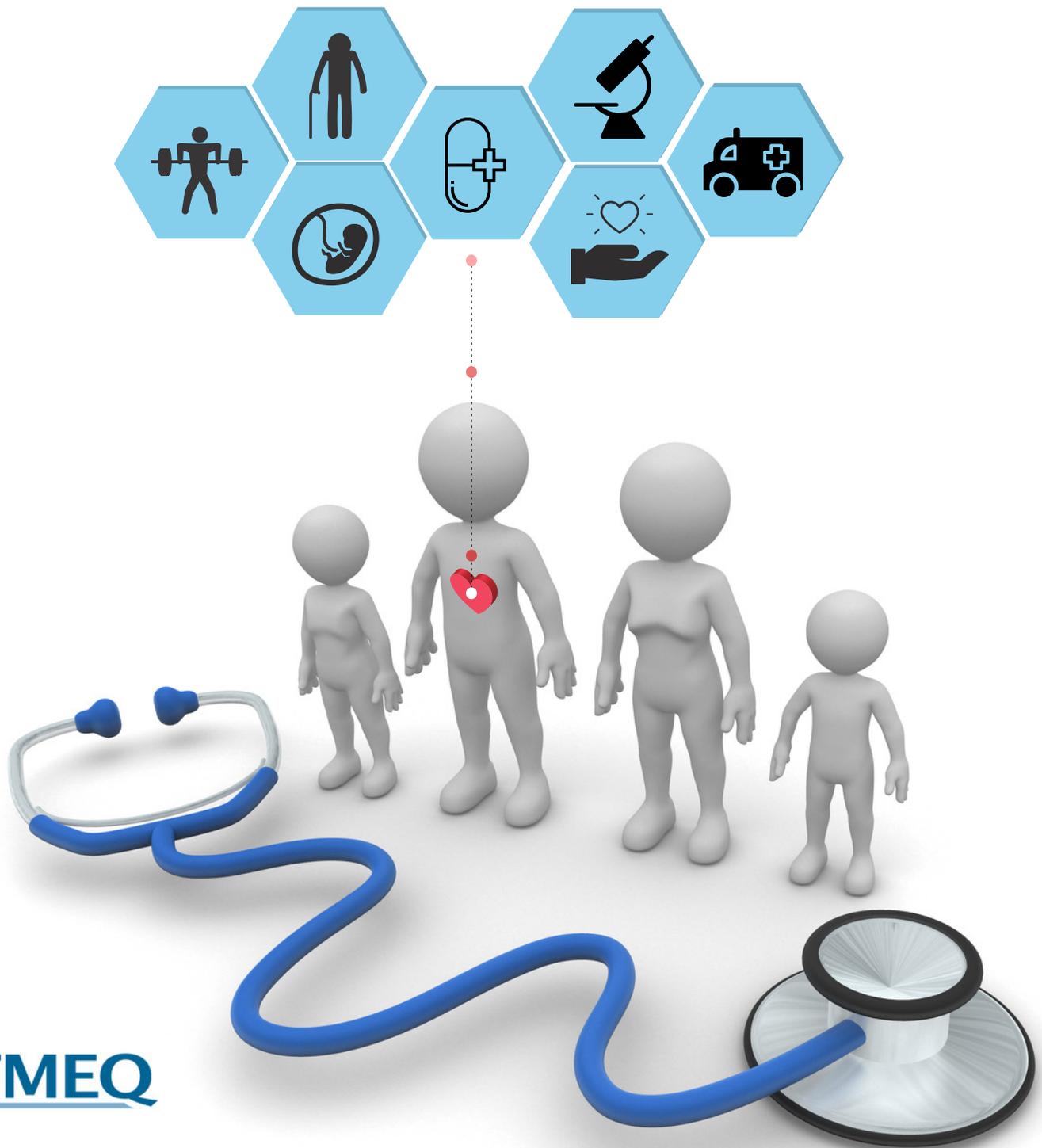


# LA MÉDECINE DE FAMILLE AU COEUR DE LA PREMIÈRE LIGNE

et sa valorisation auprès des étudiants en médecine

Rédigé dans le cadre de la Journée d'Action politique 2019  
Fédération médicale étudiante du Québec



*Mémoire rédigé dans le cadre de la Journée d'action politique 2019 de la Fédération médicale étudiante du Québec*

Publié le 18 mars 2019  
Fédération médicale étudiante du Québec  
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510  
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : [politique@fmeq.ca](mailto:politique@fmeq.ca)

**Sous la direction de**

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

**Rédigé par**

Marianne Archambault, étudiante en médecine, Université de Montréal

Stéphanie Beaura, étudiante en médecine, Université Laval

Marie-Lyne Bourque, présidente, Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

Eugénie Cloutier, étudiante en médecine, Université Laval

Mathieu Groulx, vice-président, Fédération médicale étudiante du Québec

Patrice Levasseur-Fortin, président, Fédération médicale étudiante du Québec

Hanène Mankour, vice-présidente aux affaires externes, Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

Maxime Morin-Lavoie, délégué aux affaires internes, Fédération médicale étudiante du Québec

Émilie Parent, étudiante en médecine, Université Sherbrooke – campus Saguenay

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Marie-Philippe Trahan, vice-présidente aux affaires externes, Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke – campus Saguenay

**Révision et mise en page**

Francine Auger, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec

Maxime Morin-Lavoie, délégué aux affaires internes, Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

**Remerciements**

Dre Nathalie Caire-Fon, directrice du département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal

Dre Suzie Dubois, coordonnatrice de l'étape 2 du préclinique, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, campus Saguenay

Dr Louis Gagnon, coordonnateur du Programme de Formation Médicale à Saguenay

Dr Louis Godin, président, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dr Sébastien Lefebvre, médecin de famille et de médecin d'urgence, Hôpital de Chicoutimi

Odette Levasseur

Dre Julie Tousignant, coordonnatrice de l'étape 1 du préclinique, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, campus Saguenay

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	7
<b>Explication brève du cheminement en médecine</b> .....	8
<b>État actuel des applications en médecine familiale</b> .....	10
Répartition des postes en résidence .....	10
Statistiques d'application au CaRMS en médecine familiale .....	11
<b>Perception de la médecine familiale dans la population</b> .....	14
Recensement médiatique sur la médecine familiale .....	14
Efficacité de la médecine de première ligne et médecine familiale .....	15
Les cibles d'accès basés sur la littérature.....	17
<b>Exposition à la médecine familiale dans le curriculum de médecine</b> .....	20
Place de la médecine familiale dans le curriculum des différentes universités .....	20
Préclinique .....	20
Externat .....	22
Externat longitudinal .....	23
Solutions pour augmenter l'exposition à la médecine familiale.....	24
Faciliter l'enseignement au préclinique par les médecins de famille .....	24
Favoriser l'implication des médecins de famille à l'externat.....	24
Augmenter l'exposition des étudiants aux régions en pénurie d'omnipraticiens .....	26
<b>Attrait de la médecine familiale pour les gradués en médecine</b> .....	29
Résidence en médecine familiale .....	29
Évolution de la médecine familiale au cours des dernières années .....	31
Loi 20 .....	31
Réduction de la diversité de pratique .....	32
Écart de salaire .....	34
Solutions .....	36
Abolition/modification de la loi 20.....	36
Faciliter la diversité de pratique .....	36
Changer de discours envers la médecine familiale.....	37
<b>Favoriser le choix de la médecine familiale chez les étudiants</b> .....	38
Bourses pour étudiants choisissant la médecine familiale.....	38
Attribution anticipée de PREMs en médecine familiale.....	38
Favoriser l'admission d'étudiants ayant davantage un profil d'omnipraticien.....	39
<b>Conclusion</b> .....	41
<b>Annexe 1 : résultats du sondage sur l'intérêt des étudiants en médecine envers la médecine familiale de la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)</b> .....	42
<b>Annexe 2 : recensement médiatique en lien avec la médecine familiale</b> .....	55
<b>Bibliographie</b> .....	61

## Table des graphiques

Graphique 1: Nombre de postes en médecine de famille au Québec.....	11
Graphique 2: Proportion des étudiants en médecine au Québec .....	11
Graphique 3 : Évolution de la différence entre le pourcentage d'étudiants mettant.....	12
Graphique 4 : Évolution du salaire moyen et de l'écart entre les omnipraticiens et les spécialistes.....	34
Graphique 5 : Répartition salariale entre les médecins spécialistes et omnipraticiens en 2012 .....	35
Graphique 6 : Répartition salariale entre les médecins spécialistes et omnipraticiens en 2016 .....	35
Graphique 7 : Facteurs qui déplaisent aux étudiants dans la pratique de la médecine familiale.....	48
Graphique 8 : Facteurs qui feraient reconsidérer l'intérêt des étudiants envers la médecine familiale s'ils étaient différents .....	49

## Table des tableaux

Tableau I: Pourcentage des étudiants appliquant en médecine familiale au premier tour selon la faculté d'origine .....	12
Tableau II : Nombre de semaines de stage obligatoire en médecine familiale dans le cadre de l'externat classique selon la faculté de médecine québécoise.....	23
Tableau III : Répartition des étudiants en médecine selon leur campus universitaire.....	42
Tableau IV : Participation au sondage selon les universités et les campus.....	42
Tableau V : Répartition des participants selon leur niveau de parcours actuel.....	43
Tableau VI : Répartition des participants selon leur région administrative d'origine.....	43
Tableau VII : Répartition des participants selon types de région administrative.....	44
Tableau VIII : Réponses à la question « Si vos applications à la résidence avaient lieu aujourd'hui, quel programme mettriez-vous en premier choix ? ».....	45
Tableau IX : Réponses à la question « Si vos applications à la résidence avaient lieu aujourd'hui, feriez-vous une demande en médecine familiale parmi l'ensemble de vos demandes ? ».....	46
Tableau X : Réponses à la question « Si vous étiez jumelé en médecine familiale, quel serait votre réaction ? ».....	47
Tableau XI : Réponses à la question « Parmi les facteurs suivants, lesquels vous déplaisent dans la médecine familiale ? ».....	48
Tableau XII : Réponses à la question « Parmi les facteurs énumérés précédemment, lesquels vous feraient reconsidérer votre intérêt envers la médecine familiale s'ils étaient différents de ce qu'ils sont aujourd'hui ? ».....	49
Tableau XIII : Réponses à la question « Pensez-vous qu'une meilleure exposition à la médecine familiale durant votre curriculum de médecine aurait augmenté votre intérêt envers cette spécialité ? ».....	50
Tableau XIV : Réponses à la question « Quel impact vos années de préclinique ont-elles eu sur votre intérêt envers la médecine familiale ? ».....	50
Tableau XV : Réponses à la question « Pensez-vous que le programme des années précliniques de votre université transmet une vision positive de la médecine familiale aux étudiants ? ».....	51
Tableau XVI : Réponses à la question « Pensez-vous que le programme des années précliniques de votre université intègre suffisamment de médecins de famille dans les activités d'enseignement (cours théoriques, apprentissage par problème, stages hospitaliers, ...) ? ».....	51
Tableau XVII : Réponses à la question « Pensez-vous que les stages obligatoires durant votre externat vous exposent suffisamment à la médecine familiale ? ».....	51
Tableau XVIII : Réponses à la question « Pensez-vous que votre faculté de médecine devrait augmenter le nombre de semaine que les étudiants passent en médecine familiale durant leur externat ? ».....	52
Tableau XIX : Recensement des thèmes abordés dans les articles publiés depuis le 1er janvier 2015 en lien avec la médecine familiale.....	55
Tableau XX : Revue de presse des articles concernant la médecine familiale depuis le 1er décembre 2015 dans les quatre principaux quotidiens écrits du Québec.....	55

## Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Québec

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et six campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, la taxation des boissons sucrés, la légalisation du cannabis, le don d'organe et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

## INTRODUCTION

De nombreux gouvernements provinciaux se sont succédé et ont tous promis d'améliorer l'accès et la qualité du système de santé québécois. Pourtant, force est d'admettre que les problèmes du système de santé québécois restent toujours d'actualité aujourd'hui : long temps d'attente dans les urgences, difficulté à être pris en charge par un médecin de famille ou à voir son propre médecin lorsqu'on en a un, manque d'effectifs médicaux dans plusieurs régions du Québec,... bref, plusieurs problèmes plombent encore notre système de santé.

Il est possible de constater que nombre de ces problèmes repose sur un manque de médecins de famille. Depuis plusieurs années, le gouvernement provincial a augmenté le nombre d'admissions dans les facultés de médecine ainsi que le nombre de postes de résidence en médecine familiale dans le but d'augmenter le nombre d'omnipraticiens pratiquant au Québec. L'objectif commun de la majorité des acteurs du monde médical était, et demeure toujours, que 55% des diplômés en médecine au Québec se dirigent vers la médecine familiale.

Ces efforts avaient commencé à porter fruit au début des années 2010, les étudiants montrant de plus en plus un intérêt envers la médecine familiale. Cependant, plusieurs changements politiques ayant eu lieu au cours des dernières années ont changé drastiquement ce portrait. La médecine familiale est aujourd'hui beaucoup moins attrayante auprès des diplômés des facultés de médecine qu'elle ne l'a été au cours des dernières décennies : l'an dernier, seulement 32% des diplômés en médecine du Québec ont choisi la médecine familiale comme premier choix de résidence. Le projet de loi 20 et l'ensemble des restrictions et conditions imposées aux omnipraticiens font peur aux étudiants, au point où plusieurs ne souhaitent plus se diriger vers ce type de pratique médicale alors qu'ils auraient, en d'autres temps, considéré fortement ce choix. Ces mêmes contraintes empêchent plusieurs médecins de participer à l'enseignement de leurs futurs collègues, que ce soit en donnant des cours à l'université ou en accueillant des étudiants en stage, ce qui diminue encore plus l'attrait de la médecine familiale en réduisant l'exposition qu'ont les étudiants à cette pratique.

Il y a consensus dans le monde médical québécois comme quoi les médecins de famille sont la solution à plusieurs des problèmes actuels de notre système de santé. Ceci étant dit, la situation actuelle n'est pas des plus attrayantes pour les étudiants qui rejettent ce type de pratique. De nombreux changements pourraient être faits par le gouvernement provincial pour favoriser le recrutement de futurs médecins de famille.

La FMEQ souhaite donc exposer aux élus les différents déterminants qui rebutent les étudiants en médecine dans le choix de la médecine familiale, ainsi que des pistes de solution pour corriger la situation. La FMEQ est consciente de l'importance du médecin de famille pour le système de santé québécois, tout particulièrement pour les soins de première ligne, et souhaite travailler avec l'ensemble des élus pour améliorer le système de santé d'aujourd'hui et de demain, pour le mieux des Québécois et Québécoises.

## EXPLICATION BRÈVE DU CHEMINEMENT EN MÉDECINE

Quatre universités offrent le programme de formation de doctorat de premier cycle en médecine au Québec, soit les universités de Montréal, Laval, de Sherbrooke et McGill<sup>1</sup>. La durée des études varie entre quatre et cinq ans selon l'université choisie. En effet, Montréal et McGill imposent une année préparatoire à réaliser avant l'entrée au doctorat pour les étudiants qui ne disposent pas d'un diplôme universitaire de premier cycle en sciences de la santé jugé équivalent et l'Université Laval offre un cheminement flexible entre quatre et cinq ans.

