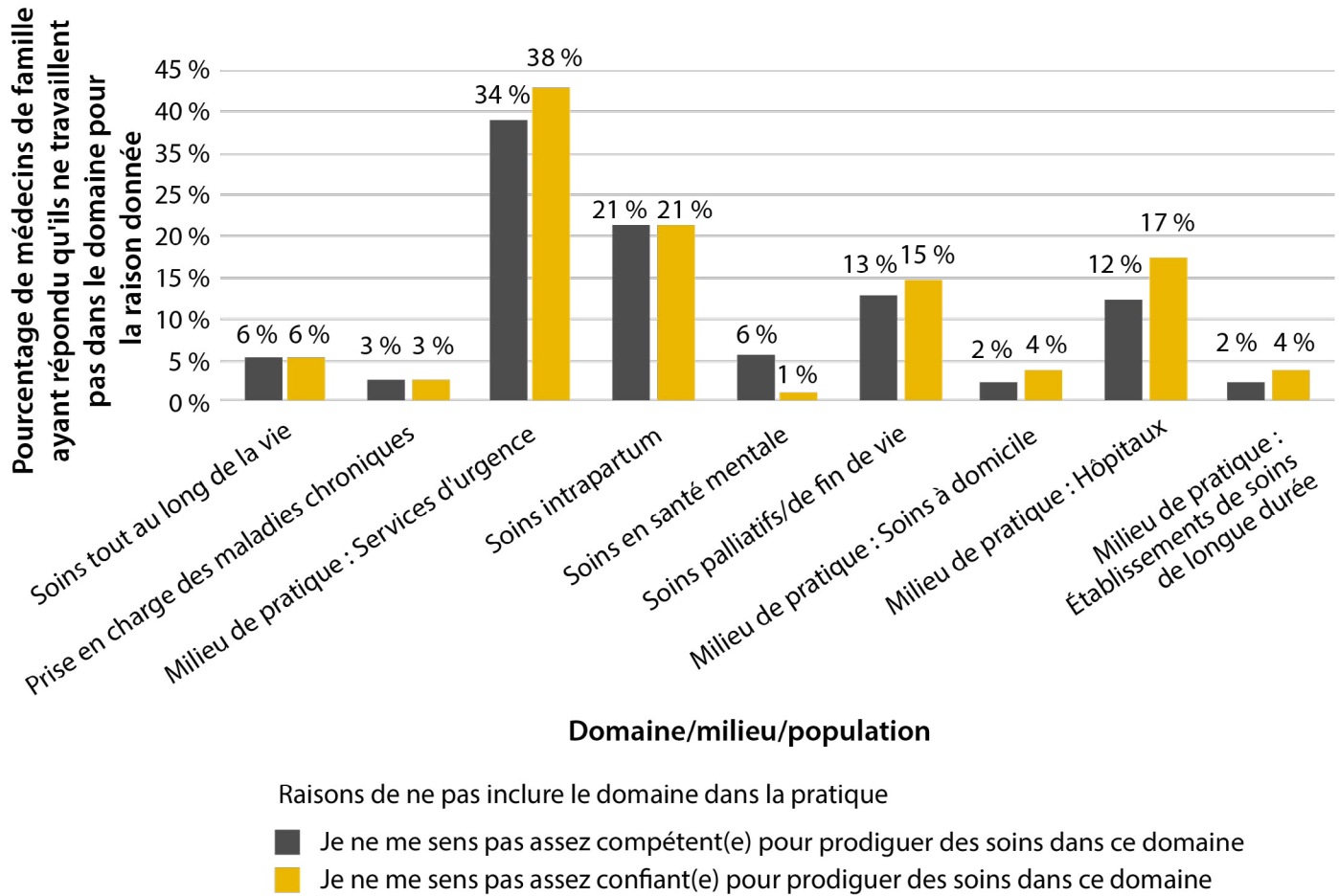
était le deuxième obstacle le plus souvent invoqué pour exclure les soins hospitaliers (**tableau 3**). Les répondants ont dit : « Il n'y a pas d'hôpital près de mon lieu de pratique » et « Il n'y a pas d'hôpital dans la petite ville où j'habite, ce n'est pas réaliste de faire la navette entre chez moi et l'hôpital le plus proche pour faire des visites de malades. »

Les répondants ont indiqué que la rémunération était un obstacle à la prestation de soins à domicile. Les réponses des participants incluaient : « Pas bien rémunérés pour le temps requis » ; « Le temps : les visites à domicile prennent trop de temps pour s'intégrer à l'horaire d'une clinique très occupée (et c'est travailler à perte si on compare avec le travail clinique) » et « Ça n'en vaut pas le coût dans une ville. De meilleurs codes de visite pourraient éventuellement régler le

problème, mais avec les codes de facturation actuels, ça n'en vaut pas la peine s'il faut passer 30 minutes dans des embouteillages »