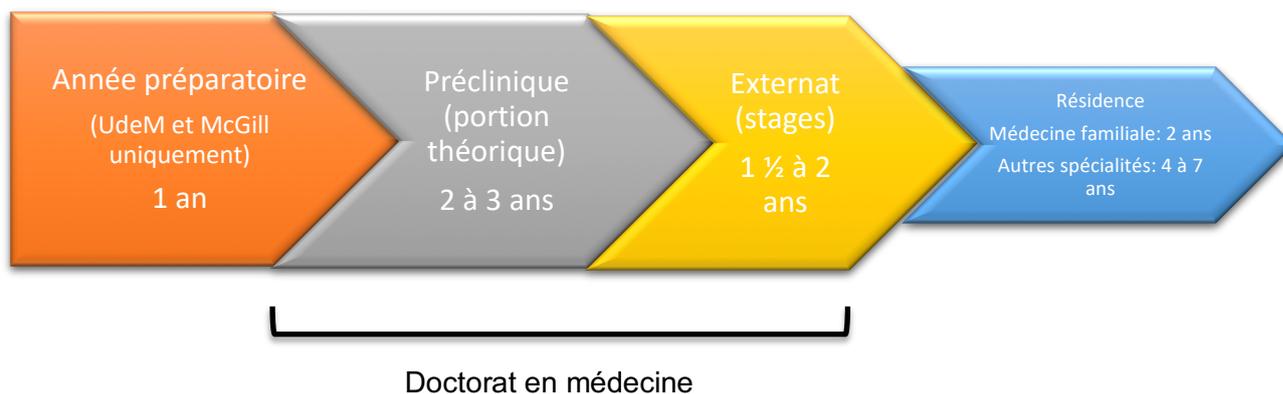


Figure 1: Parcours d'un étudiant en médecine au Québec

Le nombre d'admissions au programme de médecine est déterminé annuellement par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). En 2018-2019, 830<sup>2</sup> étudiants ont été admis dans l'une des quatre facultés de médecine québécoises. Une première sélection des candidats est effectuée par les universités selon l'excellence du dossier scolaire<sup>1</sup>. Le test en ligne CASPer<sup>MD</sup><sup>3</sup> (*Computer-based Assessment for Sampling Personal Characteristics*) est un examen de jugement situationnel qui est utilisé par Montréal et McGill et qui s'ajoute au dossier scolaire dans la présélection des candidats. Par la suite, les étudiants sélectionnés sont convoqués aux mini-entrevues multiples (MEMs) qui évaluent certaines compétences personnelles et aptitudes générales<sup>4</sup> afin d'établir un profil de l'étudiant et de permettre un classement qui déterminera les propositions d'admission.

La formation doctorale en elle-même se divise en deux parties d'environ 2 ans : chacune nommée « préclinique » et « externat ». Le préclinique permet aux étudiants d'acquérir la base théorique des apprentissages médicaux. Également, au sein des universités de Sherbrooke et de Montréal, une exposition précoce et continue en milieu hospitalier durant ces premières années les prépare aux stages qu'ils auront à accomplir durant l'externat<sup>1</sup>. Chaque université décide d'un système unique

<sup>1</sup> Fédération Médicale Étudiante du Québec, « La médecine au Québec, » 3 janvier, 2019, <http://www.fmeq.ca/nouvelles-et-communications/la-medecine-au-quebec/>.

<sup>2</sup> Martin April. *Effectifs médicaux au Québec - Évolution, projections et recommandations* (Montréal : Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Montréal, 2018), 5.

<sup>3</sup> Computer-based Assessment for Sampling Personal Characteristics, « À propos de CASPer<sup>MD</sup>, » 3 janvier, 2019, <https://examencasper.com/a-propos-de-casper/>.

<sup>4</sup> Université de Sherbrooke, « Le programme de doctorat en médecine : Mini-entrevues multiples (MEM), » 3 janvier, 2019, <https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/admission/mem/#c144615-1>.

d'exposition et de techniques d'apprentissage. L'externat est composé d'une série de stages d'une à plusieurs semaines dans les différentes spécialités médicales qui permettent à tous les étudiants québécois d'acquérir à la fois une base de compétences cliniques solide avec des stages obligatoires et de découvrir ou de confirmer leurs intérêts avec des stages à option.

Durant leur dernière année d'externat, les étudiants doivent préparer leur admission à la résidence. En effet, la formation médicale canadienne complète comporte deux étapes. La première est l'obtention du diplôme de doctorat en médecine (M.D.) tel que décrit ci-dessus. La deuxième est la formation postdoctorale, communément appelée « résidence », qui mène à l'obtention du droit de pratique. C'est à ce moment que les diplômés du programme de médecine se spécialisent, soit vers la médecine de famille (2 ans), vers l'une des 59<sup>5</sup> spécialités médicales (durée de 3 à 6 ans) ou encore vers une carrière en recherche. Les demandes aux programmes de résidence se font via le Canadian Resident Matching Service (CaRMS) qui agit d'intermédiaire entre les diplômés et les différents programmes de résidence. Le CaRMS est un organisme regroupant l'ensemble des 17 facultés de médecine canadiennes. Les étudiants sont autorisés à soumettre leur candidature au nombre de programmes et d'universités qu'ils désirent et doivent ensuite placer en ordre de préférence les différents programmes et universités où ils désirent faire leur résidence.

À la fin de leurs années de formation doctorale, les étudiants doivent réussir le LMCC I (*Licentiate of the Medical Council of Canada*) qui est l'examen pancanadien de certification médicale avant de débiter leur résidence<sup>1</sup>. Les médecins résidents doivent aussi réussir un examen de certification propre à chaque spécialité, puis s'inscrire et respecter les obligations propres à chaque ordre professionnel afin d'obtenir un permis de pratique.

---

<sup>5</sup> Fédération Médicale Étudiante du Québec, « Guide des résidences de la FMEQ 2018, » 3 janvier, 2019, <http://www.fmeq.ca/nouvelles-et-communiqués/guide-des-residences/>.

# ÉTAT ACTUEL DES APPLICATIONS EN MÉDECINE FAMILIALE

## Répartition des postes en résidence

Par les coûts liés à la formation médicale et l'importance d'avoir des effectifs médicaux suffisants pour desservir la population, la formation médicale est réglementée par le gouvernement québécois ; c'est celui-ci qui détermine le nombre de postes disponibles au doctorat de premier cycle en médecine ainsi que les postes disponibles en résidence. Annuellement, au Québec, le nombre de postes de résidence offerts dans les différentes spécialités médicales, incluant la médecine familiale, est déterminé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) suite aux recommandations de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical. Cette table a notamment pour objectif de favoriser une répartition satisfaisante des effectifs médicaux entre les médecins de famille et les médecins spécialistes en fonction des besoins prioritaires<sup>6</sup>. Ainsi, la proportion des postes de résidence alloués à la formation des futurs médecins de famille est établie en fonction des capacités d'accueil des différents programmes de résidence, mais surtout en fonction des besoins estimés pour la population québécoise. La tendance des dernières années a entraîné, au Québec, une augmentation constante des postes offerts en médecine de famille dans le but de répondre aux objectifs du MSSS : que tous les québécois aient accès à un médecin de famille et que tous les québécois puissent avoir accès à leur médecine de famille dans un délai raisonnable.

Pour ces raisons, la répartition des postes en résidence a changé dans les dernières années dans le but d'atteindre une répartition de 55% des postes en médecine de famille et 45% des postes dans les autres spécialités médicales. En effet, en se basant sur les modèles actuariels servant à déterminer le nombre de médecins de famille et de spécialistes nécessaires pour couvrir l'ensemble de la population québécoise, il apparaissait qu'en poursuivant avec l'ancienne répartition où la majorité des postes étaient en médecine spécialisée, le Québec se dirigeait vers un surplus de médecins spécialistes tandis qu'il y aurait eu une pénurie d'omnipraticiens.

En 2018 au Québec, c'est 54,5% des postes qui ont été attribués en médecine de famille (492 postes sur un total de 902 postes)<sup>7</sup>. Le graphique 1 montre le nombre de postes disponibles en médecine de famille au Québec depuis 2012. Malgré cette hausse de postes en médecine familiale, les modèles actuariels présentés à la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux estiment que le chiffre de 55% n'est probablement pas suffisant, comme il manquerait près de 150 médecins de famille pour combler l'ensemble des besoins de la population québécoise en 2036, tandis qu'il y aurait près de 500 spécialistes de plus que nécessaire pour couvrir l'ensemble des besoins populationnels<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. *Avis sur le projet de politique triennal des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2019-2020, 2020-2021, 2021 et 2022* (Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, 2019).

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> Martin April, *Op. cit.*, 24.

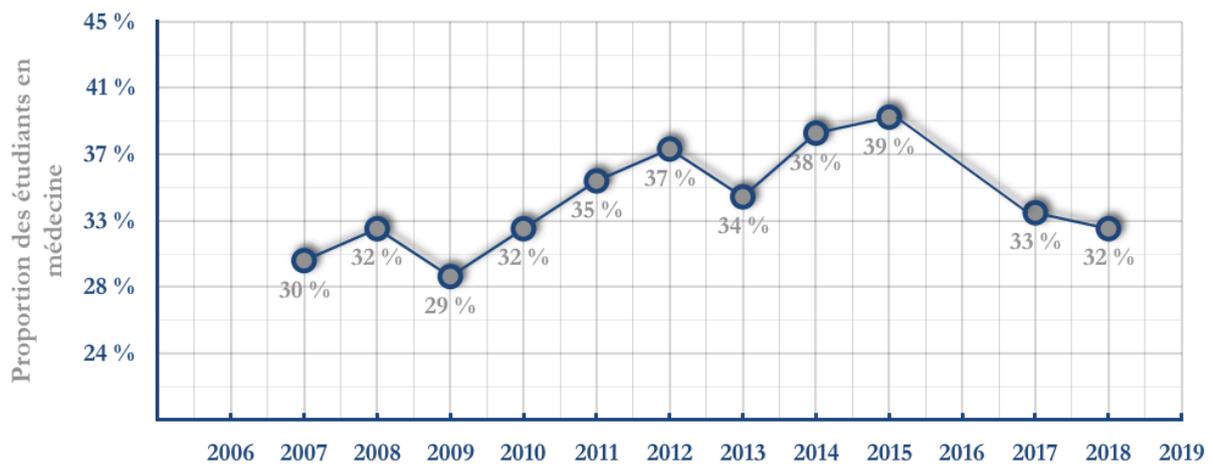
**Graphique 1: Nombre de postes en médecine de famille au Québec depuis 2012**



### Statistiques d'application au CaRMS en médecine familiale

Paradoxalement, l'intérêt envers la médecine omnipraticienne des étudiants participant au jumelage à la résidence a diminué dans les dernières années. En effet, le nombre d'étudiants inscrivant la médecine de famille comme premier choix de programme fut maximal en 2015 avec 38,93% pour chuter considérablement par la suite. Le graphique 2 souligne cette variation considérable des dernières années.

**Graphique 2: Proportion des étudiants en médecine au Québec ayant mis la médecine familiale en premier choix**



Outre la variation de l'intérêt des étudiants envers la médecine familiale en tant que premier choix de résidence à travers les années, les statistiques démontrent une variation significative quant au pourcentage d'étudiants mettant la médecine de famille en premier choix entre les 4 universités médicales québécoises. En effet, en 2018 c'est 19,58% des participants au jumelage de l'Université McGill, 28,08% de l'Université Laval, 38,03% de l'Université de Montréal et 39,02% de l'Université de Sherbrooke qui ont mis la médecine générale en premier choix. La moyenne provinciale était alors de 32,15%. Les données des 4 facultés et la moyenne canadienne se retrouvent dans le tableau I.

**Tableau I: Pourcentage des étudiants appliquant en médecine familiale au premier tour selon la faculté d'origine**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Laval</b>	34,2%	41,0%	33,7%	47,0%	32,3%	32,4%	31,0%	28,1%
<b>McGill</b>	25,6%	24,7%	20,7%	19,1%	36,0%	30,9%	23,8%	19,6%
<b>Montréal</b>	38,0%	39,6%	39,2%	42,5%	45,4%	39,4%	40,2%	38,0%
<b>Sherbrooke</b>	39,3%	41,3%	38,6%	36,7%	38,9%	35,0%	31,2%	39,0%
<b>Ensemble du Québec</b>	34,9%	37,3%	33,7%	37,7%	38,9%	34,9%	32,6%	32,2%

Au-delà du pourcentage d'étudiants qui applique en médecine familiale comme premier choix, c'est la disparité entre ce pourcentage et le pourcentage des postes de résidence qui sont en médecine familiale qui inquiète. À titre d'exemple, en 2008, 32% des étudiants ont mis la médecine familiale comme premier choix de programme, ce qui équivaut à la proportion d'étudiants ayant fait ce choix l'an dernier. Or, en 2008, seulement 42% des postes de résidence étaient attribués en médecine familiale ; il n'y avait donc qu'une différence de 10% entre le nombre de postes à combler en médecine familiale et le nombre d'étudiants choisissant cette pratique. En 2018, cette proportion était plutôt de 55%, représentant une différence de 23% entre les demandes des étudiants et les besoins populationnels. Le graphique 3 montre l'évolution des postes disponibles en médecine familiale et du nombre d'étudiants ayant choisi cette discipline comme premier choix et permet d'observer l'augmentation de la disparité entre ces deux données.

**Graphique 3 : Évolution de la différence entre le pourcentage d'étudiants mettant la médecine familiale comme premier choix de programme de résidence et le nombre de postes offerts**



Ce désintérêt envers la médecine familiale se retrouve aussi dans le nombre de postes de résidence en médecine familiale laissés vacants à chaque année. L'an dernier, 57 postes en médecine familiale

n'ont pas été comblés, certains étudiants préférant prendre une année sabbatique pour se réessayer à faire une spécialité l'année suivante plutôt que d'appliquer en médecine familiale. Depuis 2003, c'est 588 postes de résidence en médecine familiale qui n'ont pas été comblés. Considérant qu'en 2017, le médecin de famille moyen avait à sa charge 688 patients, c'est près de 405 000 Québécois qui auraient aujourd'hui un médecin si ces 588 postes vacants avaient été comblés. Or, en date du 26 mai 2018, il y avait 406 000 patients en attente d'un médecin sur le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)<sup>9</sup>; c'est donc dire que de combler ces postes vacants en médecine familiale aurait potentiellement permis de prendre en charge l'ensemble de la population québécoise.

---

<sup>9</sup> Alexandre Duval, « Accès à un médecin : des délais qui s'allongent à mesure que le temps passe, » 31 juillet, 2018, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1115469/acces-medecin-famille-guichet-patients-delaiss>.

## PERCEPTION DE LA MÉDECINE FAMILIALE DANS LA POPULATION

L'un des facteurs ayant été documentés comme influençant le choix de spécialité des étudiants en médecine est la perception sociale de la spécialité en question. Notamment, une étude publiée dans le *CMAJ* en juin 2004 identifie le « prestige » associé à une spécialité comme l'un des 5 principaux facteurs expliquant le choix de spécialité des étudiants ayant répondu au questionnaire<sup>10</sup>.

Or il s'avère que ce critère n'a pas le même impact auprès de tous les étudiants, comme le montre une autre étude, publiée celle-ci dans *Le médecin de famille canadien* en février 2017, qui cherchait à établir les facteurs :

Plus de 40% des répondants considéraient que le statut social associé à une spécialité était important. Ils estimaient toutefois que les spécialités ne donnaient pas toutes le même statut; 89% de ceux qui s'intéressaient aux spécialités plus pointues croyaient que cela avait une influence positive sur leur choix de spécialité, un avis qui était partagé par seulement 41% de ceux qui envisageaient une spécialité de première ligne<sup>11</sup>.

La FMEQ a également sondé ses membres dans le but d'identifier les déterminants de l'intérêt envers la médecine familiale dans le contexte québécois. Selon les résultats de ce sondage (annexe 1), le quart des étudiants québécois ont soulevé que la perception négative de la médecine familiale auprès de la population ainsi que le manque de prestige qu'occupe cette spécialité au sein du corps médical réduisent leur attrait envers cette pratique.

Dans tous les cas, la médecine familiale souffrirait, au regard de ces études, d'un déficit de valorisation sociale en comparaison aux spécialités dites « pointues » (on pense ici généralement aux spécialités chirurgicales). Cet état de fait semble cohérent avec le discours social véhiculé dans les dernières années au sujet des médecins de famille et de leur pratique : il n'est pas étonnant, en effet, de constater un désintérêt pour cette spécialisation dans un climat où les voix publiques, et notamment les figures politiques, s'élèvent pour broser un portrait négatif de la profession.

### Recensement médiatique sur la médecine familiale

Afin d'obtenir une meilleure compréhension de l'image de la médecine familiale véhiculée par les médias, nous avons procédé à une revue systématique des principaux médias du Québec pour les cinq dernières années (à partir de janvier 2015) (annexe 2).

Ce recensement nous permet de dégager certaines thématiques récurrentes dans le traitement médiatique de la médecine familiale :

- Les problèmes d'accès à un médecin de famille ;
- La question de la rémunération ;
- La surcharge de travail et l'épuisement des médecins ;

---

<sup>10</sup> Bruce Wright et al., « Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine, » *Canadian Medical Association Journal* 170, n° 13 (2004): 1920, <https://doi.org/10.1503/cmaj.103111>.

<sup>11</sup> Heather Ann Osborn et al., « Primary care specialty career choice among Canadian medical students, » *Canadian Family Physician* 63, n° 2 (2017): 107-113, <http://www.cfp.ca/content/63/2/e107>.

- La relation de travail du médecin avec les autres professionnels de la santé et la répartition du travail ;
- L'infériorité de la médecine familiale par rapport aux spécialités.

L'incapacité à rencontrer un médecin de famille dans un délai raisonnable demeure le principal enjeu relayé par les médias. Dans la mesure où l'on fait s'équivaloir, dans le discours public, l'accès au médecin de famille (et, dans une moindre mesure, le temps d'attente à l'urgence, aussi assurée par des spécialistes de première ligne) et la qualité du système de santé, cette insistance sur les difficultés d'accès à un médecin de famille équivaut à rejeter la faute des problèmes que rencontre ce système largement sur les omnipraticiens.

Autre fait notable se dégageant de cette revue de presse : une grande quantité d'éditoriaux rédigés par des omnipraticiens font état d'une inquiétude largement partagée à l'égard des pressions subies pour accroître le taux de prise en charge et d'heures de clinique. Cette abondance de prises de position par les omnipraticiens témoigne d'une importante mobilisation à ce sujet au sein de la profession et d'une inquiétude commune quant à la façon dont est perçue, comprise, et par-là même gérée, leur pratique.

Ainsi, les étudiants de médecine sont placés devant un portrait double du médecin de famille : d'un côté, on le dépeint comme étant peu disponible, peu accessible, peu disposé à travailler en équipes multidisciplinaires, moins compétent que ses collègues spécialistes. De l'autre côté, les omnipraticiens se perçoivent eux-mêmes comme surchargés, épuisés, forcés de travailler à un rythme qui n'est bon ni pour eux, ni pour leurs patients, et dévalorisés de façon générale et en particulier par rapport à leurs collègues spécialistes.

Il est apparent que les discours sont, de part et d'autre, essentiellement négatifs. Or l'opinion publique semble exercer un effet profond sur le choix des futurs médecins<sup>12</sup>. Ainsi nous apparaît-il évident que la dynamique actuelle de dévalorisation de la médecine de famille au sein du discours social ne peut que nuire à l'attractivité de cette spécialité auprès des futurs médecins.

### **Efficacité de la médecine de première ligne et médecine familiale**

L'importance des soins de santé de première ligne est amplement documentée dans la littérature médicale : la force d'un système de santé dépend directement de la force de ses soins de première ligne<sup>13</sup>. En effet, une étude de 2012 démontre que :

la première ligne est associée, tant dans les pays développés qu'en voie de développement, à un meilleur accès aux soins de santé, à de meilleurs résultats de santé, et à une diminution des hospitalisations et des visites aux départements d'urgence. Les soins de première ligne peuvent aussi aider à contrer les impacts négatifs d'une situation économique défavorable sur la santé<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Antoine Groulx, « Analyse des facteurs influençant le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine du Québec : le rôle des GIMF » (Mémoire de M.Sc., Université de Montréal, 2012), 92, <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8526>.

<sup>13</sup> Marie-Dominique Beaulieu et al., « Characteristics of primary care practices associated with high quality of care, » *Canadian Medical Association Journal* 185, n° 12 (2013): E590, <https://doi.org/10.1503/cmaj.121802>.

<sup>14</sup> Traduction libre de: Leiyu Shi, « The Impact of Primary Care : A Focused Review, » *Scientifica* (2012): 15, <https://doi.org/10.6064/2012/432892>.

Ce résultat sera confirmé en 2013 par une étude présentée dans le *CMAJ*<sup>15</sup>. Premier point de contact des individus avec leur système de santé, la première ligne est fondamentale puisqu'elle procure des dénouements positifs aux épisodes de soin, l'efficacité et l'efficacité du suivi, et l'équité des soins de santé<sup>16</sup>.

Or, si l'on ne doute pas de l'importance des soins de première ligne, la façon dont ils doivent être déployés au sein du système de santé n'est pas aussi claire et fait toujours l'objet de grandes études. Lorsqu'elles évaluent l'efficacité des soins de première ligne, ces études utilisent comme critère principal d'accessibilité aux soins les besoins non satisfaits rapportés par les patients eux-mêmes, et tout particulièrement leur capacité à obtenir un rendez-vous avec un médecin dans un délai qui leur apparaît raisonnable, un aspect sur lequel le Canada, et le Québec en particulier, accuse un retard par rapport aux autres pays industrialisés<sup>17</sup>.

Une étude de 2012 identifie comme facteur important de l'accessibilité le degré d'affiliation du patient à un fournisseur de soins. Ainsi, si l'étude ne note pas de différence entre les différents types d'organisation des soins (médecin indépendant, pratique privée, GMF, CLSC<sup>18</sup>), le fait d'avoir un médecin de famille est associé à un taux de besoins non satisfaits beaucoup plus bas chez les répondants<sup>19</sup>. Or cette étude offre une précision supplémentaire sur les conditions qui augmentent l'accessibilité et la qualité des soins : en effet, elle met en valeur l'importance de développer un lien fort entre le patient et le fournisseur de soins pour diminuer les besoins non-satisfaits des patients<sup>20</sup>. C'est donc dire que le médecin de famille est un élément indispensable dans l'amélioration des soins de première ligne, non seulement par sa disponibilité, mais aussi par la qualité de la relation qu'il développe avec son patient, d'où l'importance de créer un environnement de soins qui rende possible le développement de cette relation.

De la même manière, une étude publiée dans le *CMAJ* en 2013 cherchant à établir les liens entre les caractéristiques des cabinets de première ligne et la qualité des soins qui y étaient offerts affirmait que les efforts du législateur devaient être investis non pas dans le développement de nouveaux modèles pour desservir des soins, mais bien dans l'amélioration des soins de première ligne déjà en place, en favorisant l'efficacité des équipes de soin, la formation continue et l'accès organisationnel<sup>21</sup>.

Finalement, selon une étude de 2018 présentée dans le *BMC Family Practice* effectué au Québec, l'indicateur le plus important de l'accessibilité des soins serait la possibilité d'obtenir une consultation médicale dans un délai rapide (la journée même). En effet, l'accessibilité augmente

---

<sup>15</sup>Marie-Dominique Beaulieu et al., *Loc. cit.* : E595.

<sup>16</sup>Leiyu Shi, *Loc. cit.* : 15.

<sup>17</sup>Jean-Frédéric Lévesque et al., « Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province, » *BMC Family Practice* 13, n° 66 (2012): 7, <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-66>.

<sup>18</sup>Jean-Frédéric Lévesque et al., *Loc. cit.* : 9.

<sup>19</sup>Jean-Frédéric Lévesque et al., *Loc. cit.* : 5.

<sup>20</sup>Jean-Frédéric Lévesque et al., *Loc. cit.* : 8.

<sup>21</sup>Marie-Dominique Beaulieu et al., *Loc. cit.* : E595.

presque du triple lorsqu'il est possible pour un patient d'obtenir un rendez-vous dans la même journée ou une consultation sans rendez-vous dans sa clinique habituelle<sup>22</sup>.

Fait à noter : la majorité des répondants (76,1 %) affirmait être en mesure d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille aussi rapidement qu'ils le souhaitaient<sup>22</sup>. Ce résultat, surprenant dans un contexte où le discours social laisse croire à une crise de l'accessibilité, appelle à questionner cette perception des soins de première ligne et laisse présager une surestimation du problème d'accès aux médecins de famille au Québec.

### Les cibles d'accès basés sur la littérature

En avril 2015, afin d'améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne, une entente est signée entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le MSSS. Cette entente mentionnait que 85 % de la population devrait être inscrite auprès d'un médecin de famille au 31 décembre 2017.

Or, l'imposition d'un tel seuil d'accès ne semble pas avoir fait ses preuves en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires par les patients. En effet, un mémoire déposé au MSSS en 2015 sur la première partie du projet de loi 20 conclut que « les données probantes disponibles indiquent que l'imposition d'un seuil minimum de patients aux omnipraticiens n'est pas la meilleure façon d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires et risque d'entraîner une augmentation des coûts<sup>23</sup>. »

D'une part, le groupe de médecins ayant rédigé le mémoire susmentionné affirme que la solution consistant à forcer l'inscription de 85 % des Québécois à un médecin de famille constitue une réponse trop simple à un problème éminemment complexe. Alors que les approches adoptées par plusieurs autres pays « se démarquent par le recours à plusieurs mesures mises en place de manière coordonnée [...] l'approche proposée par le projet de loi 20, fondée sur le seul mécanisme de quotas de patients, paraît très rudimentaire pour répondre à la complexité inhérente et grandissante des besoins de santé primaires<sup>23</sup>. » En déployant une mesure qui vise uniquement l'accessibilité au médecin généraliste, c'est le concept même d'accessibilité qui en souffre :

Une constante des rapports gouvernementaux et scientifiques est de traiter l'accessibilité comme un concept allant bien au-delà du seul accès à un médecin généraliste. Les modèles novateurs d'organisation des soins de santé primaires ont en effet tous comme caractéristique commune de viser à améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires plutôt que de viser seulement à améliorer l'accessibilité aux médecins généralistes. Ces modèles envisagent la possibilité d'autres types de services qui visent à être plus coût efficace, efficaces et appropriés (Hutchison et al., 2011; Kilo & Wasson, 2010; Margolius & Bodenheimer, 2010)<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Andrée Anne Paré-Plante et al., « Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec, » *BMC Family Practice* 19, n° 188 (2018): 4, <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0871-x>.

<sup>23</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., « Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, » Université de Montréal, 2015 : 13, [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/29981.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29981.pdf).

<sup>24</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 6.

Par ailleurs, la simplicité d'une telle approche comporte ses propres risques : « les solutions rudimentaires sont en effet problématiques car les solutions simples appliquées à des problèmes complexes suscitent communément des conséquences inattendues<sup>24</sup>. »

L'une de ces conséquences délétères d'utiliser l'inscription de patients comme critère de l'accessibilité est l'inégalité des soins aux populations vulnérables. En effet, il est démontré que « des mécanismes de paiement ou des incitatifs financiers associés aux différents types de patients ou encore l'imposition d'un nombre de patients peuvent encourager la sélection des patients<sup>25</sup> ». Les contraintes chiffrées imposées aux médecins sont synonymes d'un rythme de travail soutenu. Or les patients vulnérables demandent plus de temps à leur médecin et sont aussi plus susceptibles de rater leurs rendez-vous, alors même que rapidité des consultations constitue une mesure du travail des médecins<sup>26</sup>. Il n'est donc pas étonnant que le phénomène de sélection décrit ci-dessus se manifeste et que les médecins aient « désormais des réticences à inscrire des patients socialement défavorisés en raison des difficultés supposées que comporte leur suivi<sup>27</sup> » et qu'ils « préféreraient inscrire des patients dont le suivi médical s'annonce simple<sup>27</sup> ». Ces patients doivent alors se tourner vers les cliniques sans rendez-vous, ce qui pose aussi un problème puisque les plages horaires sans rendez-vous sont de plus en plus réservées aux patients inscrits à la clinique qui les offre. Les processus administratifs en eux-mêmes, tels la prise de rendez-vous et l'inscription pour obtenir un médecin de famille, peuvent leur sembler « nébuleu[x] et complexe<sup>28</sup> ».

D'autre part, les cibles chiffrées d'inscription de patients ont aussi leur désavantage sur le plan économique, étant peu adaptées au mode de rémunération actuel des médecins de famille. En effet, il est démontré que

[...] le médecin, comme tout être humain, tend à maximiser son bien-être. Le bien-être d'un médecin est positivement corrélé au revenu qu'il tire de sa pratique, à son temps de loisirs (le temps passé à ne pas travailler) et au bénéfice de sa pratique pour ses patients (Hurley, 2010; McGuire & Pauly, 1991). [...] Les médecins doivent donc arbitrer entre réduire leur temps de loisirs, déjà minimal pour plusieurs d'entre eux selon leur surcharge rapportée (Sondage national des médecins, 2013), améliorer le bien-être de leurs patients et augmenter leur revenu (Borgès Da Silva et al., 2015)<sup>29</sup>.

Or dans un contexte où les médecins considèrent déjà être en surcharge de travail et en déficit de temps de loisir, la rémunération du médecin doit être élevée pour qu'ils voient un avantage à prendre de nouveaux patients, et donc à travailler davantage<sup>29</sup>. Cette situation comporte un risque double : soit, d'une part, on offre aux médecins une rémunération incitative qui leur convient – risquant une flambée des dépenses en santé –, soit, d'autre part, on leur impose des quotas tout en contrôlant les dépenses – et alors c'est le bien-être du médecin qui en souffre puisqu'il voit son temps libre réduit encore davantage, de même que les bienfaits de sa pratique pour ses patients, son temps de consultation pour chacun d'eux étant réduits d'autant que les quotas sont élevés.

<sup>25</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 9.

<sup>26</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 20.

<sup>27</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 19.

<sup>28</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 21.

<sup>29</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 8.

Par ailleurs, l'imposition de quotas, du fait qu'elle implique la prise en charge d'un plus grand nombre de patients par médecin traitant, a pour autre conséquence indésirable de nuire à la qualité des soins offerts :

La quantité de soins fournis peut varier dans le sens opposé à la qualité des soins offerte (Kralj & Kantarevic, 2013; McGuire, 2000). Les incitatifs à augmenter les quantités de patients vus ou inscrits, recherchés par les quotas, peuvent encourager une plus faible qualité des soins par patient. Tel que décrit par plusieurs auteurs, il en résulte des difficultés dans la conception de systèmes de paiement qui permettent d'atteindre un optimum social, c'est-à-dire poursuivre l'objectif de maximiser la santé de la population en inscrivant et en traitant les patients à un coût raisonnable (Borgès Da Silva et al., 2015; Wedig, 1993; Yaesoubi & Roberts, 2011)<sup>30</sup>.

Cette diminution dans la qualité des soins offerts se fait sentir à plusieurs niveaux, notamment dans la continuité des soins, son exhaustivité, la satisfaction du patient, et l'accessibilité des individus aux médecins<sup>31</sup>. Même la formation des futurs médecins en souffrirait, la surcharge de travail des médecins ne leur permettant pas d'être suffisamment disponibles pour les étudiants<sup>32</sup>.

Nous pouvons donc conclure au sujet des cibles d'accès chiffrées basées sur l'inscription de patients à un médecin de famille qu'elles sont au mieux inutiles, et au pire dommageables au système de santé, et ce, à plusieurs égards : en plus de nuire aux populations défavorisées<sup>33</sup>, elles comporteraient un coût économique important, tout en réduisant encore davantage le bien-être des médecins, réduiraient la qualité des soins et ne constitueraient pas une réponse suffisamment multifactorielle au problème complexe que constitue l'accès aux soins de première ligne.

Par ailleurs, la littérature nous indique clairement qu'il n'est ni possible, ni souhaitable d'établir des quotas de patients qui soient réellement efficaces. En effet, les facteurs affectant la capacité d'un médecin à inscrire davantage de patients à son nom dépend d'un si grand nombre de facteurs qu'à ce jour il nous est encore impossible de calculer ce chiffre à l'aide d'une formule objective et optimale<sup>34</sup>. Il n'existe donc pas de solution unique au problème de l'accessibilité. Et en ce qui concerne la quantité de patients que devrait suivre un médecin, nous nous en remettons à la conclusion d'un des auteurs cités plus haut : « combien de patients un médecin devrait-il avoir ? Autant que possible sans entraîner de conséquences négatives<sup>34</sup>. »

Finalement, si l'on compare les données probantes au sujet de l'inscription de patients aux exigences sociales envers nos médecins de famille, on constate, encore une fois, la démesure des attentes qui leur sont imposées. Il n'est pas difficile de s'imaginer de quelle manière ceux-ci peuvent décourager les étudiants à sélectionner cette spécialité au cours de leur cheminement.