Le modèle de pratique constituait un obstacle à l'intégration des soins de longue durée et des soins à domicile dans la pratique. En ce qui concerne les soins d'urgence, la principale raison donnée par les répondants pour ne pas inclure ce domaine était la délivrance des titres de compétence par les organismes externes, l'engagement en temps venant en deuxième, comme en témoignent les commentaires suivants : « Mon hôpital ne permet pas aux médecins de famille de travailler aux urgences sans une formation postdoctorale de 3<sup>e</sup> année » et « Là où je travaille, seuls les titulaires des désignations CCMF(MU) ou FRCPC (MU) peuvent exercer la médecine d'urgence. »

**Figure 3. Pourcentages des médecins de famille ayant répondu qu'ils n'incluent pas un domaine, un milieu ou une population dans leur pratique par manque de compétence ou de confiance**



## Limites

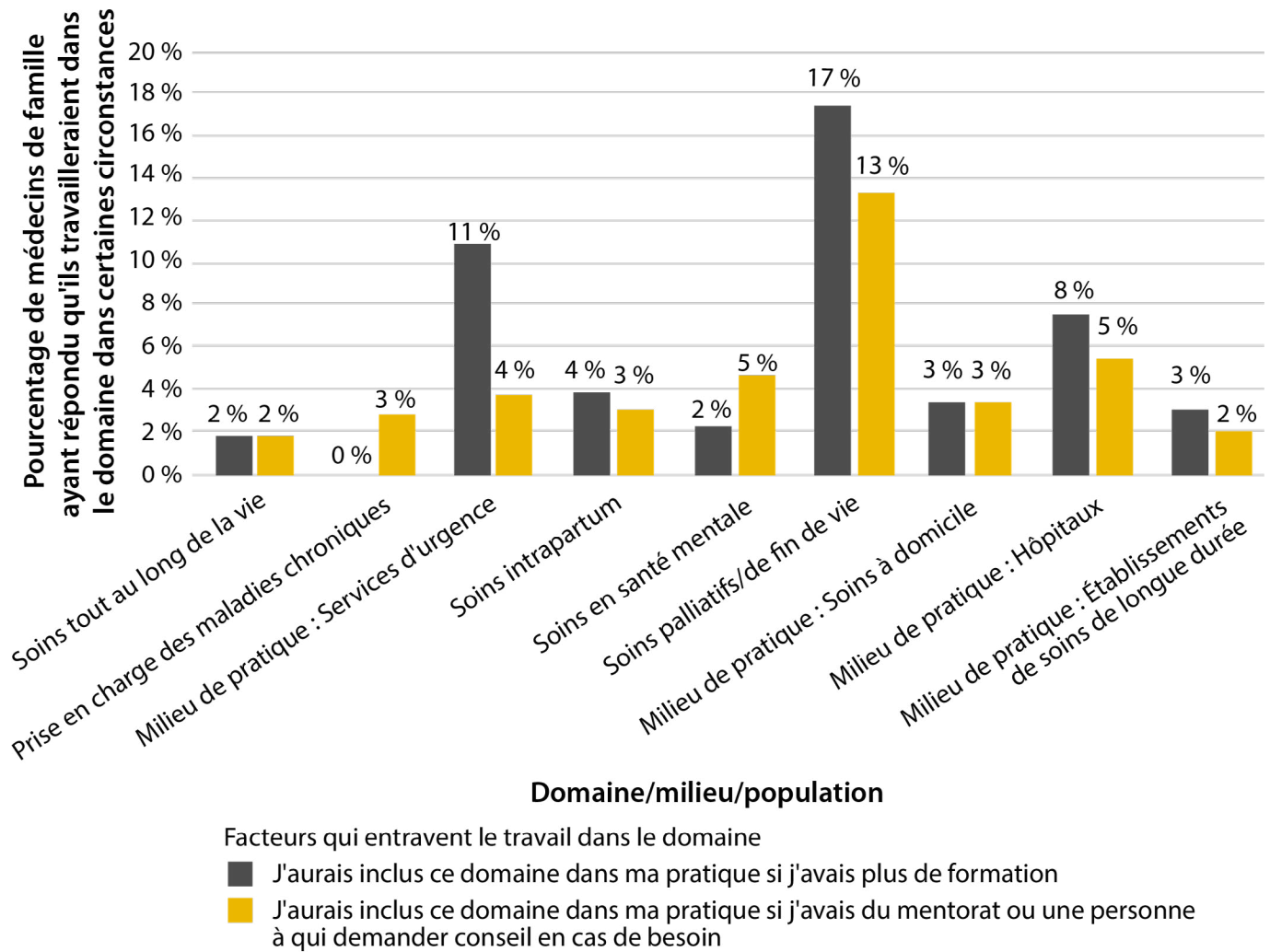
Cette étude présente des limites. D'abord, les taux de réponse étaient bas pour la phase 3 du SLMF. Les constats présentés sont basés sur des données autodéclarées et peuvent donc comporter un biais de désirabilité sociale.