<sup>30</sup> Roxanne Borgès Da Silva et al., *Op. cit.* : 11.

<sup>31</sup> Laura Muldoon et al., « How Many Patients Should a Family Physician Have? Factors to Consider in Answering a Deceptively Simple Question, » *Healthcare Policy* 7, n° 4 (2012): 29, <https://www.longwoods.com/content/22885>.

<sup>32</sup> Laura Muldoon et al., *Loc. cit.* : 30.

<sup>33</sup> Estelle Carde et al., « Inégalités sociales, patients difficiles et médecins de première ligne, » Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations, 2018 :19-21.

[http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/rapport\\_de\\_recherche\\_inegalites\\_sociales\\_patients\\_difficiles.pdf](http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/rapport_de_recherche_inegalites_sociales_patients_difficiles.pdf).

<sup>34</sup> Muldoon, Laura et al., *Loc. cit.* : 32

# EXPOSITION À LA MÉDECINE FAMILIALE DANS LE CURRICULUM DE MÉDECINE

## Place de la médecine familiale dans le curriculum des différentes universités

La dévalorisation de la médecine familiale existe non seulement sur le plan sociétal, mais également au sein même des facultés de médecine québécoises. Dans une étude canadienne publiée dans le *Education for Primary Care* au mois d'octobre 2015, il a été démontré que l'un des facteurs responsables de la diminution d'applications à la résidence en médecine de famille est le discours parfois péjoratif tenu par les membres du corps professoral en regard de cette spécialité<sup>35</sup>. Cette stigmatisation de la médecine familiale est certainement encouragée par le fait que l'enseignement au préclinique soit fait principalement par des médecins spécialistes et que l'exposition à la médecine familiale pendant l'externat soit limitée.

L'importance de l'exposition et de la valorisation de la médecine familiale durant le parcours universitaire pour favoriser le recrutement d'omnipraticiens a été montré dans plusieurs études. Une étude réalisée en 2001 indique que le contact avec des médecins de famille durant la formation avait beaucoup d'influence sur la décision de poursuivre une carrière en médecine familiale. En effet, parmi les expériences les plus importantes pour un étudiant dans sa décision de choisir cette spécialité, on retrouvait une exposition précoce à des expériences significatives en médecine familiale, un contact avec des modèles forts de médecins omnipraticiens ainsi que des opportunités d'observer la nature diverse du travail des médecins de famille. Les chercheurs ayant réalisé l'étude concluaient en soulignant que les occasions d'observer de bons modèles de médecins de famille dans les premières années d'études en médecine pourraient avoir un effet puissant sur le choix de carrière<sup>36</sup>.

De plus, une récente étude menée par la FMEQ montre que 54% des étudiants en médecine de la province sont d'accord pour dire qu'une meilleure exposition à la médecine de famille durant leur curriculum aurait augmenté leur intérêt envers cette spécialité (voir annexe 1). Les auteurs ont également noté qu'il n'y a pas de différence significative dans les résultats entre les universités, bien qu'elles aient toutes des programmes de formation différents.

## Préclinique

Le curriculum du préclinique des 4 facultés d'enseignement médical québécoises comprend un aspect « apprentissage théorique » dont l'enseignement est majoritairement couvert par des médecins spécialistes ainsi qu'un aspect « apprentissage clinique » où les médecins de famille sont davantage présents comme enseignants. De fait, à l'Université de Montréal, aucun responsable de cours n'est médecin de famille et environ 18% des professeurs lors des séances d'apprentissage par problème (périodes d'enseignement qui se font en petits groupes de 9 à 12 étudiants) le sont. Par

---

<sup>35</sup> Charo Rodriguez, Pierre-Paul Tellier et Emmanuelle Bélanger, « Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a Canadian case study » *Education for Primary Care* 23, n° 3 (2012): 164,

[https://www.researchgate.net/publication/228323819\\_Exploring\\_professional\\_identification\\_and\\_reputation\\_of\\_family\\_medicine\\_among\\_medical\\_students\\_A\\_Canadian\\_case\\_study](https://www.researchgate.net/publication/228323819_Exploring_professional_identification_and_reputation_of_family_medicine_among_medical_students_A_Canadian_case_study).

<sup>36</sup> John Jordan, Judith Belle Brown et Grant Russell, « Choosing family medicine. What influences medical students? » *Canadian Family Physician* 49, n° 9 (2003): 1134.

contre, 45% des tuteurs en enseignement clinique sont omnipraticiens et les étudiants partagent qu'il est beaucoup plus pertinent d'apprendre à faire un examen physique et un questionnaire complet auprès d'un médecin de famille que d'un spécialiste ayant une expertise très pointue dans un domaine. En région éloignée, où les omnipraticiens occupent une plus grande place en milieu hospitalier, cette situation est de moins grande envergure : au campus de Saguenay de l'Université de Sherbrooke, 45% des tuteurs lors des séances d'apprentissage par problème et 100% des tuteurs d'enseignement clinique sont omnipraticiens. Cet aspect est directement ressenti par les étudiants comme le montre l'étude effectuée par la FMEQ (Annexe 1) où 84% des répondants provenant du campus de Saguenay considèrent que l'Université intègre suffisamment les médecins de famille dans les activités d'enseignement au préclinique alors que la moyenne pour l'ensemble des universités est de 38%.

Avoir une grande exposition à la médecine familiale permet également d'avoir une bonne opinion de celle-ci. En effet, selon cette même étude, 86% des étudiants au campus de Saguenay affirment que le programme du préclinique de leur université transmet une vision positive de la médecine familiale ce qui est nettement au-dessus de la moyenne québécoise qui est de 59%. De plus, 49% des étudiants de l'Université de Sherbrooke, campus Saguenay ont davantage d'intérêt envers la médecine familiale à la suite de leur préclinique, contre une moyenne de 35% pour toutes les universités. En bref, le campus de Saguenay est un exemple qui démontre que plus l'exposition à la médecine familiale est grande, plus les étudiants ont une vision positive de celle-ci et plus grand est leur intérêt dans cette discipline.

En outre, dans le cadre du préclinique, peu d'activités d'apprentissage sont orientées vers la médecine familiale: à l'Université de Montréal, seulement une activité officielle d'une durée de trois heures est dédiée à l'observation d'un médecin de famille. À l'Université de Sherbrooke, aucun cours du préclinique n'est dédié à l'apprentissage de compétences spécifiques à la médecine familiale. Au total, l'exposition à la médecine de famille est donc limitée au préclinique et les étudiants ont peu d'occasion de rencontrer des modèles forts de « réussite » en médecine familiale. L'exposition précoce à des modèles de rôle positifs en médecine familiale ayant un lien direct avec le choix d'un programme de résidence en médecine familiale par les étudiants aux termes de leur formation médicale<sup>37</sup>, des mesures facilitatrices permettant aux omnipraticiens d'être davantage présents au préclinique sont donc à considérer.

Le peu d'exposition à la médecine familiale au préclinique est accentué par les difficultés accrues que rencontrent les directeurs de programme dans le recrutement d'enseignants généralistes. Au campus de Saguenay de l'Université de Sherbrooke, Dre Julie Tousignant et Dre Suzy Dubois, responsables du préclinique, notent que le recrutement de généralistes pour l'enseignement est extrêmement difficile. Selon Dre Nathalie Caire Fon, directrice du département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, ces difficultés s'expliquent d'abord par l'importante pression clinique que vivent les omnipraticiens. Elle note qu'il existe une tension évidente entre leur devoir d'offrir des soins et leur intérêt à enseigner et que les règles ministérielles des dernières années ont enlevé la souplesse que les médecins nécessitent pour concilier ces deux activités. De plus, le temps qu'un médecin de famille passe à enseigner au préclinique n'est pas

<sup>37</sup> Jeremy Bunker et Narelle Shadbolt, « Choosing general practice as a career - the influences of education and training, » *Australian Family physician* 38, n° 5 (2009): 342. <https://www.racgp.org.au/afp/200905/31502>.

comptabilisé par le MSSS. Il n'y a donc pas d'ajustement des exigences concernant, par exemple, les quarts de travail à l'urgence ou le nombre de patients à suivre pour un médecin impliqué dans l'enseignement au préclinique. Les médecins de famille ont l'impression que cette implication en enseignement n'est pas valorisée non pas au niveau facultaire, mais par le MSSS.

## Externat

Les stages réalisés lors de l'externat permettent aux étudiants d'être exposés à diverses spécialités du domaine médical. C'est majoritairement à travers les expériences cliniques vécues à l'externat que l'étudiant se forge un « palmarès » de spécialités médicales qu'il pourrait considérer comme future carrière. Une revue de la littérature américaine a montré que les stages obligatoires en médecine familiale ont un lien direct avec le choix de cette spécialité par les étudiants<sup>38</sup>. Il est donc évident qu'une forte exposition à la médecine familiale est cruciale durant l'externat. Cependant, le faible nombre de semaines en stages de médecine familiale imposé par les facultés médicales ainsi qu'une capacité d'accueil limitée de la part des milieux de stage restreignent cette exposition.

Pour l'Université de Montréal, Dre Nathalie Caire Fon mentionne que les 18 Cliniques universitaires de médecine de famille (CUMF) de l'UdeM sont actuellement à pleine capacité en termes d'apprenants. En effet, les résidents en médecine de famille, les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (« super-infirmières » ou IPS-PL), les externes, les résidents occasionnels et parfois même des médecins référés par le Collège des Médecins du Québec se partagent les ressources. La situation est la même au campus de Saguenay de l'Université de de Sherbrooke, où l'UMF-Chicoutimi ne peut accueillir que 3 externes par période de stage. Selon Dre Nathalie Caire Fon et Dr Sébastien Lefebvre, médecins de famille à l'UMF-Chicoutimi, deux problématiques sont à l'origine de cette capacité d'accueil limitée : le manque de locaux et le manque de superviseurs. De plus, pour ce qui est des cliniques médicales hors UMF, les frais administratifs sont trop importants pour qu'un médecin puisse se permettre d'obtenir un local où un externe en stage pourra travailler. En raison de cette faible capacité d'accueil et de la saturation en apprenants en clinique, les facultés médicales se doivent alors de refuser certaines demandes de stages à option faites en médecine familiale.

En plus d'avoir peu d'opportunités de stages à options en médecine familiale pour les raisons mentionnées ci-dessus, les externes des 4 facultés médicales ont également peu d'exposition à la médecine de famille dans le cadre de leurs stages obligatoires. En effet, comme le montre le tableau ci-dessous, une faible proportion des stages obligatoires est dédiée à la pratique de la médecine générale.

---

<sup>38</sup> Janet H. Senf, Doug Campos-Outcalt et Randa Kutob, « Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review, » *Journal of the American Board of Family Medicine* 16, n° 6 (2003): 508. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502>.

**Tableau II : Nombre de semaines de stage obligatoire en médecine familiale dans le cadre de l'externat classique selon la faculté de médecine québécoise**

	Nombre de semaines en médecine familiale	Nombre total de semaines	Proportion
Université de Montréal	6	72	8,3%
Université de Sherbrooke	8	60	13,3%
Université Laval	6	72	8,3%
Université McGill	8	72	11,1%

### Externat longitudinal

Ayant vu le jour à la faculté de médecine de Harvard en 2004-2005<sup>39</sup>, l'externat longitudinal se veut une alternative à la formule habituelle de stages par bloc. En intégrant dès le début une notion de prise en charge et de suivi de la clientèle, l'étudiant se voit confier davantage de responsabilités de clinicien tout en étant adéquatement supervisé. En axant sur la responsabilisation, l'approche centrée sur le patient et le mentorat, l'étudiant se voit impliquer dans l'équipe soignante ce qui donne un meilleur aperçu de la pratique en médecine familiale que lors de la formule traditionnelle. Bien que cette formule d'externat ne soit pas applicable à la majorité des sites, les résultats sont parlants quant au sentiment de confiance que les étudiants ont en sortant de ce programme. En plus d'une meilleure capacité d'adaptation, l'externe suivant ce cursus voit sa transition à la résidence plus fluide, car il a pu acquérir des compétences de gestion que le format habituel d'externat ne permet pas. En effet, selon l'étude effectuée par la FMEQ auprès des externes (annexe 1), 67% des étudiants à l'externat longitudinal sont d'accord que leurs stages obligatoires les exposent suffisamment à la médecine familiale. Chez les étudiants à l'externat classique le résultat est moins prononcé avec un pourcentage de 57%. Cette étude a aussi évalué le niveau de satisfaction des étudiants si ceux-ci étaient jumelés en médecine familiale pour la résidence. 89% des étudiants de l'externat longitudinal serait très heureux ou heureux d'avoir mis la médecine de famille parmi leur choix de résidence alors que la moyenne provinciale est de 80%. Par une plus grande exposition clinique à la médecine familiale dans l'externat longitudinal, l'étudiant a l'opportunité de développer un plus grand intérêt envers le métier d'omnipraticien.

<sup>39</sup> Bell, Sigall et al., « Longitudinal pedagogy : A Successful Response to the Fragmentation of the third-year medical student clerkship experience, » *Academic Medicine* 83, n° 5 (2008): 467, <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=18448900>.

## Solutions pour augmenter l'exposition à la médecine familiale

### Faciliter l'enseignement au préclinique par les médecins de famille

Le peu de valorisation de la pratique de la médecine familiale au sein des facultés de médecine québécoises est l'un des éléments au cœur de la problématique du manque d'intérêt pour cette spécialité. Le recrutement, dès le préclinique, d'enseignants généralistes en mesure de peindre un portrait positif de la médecine familiale s'avère donc primordial pour permettre cette exposition précoce.

Actuellement, tel que décrit ci-dessus, le recrutement de médecins de famille pour l'enseignement au préclinique est difficile et l'ensemble des cours se donne essentiellement par un corps enseignant formé de médecins spécialistes. La cause principale de ces difficultés se résume à une pression clinique trop importante. La solution serait alors de créer un climat favorable permettant aux omnipraticiens démontrant un intérêt pour l'enseignement de s'y engager sans contraintes cliniques.

Nous jugeons donc pertinent que le gouvernement adoucisse les contraintes cliniques imposées aux médecins généralistes, telles les Activités Médicales Particulières (AMP) et les quotas, afin que ceux-ci puissent augmenter la flexibilité de leur pratique et ainsi, jouir de la même liberté que leurs collègues spécialistes en ce qui a trait aux activités d'enseignement. De plus, il faudrait que l'enseignement universitaire soit pris en compte parmi les activités cliniques et que les heures qui y sont dédiées soient comptabilisées par le MSSS, permettant ainsi un ajustement des exigences cliniques pour les médecins généralistes prenant part à l'enseignement au préclinique.

### Favoriser l'implication des médecins de famille à l'externat

À l'externat traditionnel, les étudiants ont des stages au sein des centres locaux de services communautaires (CLSC) et au sein des cliniques médicales universitaires (GMF-U), entre autres. Lors de ces stages, les étudiants se familiarisent avec la prise en charge des patients et ils apprennent à collaborer avec les autres professionnels de la santé. Le problème est que les étudiants en médecine sont moins satisfaits des stages en médecine familiale par rapport à ceux en spécialité, car les omnipraticiens qu'ils rencontrent sont moins aptes à bien les encadrer. En effet, il y a un manque de supervision directe des médecins de familles et il n'y pas assez de temps accordé à l'enseignement théorique. Cela fait en sorte qu'à la fin de leur externat, les étudiants en médecine ont moins l'impression d'avoir été en contact avec des médecins de famille qui leur ont donné l'envie de pratiquer la médecine familiale.

Pour comprendre la source de ce problème, il faut prendre conscience des deux principaux éléments qui influencent le choix d'un médecin à vouloir superviser des externes : le salaire reçu pour la tâche ainsi que la possibilité de consacrer du temps à la formation de l'externe. Pour une année de supervision à l'externat, les médecins spécialistes reçoivent un plus grand salaire. En fait, les omnipraticiens en unité de médecine familiale ou en établissement reçoivent 42\$ par demi-journée de supervision d'un externe<sup>40</sup>, comparativement aux médecins spécialistes dans les unités

---

<sup>40</sup> Michel Desrosiers, « Faites-vous de la supervision d'externes ou de résidents ? » *Le Médecin du Québec* 44, n°5 (2009) : 80, <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Annexe-VIII-Supervision-externes-ou-r%C3%A9sidents.pdf>.

d'enseignement clinique qui reçoivent 190\$ pour une demi-journée de supervision<sup>41</sup>. Ainsi, les médecins de famille constatent à quel point ils sont sous-payés pour enseigner aux externes. De plus, les médecins de famille reçoivent un salaire plus intéressant lorsqu'ils consultent leurs patients que lorsqu'ils supervisent un externe. Ils sont payés, pour une visite de suivi, environ 41,00\$ en CLSC ou en GMF-U s'ils ont moins de 500 patients et s'ils en ont plus, environ 47,00\$ et ces montants sont pour les patients non vulnérables de moins de 80 ans. Si les patients consultés ont plus de 80 ans et que ce sont des visites de prise en charge et non de suivi, les paiements seront plus élevés que ceux-mentionnés ci-dessus. Cela fait en sorte que les médecins de famille préfèrent, pour un salaire très bas, consacrer leur temps limité à voir des patients plutôt qu'à former des externes, car ils sont conscients que cela va leur rapporter plus monétairement.

Il y a un autre obstacle à leur disponibilité d'enseignement aux externes : sous la pression de consacrer beaucoup de temps à leurs patients, les omnipraticiens n'ont pas nécessairement la possibilité de prendre du temps pour approuver ce que l'externe a fait avec les patients qu'il a rencontrés.<sup>42</sup> En fait, les externes sont des étudiants qui ont été confrontés à des cas cliniques lors de leur préclinique, mais de manière très théorique. Ainsi, ils ont pu s'exercer à faire des entrevues médicales et des examens physiques de patients simulés et standardisés, mais ils sont très peu familiers avec les cas cliniques plus complexes qui nécessitent plus de jugement clinique et d'expérience. Cela explique qu'ils ne soient pas nécessairement très à l'aise à faire des consultations efficaces et exhaustives sans l'aide d'un médecin superviseur.

Cependant, il faut comprendre que dans les cliniques médicales universitaires, les médecins de famille qui sont jumelés aux externes et qui les supervisent ont aussi des entretiens avec leurs propres patients qui consultent. Ils sont réellement motivés à consacrer du temps à l'enseignement des externes et des résidents qui veulent faire approuver les entrevues qu'ils réalisent et discuter des patients. Le problème est que la charge de travail des omnipraticiens est si importante qu'il devient très difficile d'encadrer adéquatement les externes. En outre, si les cas cliniques des patients sont révisés trop rapidement par les médecins de famille superviseurs, cela peut faire augmenter le risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques et nuire à la santé des patients. En conséquence, ce manque de supervision peut engendrer de l'anxiété chez les externes par rapport à plusieurs situations cliniques liées à la gestion des maladies chroniques, à la planification des prochains rendez-vous selon le contexte du patient, etc. Ceux-ci sont moins portés à vouloir continuer leur résidence en médecine familiale, sachant qu'ils risquent de vivre cette même situation de stress qui peut être engendrée par le manque d'encadrement de leurs superviseurs. Ainsi, l'horaire très chargé des résidents et des omnipraticiens fait ressortir le problème de ressources dans les milieux de formation universitaire en médecine familiale.

Le gouvernement devrait donc apporter une plus grande aide financière aux groupes de médecine familiale et aux centres locaux de services afin qu'ils puissent avoir la possibilité d'embaucher plus de professionnels et de personnel administratif et de pouvoir acheter le matériel nécessaire, entre autres. Investir plus dans les milieux universitaires de médecine familiale permettrait de faciliter la

<sup>41</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Enseignement clinique, » 9 mars, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/enseignement-clinique/Pages/enseignement-clinique.aspx>.

<sup>42</sup> Isabelle Hébert, « La continuité des soins en médecine familiale, » *Le médecin de famille canadien* 58, n° 6 (2012) : 628, <http://www.cfp.ca/content/cfp/58/6/628.full.pdf>.

tâche des médecins superviseurs afin que les externes puissent vivre des stages enrichissants en ayant réellement l'occasion de recevoir des commentaires sur leurs méthodes de prise en charge clinique de la part des médecins de famille. Leur stage en médecine familiale pourrait les motiver plutôt que de les rendre anxieux et ils auraient un intérêt plus grand pour la médecine familiale. De plus, en étant mieux supervisés par les omnipraticiens, ils seraient sûrement mieux formés et plus compétents, ce qui serait bénéfique pour leurs futurs patients.

Mise à part l'aide financière à fournir aux milieux de formation universitaire, il faudrait aussi considérer les quotas qui sont exigés aux médecins par l'entremise de la loi 20. En fait, un médecin doit prendre sous son aile un minimum de 1000 patients<sup>43</sup> et avoir un taux d'assiduité de 80%, taux qui correspond à la proportion de consultations et de visites par rapport à la clientèle inscrite au nom du médecin. Au niveau des groupes de médecine familiale, il doit y avoir un minimum de 6000 patients pour qu'une clinique médicale soit reconnue comme un GMF et soit ainsi financée par le gouvernement.<sup>44</sup> Ces quotas ont pour but d'augmenter le nombre de patients vus par médecin, mais ils ne prennent pas en compte le temps de supervision que les médecins de famille accordent aux externes et aux résidents.<sup>45</sup> Ainsi, cela contribue au problème d'encadrement des étudiants lors de leurs stages, car cela incite moins les omnipraticiens à vouloir les épauler.

Il faut donc se concentrer sur un meilleur accueil des étudiants en prenant en compte, dans le taux d'assiduité, du temps accordé aux externes et aux résidents par les médecins de famille.<sup>46</sup> Prendre en charge un stagiaire ne compte pas comme une consultation en tant que telle, mais cela demande du temps et de l'organisation de la part des médecins. Il faudrait aussi réduire le quota de patients à prendre en charge pour alléger la charge de travail des omnipraticiens. Ce serait un bon moyen d'inciter plus de cliniciens à prendre en charge des externes et ceux-ci seraient mieux encadrés. En effet, qui dit meilleure gestion de la charge de travail des médecins de famille dit meilleure expérience de stage en médecine familiale des externes et, par le fait même, augmentation du nombre d'applications en résidence de médecine familiale.

### Augmenter l'exposition des étudiants aux régions en pénurie d'omnipraticiens

Plusieurs études démontrent que depuis 30 ans, les déterminants du choix de la résidence en médecine familiale ont peu changé. D'après ces études, le fait d'être originaire d'une région rurale avant de faire son entrée en médecine augmente beaucoup la probabilité qu'un étudiant choisisse de pratiquer comme médecin de famille<sup>47,48</sup>. En effet, dans l'étude de la FMEQ sur l'intérêt envers

---

<sup>43</sup> Radio-Canada, « Les médecins de famille rejettent les quotas que veut leur imposer Barrette, » 13 décembre, 2014, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/698173/federation-medecins-omnipraticiens-opposition-loi-20-nombre-patients>.

<sup>44</sup> Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* (Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017), <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>.

<sup>45</sup> Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Calcul du taux d'assiduité, » 3 mars, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/calcul-du-taux.aspx>.

<sup>46</sup> Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Comment améliorer son taux d'assiduité* (Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2016) <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-12W.pdf>.

<sup>47</sup> Harbir Gill et al., « Factors influencing medical students' choice of family medicine, » *Canadian Family Physician* 58, n° 11 (2012): e653, <http://www.cfp.ca/content/58/11/e649>.

<sup>48</sup> Alain Vanasse et al., « Attractiveness of family medicine for medical students, » *Canadian Family Physician* 57, n° 6 (2011): e221, <http://www.cfp.ca/content/57/6/e216>.

la médecine familiale (annexe 1), 48% des étudiants d'origines de régions éloignées sélectionneraient la médecine familiale comme premier choix si leur application avait lieu aujourd'hui. Chez les étudiants originaires des grands centres urbains ce taux est beaucoup plus bas à 34%. Également, le désir de pratiquer en région éloignée ou rurale à la fin de ses études est également un facteur favorisant l'intérêt envers la médecine de famille<sup>49</sup>.

Plusieurs initiatives étudiantes, facultaires et gouvernementales sont déjà mises en place dans le but de favoriser l'exposition des étudiants en médecine du préclinique à la médecine de famille et à la pratique en région. Parmi celles-ci figure le programme gouvernemental SARROS (soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes). Ce dernier est, comme son nom l'indique, un programme qui vise à faire découvrir la pratique en région aux étudiants et aux résidents en médecine dans un but de recrutement<sup>50</sup>. Il est financé par le gouvernement du Québec pour favoriser, de façon particulière, le recrutement de médecins dans les localités ayant une capacité d'attraction moindre ou ayant des pénuries importantes en effectifs médicaux<sup>51</sup>.

Trois activités de recrutement sont offertes en médecine familiale et en spécialités, soit les stages et les emplois d'été pour les étudiants du préclinique, ainsi que les stages en région qui s'implantent dans le cadre de l'externat décentralisé ou de la résidence<sup>52</sup>. Ces derniers peuvent être obligatoires ou optionnels, selon le programme de médecine, et se déroulent sur quelques semaines à quelques mois. Ces activités permettent aux étudiants et résidents en médecine de découvrir les régions désignées, éloignées ou isolées (telles qu'elles sont classées dans l'arrêté ministériel 96-07<sup>53</sup>) en conjuguant l'exploration de ces endroits à l'initiation au mode de pratique médicale en région<sup>51</sup>. Ils y vivent une expérience clinique unique dans un environnement où ils sont appelés à développer des compétences diagnostiques et thérapeutiques diversifiées. Par contre, chaque année, beaucoup d'étudiants qui s'inscrivent dans l'espoir de participer à un stage sont refusés, vu le nombre de places limité. Par exemple, le CISSS de l'Outaouais reçoit chaque année plus de 150 candidatures d'étudiants de toutes les facultés de médecine du Québec et de l'Université d'Ottawa. Il en accueille toutefois en moyenne une quarantaine seulement en stages chaque été dans différents secteurs d'activité<sup>54</sup>. En Outaouais, 23 plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine familiale sont à combler pour l'année 2019, ce qui en fait la deuxième région en importance en PREM à combler dans les régions intermédiaires et éloignées<sup>55</sup>. Les PREM visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux et sont distribués de manière à répondre aux

<sup>49</sup> Sonya R Lawson, J Hoban et Paul Mazmanian, « Understanding Primary Care Residency Choices: A Test of Selected Variables in the Bland-Meurer Model, » *Academic Medicine* 79, n° 10 (2004): S37, <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15383384>.

<sup>50</sup> Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes, « SARROS, » 26 janvier, 2019, <http://www.equipesarros.ca/fr/accueil>.

<sup>51</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Stages d'été en région - Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents, » 26 janvier, 2019, <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/stages-ete-region/>.

<sup>52</sup> Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes, « Stages et emplois d'été SARROS, » 26 janvier, 2019, <http://www.equipesarros.ca/fr/stages>.

<sup>53</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Carte de la rémunération différente des médecins omnipraticiens, Région éloignée ou isolée, » 26 janvier, 2019, <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/consom/CarteOmnipraticiens.pdf>.

<sup>54</sup> Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes, « Outaouais, » 26 janvier, 2019, <http://www.equipesarros.ca/fr/carte/outaouais>.

<sup>55</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), » 26 janvier, 2019, <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/places-disponibles-medecine-de-famille/>.

besoins des populations locales. Il serait donc pertinent d'investir dans une stratégie qui permettrait qu'un plus grand nombre d'étudiants se familiarise avec la pratique de la médecine familiale en région afin qu'ils y développent un intérêt à long terme.

Également, les stagiaires qui bénéficient du Programme de formation médicale décentralisée (stages d'externat et de résidence dans les milieux situés à l'extérieur des régions universitaires du Québec dans un rayon de plus de 50 kilomètres) peuvent obtenir le remboursement de leurs frais de transport et d'hébergement. Ces remboursements sont effectués par les établissements de santé concernés, selon les barèmes du programme en vigueur l'année où le stage se déroule<sup>56</sup>.

Deux avenues possibles pour augmenter le rayonnement et l'intérêt pour la médecine familiale auprès des étudiants et résidents en médecine par le gouvernement du Québec seraient donc envisageables à partir de ce qui a été exposé ci-dessus. D'abord, bonifier l'enveloppe budgétaire dédiée au recrutement de médecins de famille en région via le programme SARROS permettrait d'augmenter le nombre d'étudiants déjà intéressés par un stage en région à découvrir à la fois la diversité de la pratique en médecine familiale et la région en question. Ensuite, fournir davantage de fonds dédiés à la formation médicale dans les établissements de santé éloignés, notamment les GMF concernés lorsqu'ils reçoivent des étudiants à l'externat, permettrait aux centres intéressés d'accueillir plus d'étudiants quand la capacité le permet en couvrant leurs frais de transport et d'hébergement.

Ces solutions s'inséreraient d'ailleurs dans la même stratégie gouvernementale de recrutement de médecins en région qui est visée par le Programme de bourses d'études en médecine pour les étudiants intéressés par la pratique en territoire désigné, éloigné ou isolé<sup>57</sup>. En effet, ce programme du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) offre annuellement des bourses d'études de 15 à 20 000 \$ aux étudiants en médecine (soit durant l'externat, soit aux 2 années de résidence en médecine de famille) en échange que les candidats s'engagent à fournir des services assurés en médecine de famille après l'obtention d'un permis d'exercice, et ce, pendant un nombre d'années égal au nombre de bourses reçues (i.e. nombre maximal de 4 ans dans le territoire en lien avec le programme). Assurer le rayonnement de la médecine familiale au travers du programme SARROS ainsi que de l'aide financière supplémentaire aux établissements permettraient donc au gouvernement québécois de favoriser le recrutement de médecins en régions désignées, éloignées et isolées en initiant davantage d'étudiants en médecine à la pratique en région.

---

<sup>56</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Programme de formation médicale décentralisée - Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents, » 26 janvier, 2019, <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/formation-medecine-decentralisee/>.

<sup>57</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Programme de bourses d'études en médecine pour les étudiants intéressés par la pratique en territoire désigné (éloigné ou isolé) - Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents, » 26 janvier, 2019, <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/bourses-medecine-famille-specialite/>.