## Discussion

Cette étude a découvert que des facteurs personnels, organisationnels et systémiques déterminent les raisons pour lesquelles les médecins de famille en début de carrière n'incluent pas certains domaines dans leur champ de pratique. Pour tous les domaines cliniques compris dans les soins complets et

globaux, à l'exception des soins à toutes les étapes de la vie, le manque d'intérêt personnel était la raison la plus souvent invoquée pour exclure un domaine. La deuxième raison la plus souvent invoquée de ne pas travailler au service d'urgence ou offrir des soins intrapartum ou hospitaliers était le sentiment de manquer de compétence ou de confiance. Les obstacles et autres motifs cités pour ne pas travailler dans certains domaines incluent les suivants : des facteurs personnels comme l'engagement de temps, des facteurs organisationnels comme les modèles de pratique, le lieu de pratique et les exigences des organisations externes pour l'obtention de titres de compétence, et des facteurs systémiques comme la rémunération.

**Figure 4. Pourcentages des médecins de famille ayant répondu qu'ils auraient inclus un domaine, un milieu ou une population dans leur pratique s'ils avaient eu davantage de formation ou du mentorat**



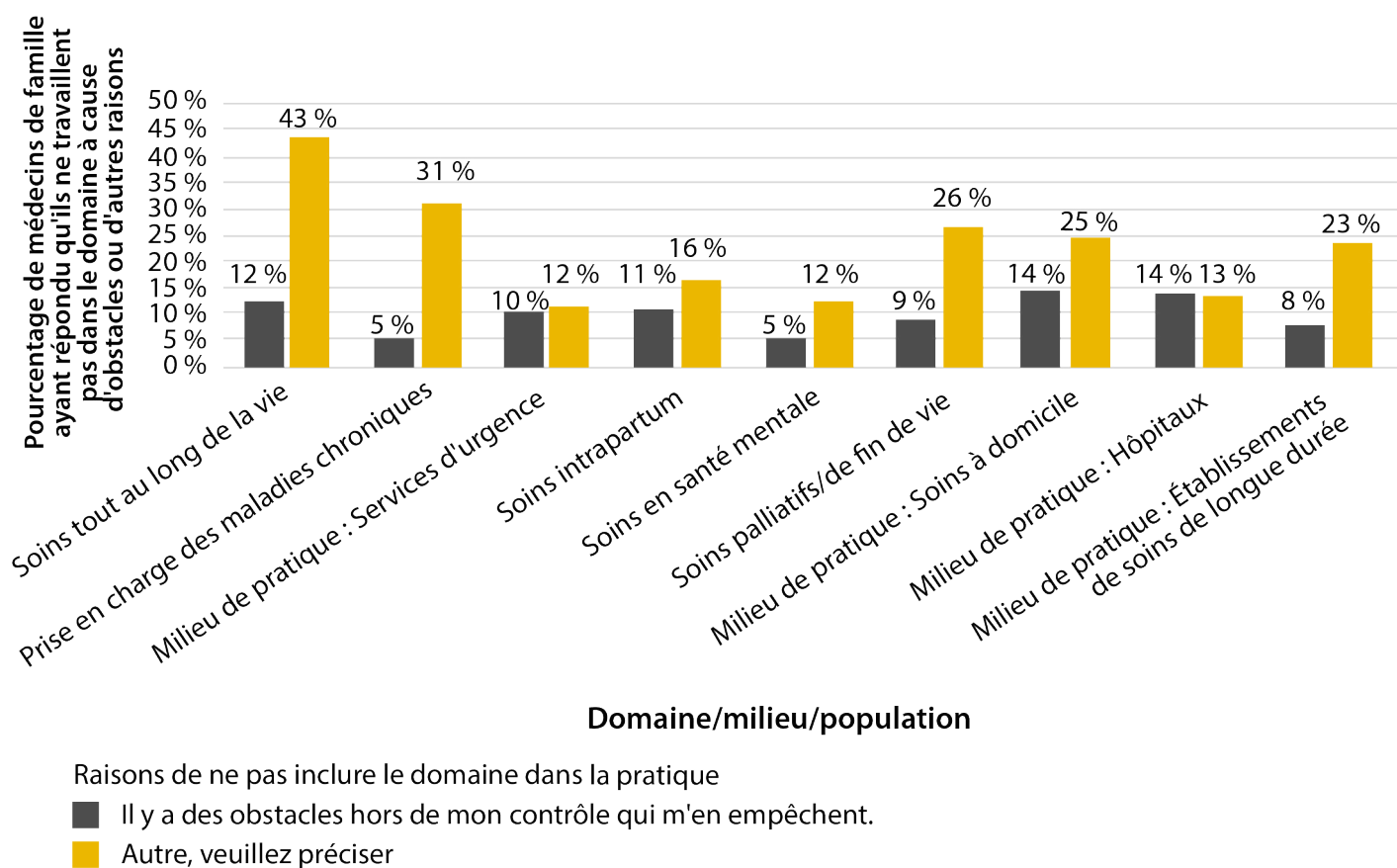
\*Note : Les valeurs des données affichées à la **figure 4** ont été arrondies.