## ATTRAIT DE LA MÉDECINE FAMILIALE POUR LES GRADUÉS EN MÉDECINE

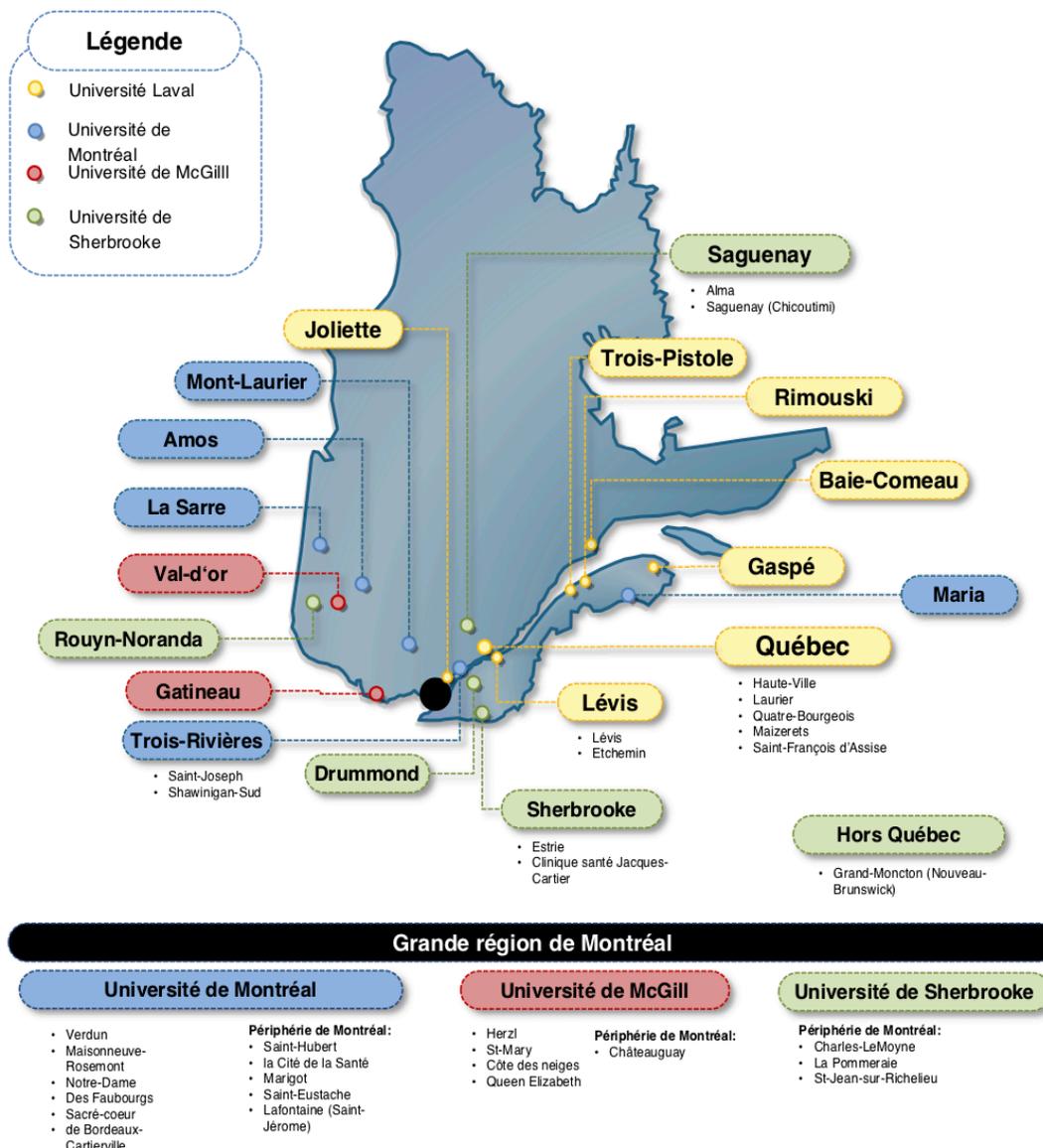
### Résidence en médecine familiale

La résidence en médecine familiale se déroule sur une période de deux ans. Chaque résident est affilié à un Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) pour la durée de sa résidence. Le choix du GMF-U se fait lors du jumelage à la résidence lors de la dernière année du doctorat de médecine. Il existe au total 46 GMF-U au Québec<sup>58</sup> répartis à travers les quatre facultés de médecine. Au sein du GMF-U, qui remplit les mêmes fonctions qu'un groupe de médecine familiale standard, le résident prend en charge et assure le suivi de patients pendant ces deux années en plus d'occuper des plages horaires de clinique sans rendez-vous. Les GMF-U possèdent tous leurs particularités et les étudiants choisissent leur milieu de formation en fonction de leurs intérêts. Ces cliniques de formation sont réparties sur le territoire québécois, permettant une exposition très différente entre chacune d'elles. La figure 2 démontre une concentration des cliniques près des régions urbaines, mais plusieurs cliniques se retrouvent en région éloignée. Toutefois, tous les programmes de résidence au Québec exigent que les médecins résidents fassent au moins un stage de leur formation en région.

Aussi, l'étudiant sera exposé à divers stages de médecine spécialisée afin de le préparer à sa pratique : médecine interne, périnatalité, pédiatrie, soins intensifs, psychiatrie, gériatrie et autres. Les programmes de résidence doivent préparer les étudiants à 99 concepts-clés ainsi qu'à près de 70 techniques et procédures que chaque médecin de famille se doit de maîtriser<sup>59</sup>. Ces objectifs tentent de préparer le futur médecin de famille à la prise en charge de problèmes aiguës et chroniques, du nouveau-né jusqu'à la personne âgée, incluant les caractéristiques des différents groupes ethniques. La résidence se termine par l'examen de certification en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui évalue alors tous ces éléments. Le candidat devient alors autorisé à pratiquer de façon autonome au Canada comme médecin de famille et termine officiellement ses études.

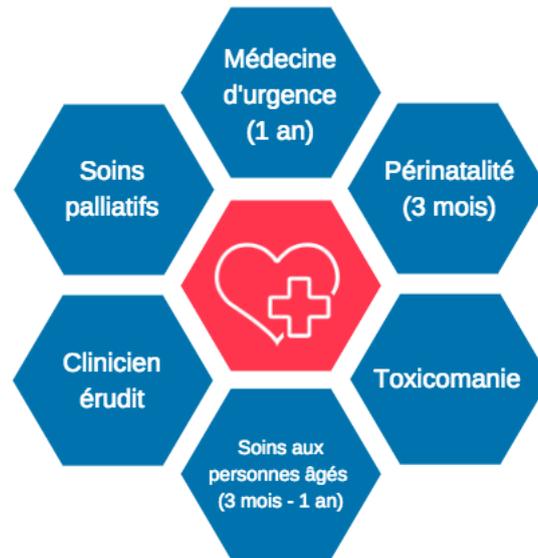
<sup>58</sup>Régie de l'assurance maladie du Québec. *Annexe 1 - Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes*. (Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019), [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/maj-continu/33-EP\\_GMF.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/maj-continu/33-EP_GMF.pdf).

<sup>59</sup> Collège des Médecins de Famille du Canada, *Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The evaluation objectives in family medicine*, 2010, [https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Certification\\_in\\_Family\\_Medicine\\_Examination/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases.pdf).



**Figure 2 : Répartition des Groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U) à travers le Québec**

Toutefois, afin de répondre à l'évolution de la prestation des services en médecine de famille, le certificat de compétence additionnelle (CCA) a été mis en place. Le CCA reconnaît la compétence acquise d'un médecin de famille dans un domaine précis de soin. Il existe deux façons d'obtenir le CCA, soit en reconnaissant les acquis à travers la pratique médicale ou par les universités. Les universités offrent des programmes courts de 3 mois à 1 an après la résidence de médecine familiale permettant d'acquérir ces compétences. Ces programmes démontrent la diversité de pratique unique à la médecine de famille. Les médecins de famille avec un CCA sont appelés à servir de leaders afin de faire profiter de leur expérience à leurs collègues et aux patients. La certification est régie par le CMFC. Cette certification doit être maintenue à travers la formation continue du médecin durant toute sa carrière. Présentement, au Québec, il existe six champs de perfectionnement possibles à travers les CCAs: médecine d'urgence, périnatalité, toxicomanie, soins aux personnes âgées, clinicien érudit et soins palliatifs.



**Figure 3: Programmes de certificat de compétence additionnelle (CCA) disponibles au Québec**

Ainsi, le médecin de famille possède théoriquement le champ le plus varié de connaissances et peut pratiquer dans divers contextes :

- Clinique (publique ou privée)
- CLSC
- En hospitalisation
- Urgence
- Unités d'obstétrique
- Cliniques de prévention et santé sexuelle
- Soins à domicile
- Médecine communautaire (organismes, centre de détention, services publics)

Cette liste n'est pas exhaustive et représente les milieux théoriques où un médecin de famille peut exercer. Le médecin de famille n'est toutefois pas toujours autorisé selon les législations en place à pratiquer dans tous ces milieux.

## Évolution de la médecine familiale au cours des dernières années

### Loi 20

En 2014, le ministre de la santé, Dr Gaétan Barrette a déposé le projet de loi 20 visant à favoriser l'accès aux services de médecine de famille auprès de la population québécoise. À cette fin, la loi prévoyait des obligations applicables aux médecins pratiquant sous le régime d'assurance maladie du Québec. Avec la mise en place de telles mesures, l'omnipraticien devait s'assurer du suivi d'un nombre minimal de patients en plus de voir à la continuité des soins auprès de sa clientèle. Un médecin ne se conformant pas à ces exigences se voyait pénalisé financièrement via une réduction de salaire importante par le biais de la Régie de l'Assurance Maladie<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> PL 20, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, 1<sup>e</sup> sess., 41<sup>e</sup> lég., Québec, 2015 (sanctionné le 10 novembre 2015).

Comme barèmes, le MSSS s'est doté de deux mesures : le taux d'inscription (85%) et l'assiduité (80%). Le taux d'inscription réfère au pourcentage des patients d'une région administrative étant inscrit auprès d'un médecin de famille<sup>61</sup> tandis que le taux d'assiduité fait référence au pourcentage de rendez-vous assuré par le médecin traitant ou encore par les infrastructures en place dans son établissement (Sans rendez-vous, IPSPL)<sup>62</sup>. En ne respectant pas ces objectifs, un omnipraticien peut voir son salaire diminuer jusqu'à 30%. Si le 85% de taux d'inscription n'est pas atteint, tout médecin n'ayant pas 1000 patients sur sa liste se verrait imposer ces pénalités. L'idée ici n'est pas de débattre du projet de loi, mais bien de réaliser l'ampleur que ce dernier a eu sur l'intérêt des étudiants envers la médecine de famille. Depuis 2014, on peut remarquer un déclin important des applications en médecine familiale. Les mesures coercitives du projet de loi, ayant donné l'impression que la pratique en bureau était leur seule option, ont forcé les étudiants à reconsidérer leur choix de la médecine familiale au profit des spécialités. La pratique de la médecine familiale a beaucoup évolué au cours des dernières décennies pour passer à une pratique centrée sur le patient. Ce modèle de pratique vise un partenariat avec le patient dans la prise en charge de ses problématiques de santé. Cette philosophie est incompatible avec une pratique à la chaîne proposée par le projet de loi 20. Valoriser la médecine de volume plutôt que celle de proximité va à l'encontre même des valeurs et principes fondamentaux de la médecine de famille qui est enseignée dans les diverses universités québécoises, ce qui explique en grande partie les postes laissés vacants lors des dernières éditions du jumelage à la résidence. Le modèle de soins centrés sur le patient a été démontré plus efficace en plus d'améliorer la satisfaction globale des patients dans de nombreuses études<sup>63</sup>. Il est donc très contradictoire d'enseigner des préceptes de prise en charge globale aux futurs médecins si ces derniers sont contraints à une pratique basée sur des marqueurs administratifs plutôt que des relations humaines.

## Réduction de la diversité de pratique

Pour plusieurs étudiants, une des plus grandes valeurs ajoutées de la pratique en médecine de famille est sa grande diversité. Avec l'implantation d'un tel projet de loi, on vient attaquer un des piliers de la médecine familiale c'est-à-dire le grand étendu des milieux de pratique disponibles. Bien que plusieurs étudiants manifestent leur intérêt pour une pratique variée, force est de constater que le nombre d'admissions dans les programmes de certification de compétence avancée est en diminution depuis quelques années faute de poste disponible dans les différents établissements de santé. Prenons l'exemple de l'année supplémentaire de formation pour la médecine d'urgence pour les omnipraticiens (MU3). Le nombre de postes offerts aux étudiants est passé de 45 en 2015 jusqu'à atteindre son plus bas en 2017 avec 28 places disponibles et ce, malgré un nombre relativement stable de candidatures au fil des années.<sup>64</sup> La présence d'un médecin de famille à l'urgence coûte également moins cher au système de santé que d'avoir un spécialiste en médecine d'urgence: pour un examen physique complet d'un patient un jour de semaine, un

---

<sup>61</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, « FAQ », 17 février, 2019, <https://www.fmoq.org/faq/>.

<sup>62</sup> Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Calcul du taux d'assiduité », 3 mars, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/calcul-du-taux.aspx>.

<sup>63</sup> Cheryl Rathert, Mary D. Wyrwich et Suzanne Austin Boren, « Patient-centered care and outcomes : a systematic review of the literature », *SAGE Journals* 70, n° 4 (2013): 365, <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>.

<sup>64</sup> Canadian Resident Matching Service, « FM/EM Data and reports -CaRMS », 3 mars, 2019, <https://www.carms.ca/data-reports/fmem-data-reports/>.

spécialiste en médecine d'urgence se fera payer 59,98 \$<sup>65</sup> tandis qu'un omnipraticien se fera payer 31,05 \$<sup>66</sup>.

Il est également possible pour un étudiant qui possède un intérêt marqué pour l'obstétrique de faire une formation en compétence avancée dans ce domaine après sa résidence. Les médecins ayant cette certification sont en mesure de faire les suivis de grossesse et les accouchements ne nécessitant pas de chirurgie. Actuellement, la problématique avec cette formation supplémentaire est qu'il est très difficile pour ceux qui la complètent d'obtenir un poste attiré à l'obstétrique puisque la prise en charge est la priorité. Il incombe donc aux obstétriciens-gynécologues de faire ces suivis qui sont faits à plus grand coût pour le système de santé alors que des omnipraticiens pleinement qualifiés seraient en mesure d'effectuer ces tâches. À titre d'exemple, un spécialiste en obstétrique-gynécologie qui pratique un accouchement sans complication le jour sur semaine se fait payer 641,95 \$<sup>67</sup>, tandis qu'un médecin de famille faisant le même accouchement se fait payer 531,59 \$<sup>68</sup>.

Cette réalité limite encore les candidats intéressés par un champ de pratique varié qui se voient confier une charge de travail de médecin de famille alors qu'ils possèdent les compétences pour effectuer des actes réservés aux spécialistes à moindre coût tout en augmentant l'accessibilité aux suivis obstétricaux dans les milieux dont l'accès à un spécialiste est plus difficile.

Le médecin de famille, devant de porter plusieurs chapeaux dans sa pratique quotidienne, se doit d'être versatile dans tous les domaines. De ce fait, il est certain que la pratique attire davantage les étudiants ayant des intérêts divers. Par les mesures restrictives, le gouvernement est venu attaquer un des aspects les plus centraux de la médecine familiale. Malgré le fait que le MSSS a mis en suspend l'application du projet de loi 20, la perception des étudiants reste fortement ébranlée face à l'avenir de l'omnipraticien et de la première ligne au Québec puisque 71% d'entre-eux ont identifié les contraintes imposées aux médecins de famille comme étant un facteur défavorable dans leur perception de la pratique (annexe 1).

Suite aux négociations avec le MSSS, les différentes fédérations médicales ont permis une suspension de l'application des modalités du projet de loi 20. Malgré cette bonne nouvelle pour la première ligne, il reste que le mal a été fait auprès de la population étudiante ainsi qu'auprès des omnipraticiens qui ont dû jongler avec l'incertitude politique durant plusieurs années suivant

<sup>65</sup> Gracieuseté de Mme Odette Levasseur, d'après Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte*. (Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte.html#108896>.

<sup>66</sup> Gracieuseté de Mme Odette Levasseur, d'après Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte*. (Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/100-facturation-omnipraticiens/manuel-omnipraticiens-remuneration-acte.html>.

<sup>67</sup> Gracieuseté de Mme Odette Levasseur, d'après Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte*. (Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte.html#108896>.