Le manque d'intérêt personnel indique qu'on pourrait devoir examiner si les programmes de médecine de famille recrutent des étudiants qui souhaitent prodiguer des soins complets et globaux dans toute une gamme de domaines cliniques. La perception qu'un manque de temps puisse faire obstacle à l'inclusion de certains domaines dans le champ de pratique nous indique que les médecins de famille pourraient ne pas être adéquatement soutenus dans leurs milieux de pratique. Face à

la diminution de la prestation des soins dans ces domaines, nous devons voir si les hypothèses quant à ce que les médecins de famille font ou ne font pas dans leur pratique ont des implications directes pour la planification de la main-d'œuvre. Le manque de compétence et de confiance perçu dans certains domaines soulève la question à savoir si la formation des résidents prépare adéquatement les médecins de famille à la pratique réelle.



**Figure 5. Pourcentages des médecins de famille ayant répondu qu'ils n'incluaient pas certains domaines dans leur pratique en raison d'obstacles au-delà de leur contrôle ou pour d'autres raisons**



**Tableau 2. Premier et deuxième obstacles/motifs les plus souvent invoqués pour exclure des domaines de la pratique**

Domaine	Premier obstacle/motif le plus souvent invoqué	Deuxième obstacle/motif le plus souvent invoqué
Soins à toutes les étapes de la vie	Modèle de pratique*	Engagement de temps
Prise en charge des maladies chroniques	Modèle de pratique	Engagement de temps
Soins de santé mentale	Modèle de pratique	Engagement de temps
Soins palliatifs	Modèle de pratique	Engagement de temps
Soins intrapartum	Modèle de pratique	Engagement de temps

\*Modèle de pratique : pratique ciblée, dépannage, soins en milieu hospitalier, intérêt particulier, pratique axée sur des populations particulières

**Tableau 3. Premier et deuxième obstacles/motifs les plus souvent invoqués pour ne pas inclure certains milieux de soins dans la pratique**

Domaine	Premier obstacle/motif le plus souvent invoqué	Deuxième obstacle/motif le plus souvent invoqué
Milieu de pratique - hôpitaux	Engagement de temps	Modèle de pratique
Milieu de pratique – soins à domicile	Engagement de temps	Système de rémunération / Modèle de pratique
Milieu de pratique – Établissements de soins de longue durée	Engagement de temps	Modèle de pratique
Service d'urgence	Exigences relatives aux titres de compétences	Engagement de temps

## Conclusion

Cette étude souligne que de nombreux facteurs influencent les choix des domaines de pratique clinique des médecins de famille en début de carrière : des facteurs personnels, comme le manque d'intérêt; des facteurs pédagogiques qui influent sur le sentiment de manquer de compétence ou de confiance; des facteurs organisationnels liés aux modèles de pratique; des limites imposées par les

privilèges hospitaliers; et des facteurs systémiques, comme la rémunération. Il faut reconnaître qu'il est nécessaire que les décideurs tiennent compte de ces facteurs pour optimiser les rôles des médecins de famille dans le système de soins de santé. L'éducation est un facteur clé pour former des médecins de famille qui sont préparés à exercer dans le système de santé, mais il y a d'autres facteurs qui, eux aussi, influencent ce qu'ils font réellement dans la pratique.

## 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 synthèses des 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 sur la médecine familiale, veuillez communiquer avec l'Unité d'évaluation et de recherche en éducation ([eeru@cfpc.ca](mailto: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](https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/TripleC_Rapport_2.pdf). Date de consultation : Le 26 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 : 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](https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/TripleC_Rapport_2.pdf). Date de consultation : Le 27 juillet 2021.
3. Oandasan I, Archibald D, Authier L, Lawrence K, McEwen LA, Palacios Mackay M et coll. 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 27 juillet 2021.