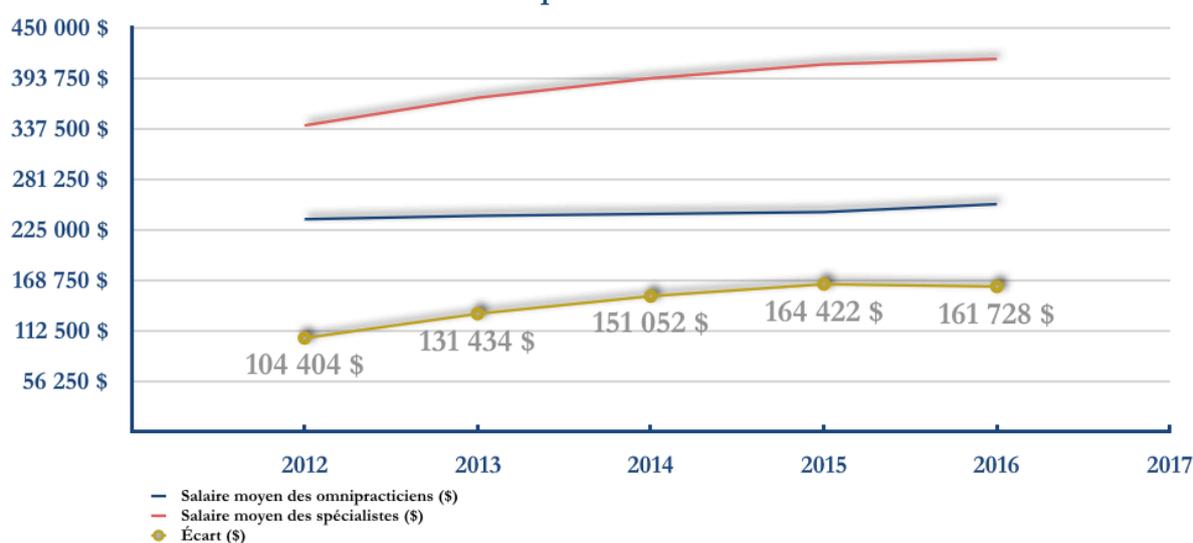
<sup>68</sup> Gracieuseté de Mme Odette Levasseur, d'après Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte*. (Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/100-facturation-omnipraticiens/manuel-omnipraticiens-remuneration-acte.html>.

l'annonce de ce projet de loi. Encore aujourd'hui, il est possible de ressentir l'effet de ces menaces auprès des étudiants, qui boudent la médecine familiale de crainte d'être limité dans leur champ de pratique.

## Écart de salaire

Dans leur rapport statistique annuel sur le salaire des médecins, *SantéInc*<sup>69</sup> présente les données recueillies par la Régie de l'assurance maladie du Québec. À partir de ses données, il est possible de dériver les deux graphiques suivants.

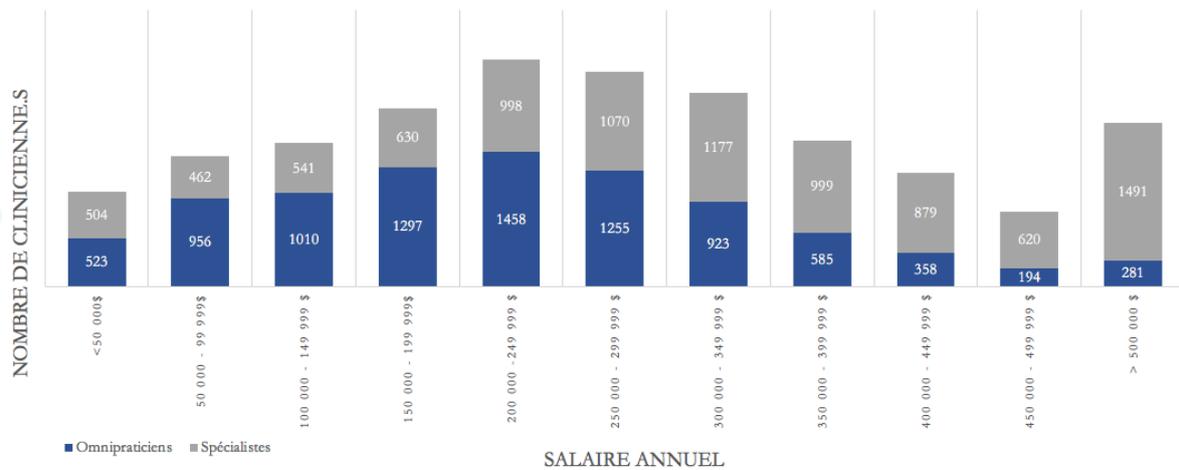
**Graphique 4 : Évolution du salaire moyen et de l'écart entre les omnipraticiens et les spécialistes**



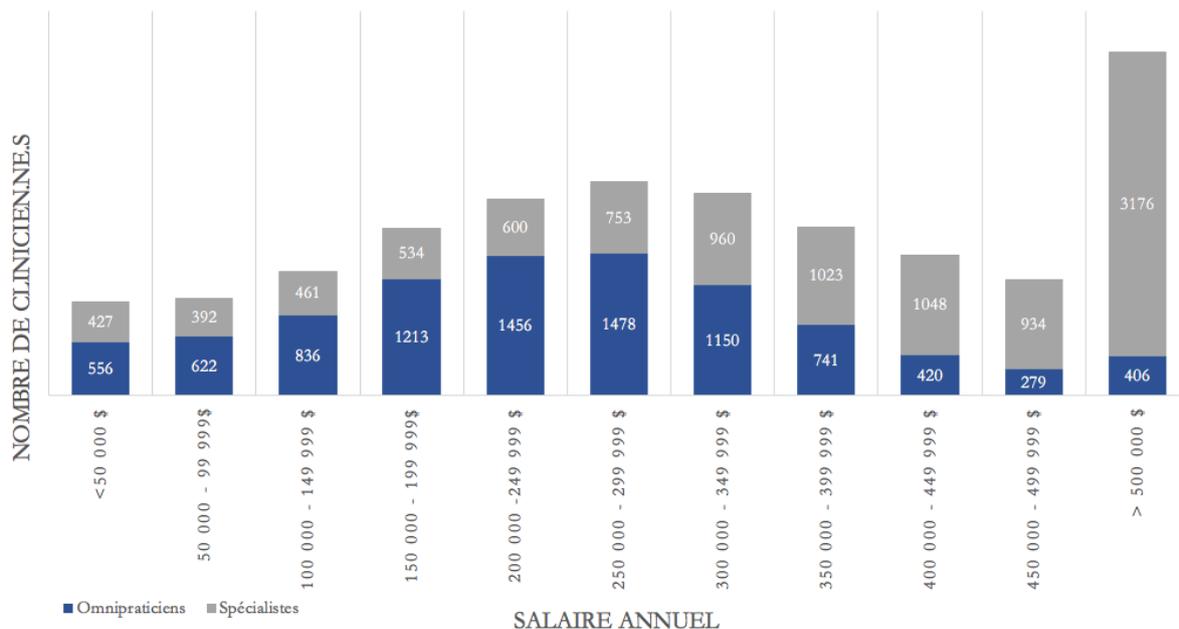
Dans le Graphique 4, il est possible de constater l'écart de salaire entre les spécialistes et les omnipraticiens entre 2012 et 2016. L'écart passe de 104 404 \$ en 2012 à 161 728 \$ en 2016. L'écart salarial entre les médecins de famille et leurs collègues spécialistes a donc augmenté de 35% en 5 ans. Il est à noter que la hausse de cet écart risque de se creuser davantage au cours des prochaines années vu l'augmentation de salaire accordée aux spécialistes.

<sup>69</sup> Santé Inc., « Archives des statistiques salariales, » juillet, 2018, <https://santeinc.com/categorie/stat-salariales/>.

**Graphique 5 : Répartition salariale entre les médecins spécialistes et omnipraticiens en 2012**



**Graphique 6 : Répartition salariale entre les médecins spécialistes et omnipraticiens en 2016**



Dans les Graphique 5 et 6, il est possible de remarquer une manifestation de cet écart salarial. Entre 2012 et 2016, la répartition salariale des médecins de famille semble plutôt stable, tandis que celle des spécialistes a grandement évolué en 5 ans. En effet, de 2012 à 2016, le nombre de spécialistes ayant un salaire supérieur à 500 000 \$ par année double. Par ailleurs, la moyenne salariale des omnipraticiens varie de 236 000 \$ en 2012 à 253 522 \$ en 2016, soit une augmentation de 7%. En contrepartie, leurs pairs spécialistes passent de 341 118 \$ en 2012 à 415 250 \$ en 2016, soit une augmentation de 18%. L'augmentation de salaire des spécialistes a donc été 2,6 fois plus importante que celle des médecins de famille sur cette même période.

Il semble donc que la problématique de l'écart salarial entre les omnipraticiens et les spécialistes ne réside pas seulement en un salaire plus élevé pour les spécialistes, mais une évolution de ce salaire plus rapide que pour les omnipraticiens.

Il est cependant difficile d'établir les causes de cet écart salarial. Plusieurs raisons pourraient expliquer cet écart, comme le nombre et la nature des actes médicaux facturés par spécialité. Pour l'instant, il est aussi difficile d'établir une corrélation entre cet écart de salaire et l'intérêt des étudiants du Québec à choisir la médecine de famille comme spécialisation. Toutefois, plusieurs études se sont penchées sur la question dans d'autres provinces canadiennes et ont constaté que l'écart salariale entre les médecins de famille et les autres spécialistes est un facteur déterminant pour le choix de la spécialité<sup>70,71,72</sup>.

Il faut également considérer dans l'analyse de ces données les dépenses inhérentes à la profession médicale. En effet, certains médecins doivent payer les dépenses de leur pratique (équipements, salaire d'autres professionnels, locaux) de leur propre salaire, ce qui est le cas pour beaucoup de médecins de famille en GMF. Cette réalité pourrait alors accentuer l'écart salariale entre les omnipraticiens et les spécialistes.

## Solutions

### Abolition/modification de la loi 20

Dans une démarche historique, la FMEQ s'est mobilisée en 2015 pour s'opposer à l'application du projet de loi 20 en tenant une journée de grève provinciale en plus de manifester devant les bureaux du Ministre de la Santé et des Services Sociaux de l'époque. Les étudiants étaient très sensibles à l'impact que de telles mesures allaient avoir sur leur future profession, et ce, particulièrement pour la médecine familiale. Encore aujourd'hui, les conséquences de ce projet de loi se font ressentir auprès de la population étudiante. Lorsque questionnés sur l'élément le plus dérangentant dans la pratique de la médecine de famille, 71% des répondants ont indiqué que les contraintes imposées aux omnipraticiens pèsent négativement dans la balance lorsque vient le temps de considérer la médecine de famille comme choix de carrière (annexe 1). Dans l'optique de changer ces perceptions et de valoriser la médecine de famille, les mesures coercitives devraient être abolies puisqu'elles ont un impact direct sur l'intérêt des étudiants en médecine. Actuellement suspendue, les cibles de la loi 20 devraient être abrogées ou du moins réévaluées afin de permettre une vision plus humaine et diversifiée de la médecine familiale.

### Faciliter la diversité de pratique

Considérant que la pratique de la médecine familiale comporte une multitude de facettes, il est important que l'ensemble des champs d'expertises soit évalué adéquatement en fonction du temps et des ressources nécessaires afin qu'une compensation juste soit offerte. En établissant des modèles adéquats pour chacun des domaines de la médecine familiale, il sera possible d'éviter d'éventuels déséquilibres qui pourraient défavoriser certaines sphères de cette spécialité. Prenons

---

<sup>70</sup> Harbir Gill et al., *Op. cit.*: e655.

<sup>71</sup> Dante Morra, Glenn Regehr et Shiphra Ginsburg, « Medical Students, Money, and Career Selection: Students' Perception of Financial Factors and Remuneration in Family Medicine, » *Family Medicine* 41, n° 2 (2009): 107, <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2009/February/Dante105.pdf>.

<sup>72</sup> Heather Ann Osborn et al., *Op. cit.*: e110.

par exemple l'enseignement, qui est probablement la mesure la plus efficace pour attirer des étudiants en médecine familiale. Un omnipraticien ayant établi sa pratique dans un Groupe de Médecine Familiale Universitaire (GMF-U) se verra confier la responsabilité de former des résidents et des externes au travers de sa pratique. Le temps investi pour ces activités est considérable et devrait être compensé convenablement si l'on veut pouvoir garder des milieux de stage disponibles en médecine de famille. Advenant le cas où les médecins de famille ne se verraient pas compensés correctement, ils pourraient être tentés de délaissier ses tâches d'enseignement au profit d'activités reconnues. Or, comme il est déjà difficile pour les facultés de recruter des milieux de stage en médecine familiale, cela pourrait aggraver davantage le désintérêt à l'omnipraticque des étudiants qui ne se verraient pas exposés à celle-ci.

Une des principales forces de l'omnipraticque est de permettre au médecin d'exercer son métier dans des milieux diversifiés et ce, tout au long de sa carrière. Lorsque vient le temps de choisir sa résidence, l'étudiant doit considérer que sa situation personnelle et ses intérêts peuvent varier au fil des années. Il est donc important pour ce dernier de savoir qu'il peut moduler sa pratique en fonction de ses besoins et ceux de son milieu. En restreignant la pratique de la médecine de famille, on vient attaquer une de ses plus grandes valeurs ajoutées lors du choix de carrière des étudiants en dernière année stage, c'est-à-dire sa versatilité. Le modèle actuel des PREMs et des AMPs impose des activités prédéfinies au médecin désirant développer son champ d'expertise en fonction de sa formation, de ses intérêts et de ses besoins. Non seulement ce modèle impose des tâches aux médecins, mais il est impossible pour ces derniers de les partager avec un praticien désirant travailler à temps partiel puisqu'un PREM est accordé à un seul praticien et ce, peu importe le nombre d'heures travaillé par celui-ci. Dans l'optique de mieux combler les besoins populationnels en plus de permettre une entrée sur le marché du travail plus progressive et une transition à la retraite plus facile pour les médecins, le modèle actuel des PREMs devrait être assoupli afin de permettre de partager un PREM entre deux médecins qui désirent pratiquer à temps partiel.

### Changer de discours envers la médecine familiale

Au fil des dernières années, la médecine de famille a été affectée par plusieurs déclarations du gouvernement les accusant d'être responsables de plusieurs lacunes du système de santé actuel. En accusant les omnipraticiens d'être responsables des délais dans les urgences et du nombre de Québécois n'ayant pas accès à un médecin de famille, le message perçu par les étudiants n'était guère encourageant dans une perspective de choix de carrière. Suite à ces discours, nous avons également assisté à une remise en question de la part du public par rapport aux efforts déployés par les médecins de première ligne pour assurer l'accès à la population à un omnipraticien. Tous ces éléments ont eu un impact certain chez les étudiants qui ont eu l'impression que, malgré l'ensemble des efforts mis par les médecins de famille pour améliorer l'accès au système au quotidien, le gouvernement ne cherchait qu'à trouver un coupable pour l'échec des diverses réformes. En adoptant un esprit de consensus, il serait tout à l'avantage des acteurs du milieu de la santé de se pencher sur l'accessibilité au système de santé pour la santé de la population québécoise. Plutôt que de pointer du doigt un groupe de professionnels, le gouvernement aurait tout à gagner de considérer une approche collaborative entre divers corps de métiers pour arriver à des solutions concrètes et ainsi, favoriser les discours positifs envers les omnipraticiens de première ligne.

# FAVORISER LE CHOIX DE LA MÉDECINE FAMILIALE CHEZ LES ÉTUDIANTS

## Bourses pour étudiants choisissant la médecine familiale

Certaines bourses ayant pour mission de favoriser le choix de la médecine familiale chez les étudiants existent déjà. Certes, un incitatif financier peut être une source de motivation externe qui encouragerait les étudiants en médecine à considérer puis à s'engager en médecine de famille. C'est ce qui est fait présentement avec le programme gouvernemental de bourses pour les étudiants intéressés par la pratique en territoire désigné (isolé ou éloigné)<sup>73</sup>. Le Collège des médecins de famille du Canada offre aussi des bourses par faculté de médecine pour les étudiants démontrant un intérêt ou un engagement à poursuivre leur carrière en médecine de famille<sup>73</sup>.

Il serait certainement favorable de bonifier les bourses offertes pour consolider le choix de la médecine de famille auprès des étudiants en médecine. Elles pourraient être offertes à des étudiants qui s'engagent à se spécialiser en médecine familiale, même en dehors des territoires désignés, dans des régions métropolitaines.

Une autre perspective intéressante serait d'offrir des bourses pour des stages d'été de recherche en médecine de famille. En effet, plusieurs étudiants en médecine cherchent à découvrir des spécialités via des stages de recherche. Des bourses visant uniquement les stages de recherche en médecine de famille augmenteraient l'exposition à cette spécialité.

Par ailleurs, une meilleure promotion du programme de bourse gouvernemental actuellement disponible serait favorable. Il semble que peu d'étudiants soit actuellement au courant de leur existence.

## Attribution anticipée de PREMs en médecine familiale

Les PREMs, ou Plans régionaux d'effectifs médicaux, ont pour but de permettre une redistribution efficace des ressources médicales à l'échelle du Québec<sup>74</sup>. Pour être admissible à un PREM, le médecin doit déposer sa candidature entre le 15 octobre et le 15 novembre de l'année précédant le début de sa pratique. Le PREM est attribué au plus tard le 15 février suivant,<sup>75</sup>.

Le processus est divisé entre les « nouveaux facturants » et les « médecins déjà en pratique » et il semble que les nouveaux facturants doivent composer plus souvent avec des places contingentées<sup>74</sup>. Une fois le PREM attribué, le médecin de famille a l'obligation de facturer 55% de ses journées dans le Réseau local de service (RLS) qui lui a été attribué, du 1<sup>er</sup> mars au 28-29 février. S'il ne se conforme pas à ces règles, le clinicien peut alors voir réduire son salaire de 30%<sup>76</sup>.

<sup>73</sup> Collège des médecins de famille du Canada, « Prix Pour Les Étudiants En Médecine, » 2019, <https://fafm.cfpc.ca/fr/p-b/prix-pour-les-etudiants-en-medecine/>.

<sup>74</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), » 26 janvier, 2019, <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/places-disponibles-medecine-de-famille/>.

<sup>75</sup> Fédération des médecins résidents du Québec, « Les Prem En 10 Étapes, » 9 mars, 2019, <http://www.fmrq.qc.ca/pem-prem-en-mf/prem-10-etapes>.

<sup>76</sup> Anne-Louise Boucher et Marianne Casavant, « Suivi Des Ententes Particulières Sur Les Prem, » Octobre, 2018, <https://www.fmoq.org/pratique/organisation-de-la-pratique/pem-prem-et-amp/suivi-ententes-prem/>.

Il est possible de constater que la fenêtre entre l'attribution du PREM et le début de l'exercice médicale est plutôt mince. La problématique s'observe surtout pour les nouveaux facturants qui n'obtiennent pas leur premier choix et doivent composer avec le chamboulement de leur vie personnelle, dans des délais qui peuvent être très brefs. Cela pose alors un problème considérable au niveau de la conciliation entre le travail et la vie personnelle : déménager, partir loin de sa famille, réorganiser subitement des plans de vie avec son conjoint ou sa conjointe, avoir des enfants, ou parfois même, devoir déraciner ceux-ci, et ce, presque du jour au lendemain.

Il est donc possible de comprendre pourquoi, actuellement, l'attribution des PREM crée une grande incertitude chez les étudiants en médecine. En effet, la plupart des étudiants qui appliqueront pour un PREM seront âgés de plus de 25 ans. Certains seront déjà fiancés, mariés, parents. La médecine de famille peut alors décourager les nombreux étudiants qui songent déjà à l'endroit où ils aimeraient s'installer et qui discutent déjà avec leurs proches de possibilités d'avenir. L'incertitude de l'attribution des PREM se traduit chez l'étudiant en une impossibilité d'être en mesure de planifier les prochaines années de sa vie. Il est très probable alors que ces étudiants qui recherchent une stabilité d'emploi pour des raisons personnelles, familiales et sociales favoriseraient la médecine de famille si elle offrait des PREM anticipés.

L'étudiant pourrait appliquer au processus plus tôt dans son parcours et recevoir une réponse anticipée le jumelant d'emblée à un milieu qui l'attendra à la fin de sa résidence. Cette attribution de PREM pourrait même se faire dès la demande de résidence, permettant aux gradués en médecine de savoir d'ores et déjà où ils travailleront à la fin de leur formation. Cela offre une stabilité double. D'un côté, l'étudiant peut se préparer en conséquence et planifier un déménagement en prenant en compte ses réalités personnelles et familiales. D'un autre, cela permet à l'établissement de santé d'être assuré de l'effectif qu'il aura à sa disposition pour les années à venir, ce qui peut assurer une meilleure gestion des ressources humaines en termes de roulement de personnel.

### **Favoriser l'admission d'étudiants ayant davantage un profil d'omnipraticien**

De par l'importance de la médecine de première ligne, plusieurs études évaluent les facteurs pris en compte par les étudiants lors de leur choix de spécialité médicale. Nombreux sont les facteurs soulevés qui touchent la façon dont cette spécialité est perçue et enseignée, qui touchent les aspects cliniques et pratiques de la spécialité et qui découlent de l'image sociétal et des différents aspects socioéconomiques qui accompagnent la profession. Bien qu'on puisse influencer le choix des étudiants en modifiant certains aspects de la pratique omnipraticienne, il faut aussi se pencher sur le profil des candidats admis aux programmes médicaux. Effectivement, dans une étude publiée à l'automne 2009 dans le *American Journal of Clinical Medicine* on listait trois catégories de facteurs influençant le choix des étudiants : le curriculum des universités médicales, les aspects structurelles de la pratique et les facteurs d'admission<sup>77</sup>.

<sup>77</sup> Daniel M. Avery et al., « Factors Associated with Choosing Family Medicine as a Career Specialty : What Can We Use ? » *American Journal of Medicine* 6, n° 4 (2009): 55, <http://aapsus.org/articles/40.pdf>.

Considérant ce qui précède, un facteur influençant positivement le choix de la médecine de famille par les étudiants est l'exposition à des milieux ruraux avant l'admission en médecine<sup>78,79</sup>. Cela dit, une bonification de la cote R des étudiants cégépiens issus de régions éloignées existe déjà. Intégrer davantage de bonifications similaires dans les admissions en médecine pourrait donc être une piste de solution à long terme pour favoriser un profil d'étudiants axés sur les soins de première ligne.

Cette variable a été rapportée dans de très nombreuses études et les données recueillies par la FMEQ auprès de ses membres ne font pas exception. Tandis que 34% des étudiants provenant des centres urbains choisiraient d'aller en médecine familiale, ce sont 48% des étudiants venant des régions éloignées qui feraient ce même choix (annexe 1). Favoriser le recrutement d'étudiants provenant de ces régions aiderait donc à augmenter l'attrait des étudiants envers la médecine familiale.

---

<sup>78</sup>Vanasse, Alain et al., *Loc. cit.*: e221.

<sup>79</sup>Ian Scott et al., « Determinants of choosing a career in family medicine, » *Canadian Medical Association Journal* 183, n° 1 (2011): E5, <https://doi.org/10.1503/cmaj.091805>.

## CONCLUSION

Le manque d'intérêt envers la médecine familiale est malheureusement clair : l'écart entre le nombre de postes à combler annuellement en médecine familiale et le nombre d'étudiants désirant travailler dans cette spécialité comme premier choix de carrière grandit d'année en année et entraîne un nombre important de postes non comblés en médecine familiale. À l'ère où la médecine familiale est de plus en plus essentielle pour couvrir les pénuries dans la première ligne, ce constat est inquiétant.

Le manque d'attrait envers la médecine familiale est multifactoriel. Nous avons malheureusement assisté au cours des dernières années à une dévalorisation de la médecine familiale dans l'espace publique, mais aussi au sein même du corps médical. Les étudiants en médecine du Québec se retrouvent avec un manque d'exposition à la médecine familiale dans leur parcours académique. Une bonne part de ce manque d'exposition est attribuable aux contraintes administratives imposées aux médecins de famille qui se retrouvent dans l'impossibilité d'enseigner et de remplir les conditions qu'on leur impose. Ces mêmes contraintes administratives entraînent une diminution de la diversité de la pratique en médecine familiale et font ainsi peur aux étudiants.

Pour tenter d'améliorer la situation, la FMEQ propose :

- D'avoir un discours politique positif envers la médecine familiale ;
- De considérer davantage les activités d'enseignement dans les quotas et contraintes imposés aux médecins de famille ;
- D'augmenter les montants alloués aux GMFs et aux omnipraticiens pour la prise en charge d'externes en médecine ;
- De gratifier les programmes de stages et de bourses pour favoriser l'exposition à la médecine familiale en région ;
- D'abolir la loi 20 ou d'en diminuer les exigences ;
- D'augmenter le nombre de places dans les programmes de compétence avancée ainsi que le nombre de PREMs disponibles dans ces compétences avancées ;
- De permettre l'attribution de PREMs anticipés aux résidents en médecine familiale et même dès l'application à la résidence en médecine familiale ;
- D'augmenter la bonification de la cote R faite pour les étudiants provenant de régions éloignées.

La mise en application de ces recommandations permettrait d'augmenter l'intérêt des étudiants en médecine du Québec au profit de la médecine familiale. On pourrait ainsi voir une diminution du nombre de postes vacants à la résidence de médecine familiale, ce qui permettrait de voir rapidement une amélioration de la médicale couverture de la population. Plusieurs des problèmes du système de santé s'en verraient améliorés, que ce soit l'accessibilité à un médecin de famille, le temps d'attente aux urgences, une meilleure prise en charge des malades chroniques, ...

L'avenir d'une première ligne forte au Québec passe par des médecins de famille motivés, compétents et heureux dans leur métier. Ces recommandations visent toutes à atteindre cet objectif d'un système de santé plus efficace, pour le meilleur des Québécois et Québécoises.

## ANNEXE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ENVERS LA MÉDECINE FAMILIALE DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE ÉTUDIANTE DU QUÉBEC (FMEQ)

Un sondage pour évaluer l'intérêt des étudiants sur la médecine familiale a été distribué dans le but d'avoir une représentation réelle de l'opinion des étudiants en médecine durant l'année scolaire 2018-2019.

### Méthode

Sondage en 14 questions à choix de réponses envoyé par courriel et via les réseaux sociaux à l'ensemble des étudiants en médecine pour l'année scolaire 2018-2019, à toutes les universités offrant le programme de médecine, à tous les campus du Québec. Le sondage était offert en version française et anglaise. Le sondage a été ouvert du 13 janvier 2019 au 9 février 2019. Une carte cadeau prépayée d'une valeur de 50\$ a été remise à deux étudiants parmi tous les répondants voulant participer au tirage.

Les résultats ont été pondérés en fonction du poids réel de chaque université dans la répartition des étudiants en médecine à travers le Québec. Voici la répartition des étudiants en médecine du Québec entre les différentes universités et différents campus :

**Tableau III : Répartition des étudiants en médecine selon leur campus universitaire**

	Nombre d'étudiants	Proportion d'étudiants parmi tous les étudiants en médecine
Université de Montréal – campus Mauricie	195	5%
Université de Montréal – campus Montréal	1204	31%
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	139	4%
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	583	15%
Université McGill	726	19%
Université Laval	1075	27%
<b>TOTAL</b>	<b>3922</b>	<b>100%</b>

### Caractéristiques des répondants

**Tableau IV : Participation au sondage selon les universités et les campus**

	Nombre de répondants	Pourcentage de participation
Université de Montréal – campus Mauricie	108	55%
Université de Montréal – campus Montréal	236	20%
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	79	57%
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	197	34%
Université McGill	28	4%
Université Laval	204	19%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>22%</b>

**Tableau V : Répartition des participants selon leur niveau de parcours actuel**

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Année préparatoire	62	7%
Préclinique	467	55%
Externat (classique et longitudinal)	323	38%
Externat Classique	287	34%
Externat longitudinal	36	4%

**Tableau VI : Répartition des participants selon leur région administrative d'origine**

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Abitibi-Témiscamingue	12	1%
Bas-Saint-Laurent	16	2%
Capitale-Nationale	98	12%
Centre-du-Québec	35	4%
Chaudière-Appalaches	46	5%
Côte-Nord	12	1%
Estrie	47	6%
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	14	2%
Je résidais dans une autre province canadienne	29	3%
Je ne résidais pas au Canada	3	0%
Lanaudière	23	3%
Laurentides	40	5%
Laval	36	4%
Mauricie	43	5%
Montérégie	122	14%
Montréal	216	25%
Nord-du-Québec	2	0%
Outaouais	24	3%
Saguenay-Lac-Saint-Jean	34	4%
Je résidais dans une autre province canadienne	29	3%
Je ne résidais pas au Canada	3	0%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>100%</b>

Pour fin d'analyse, nous considérerons les régions administratives suivantes comme étant des régions éloignées :

- Abitibi-Témiscamingue
- Bas-Saint-Laurent
- Centre-du-Québec
- Côte-Nord
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Nord-du-Québec
- Saguenay-Lac-Saint-Jean

Les régions suivantes seront considérées comme étant des grands centres :

- Capitale-Nationale
- Estrie
- Montréal

Les régions suivantes seront considérées comme étant des banlieues des grands centres :

- Chaudière-Appalaches
- Lanaudière
- Laurentides
- Laval
- Mauricie
- Montérégie
- Outaouais

Les répondants sont donc répartis de la façon suivante :

**Tableau VII : Répartition des participants selon types de région administrative**

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Grands centres	361	42%
Banlieues des grands centres	334	39%
Régions éloignées	125	15%
Autres	32	4%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>100%</b>

## Analyse des données

Les étudiants ont été invités à répondre aux questions suivantes.

**Tableau VIII : Réponses à la question « Si vos applications à la résidence avaient lieu aujourd'hui, quel programme mettriez-vous en premier choix ? »**

	Spécialité de laboratoire	Spécialité d'imagerie médicale	Spécialité chirurgicale	Ne sais pas/préfère ne pas répondre	Médecine interne	Médecine familiale	Autre
Université de Montréal - campus de Mauricie	1%	2%	11%	8%	25%	37%	16%
Université de Montréal - campus de Montréal	2%	1%	10%	10%	24%	38%	15%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	0%	4%	18%	5%	10%	38%	25%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	0%	3%	14%	10%	20%	37%	17%
Université Laval	0%	0%	12%	8%	20%	40%	20%
Université McGill	0%	0%	14%	11%	25%	29%	21%
Grands centres	0%	1%	14%	11%	23%	34%	17%
Banlieues des grands centres	1%	1%	11%	8%	22%	39%	19%
Régions éloignées	1%	2%	11%	5%	15%	48%	18%
Autre	0%	6%	9%	16%	9%	38%	22%
Année préparatoire (applicable pour McGill et Montréal)	2%	3%	19%	19%	21%	24%	11%
Préclinique	0%	1%	12%	11%	23%	35%	17%
Externat classique	1%	1%	12%	4%	18%	43%	21%
Externat longitudinal	0%	6%	6%	0%	19%	56%	14%
<b>Moyenne</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>13%</b>	<b>9%</b>	<b>21%</b>	<b>36%</b>	<b>19%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition par campus universitaire</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>12%</b>	<b>9%</b>	<b>22%</b>	<b>37%</b>	<b>18%</b>

**Tableau IX : Réponses à la question « Si vos applications à la résidence avaient lieu aujourd'hui, feriez-vous une demande en médecine familiale parmi l'ensemble de vos demandes ? »**

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Université de Montréal - campus de Mauricie	84%	10%	6%
Université de Montréal - campus de Montréal	89%	7%	4%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	95%	5%	0%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	85%	12%	3%
Université Laval	92%	6%	1%
Université McGill	75%	7%	18%
<b>Grands centres</b>	<b>86%</b>	<b>11%</b>	<b>3%</b>
Banlieues des grands centres	90%	7%	4%
Régions éloignées	91%	6%	3%
Autre	84%	13%	3%
<b>Année préparatoire (applicable pour McGill et Montréal)</b>	<b>82%</b>	<b>11%</b>	<b>6%</b>
Préclinique	87%	8%	5%
Externat classique	91%	9%	1%
Externat longitudinal	92%	8%	0%
<b>Moyenne</b>	<b>87%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition par campus universitaire</b>	<b>87%</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>

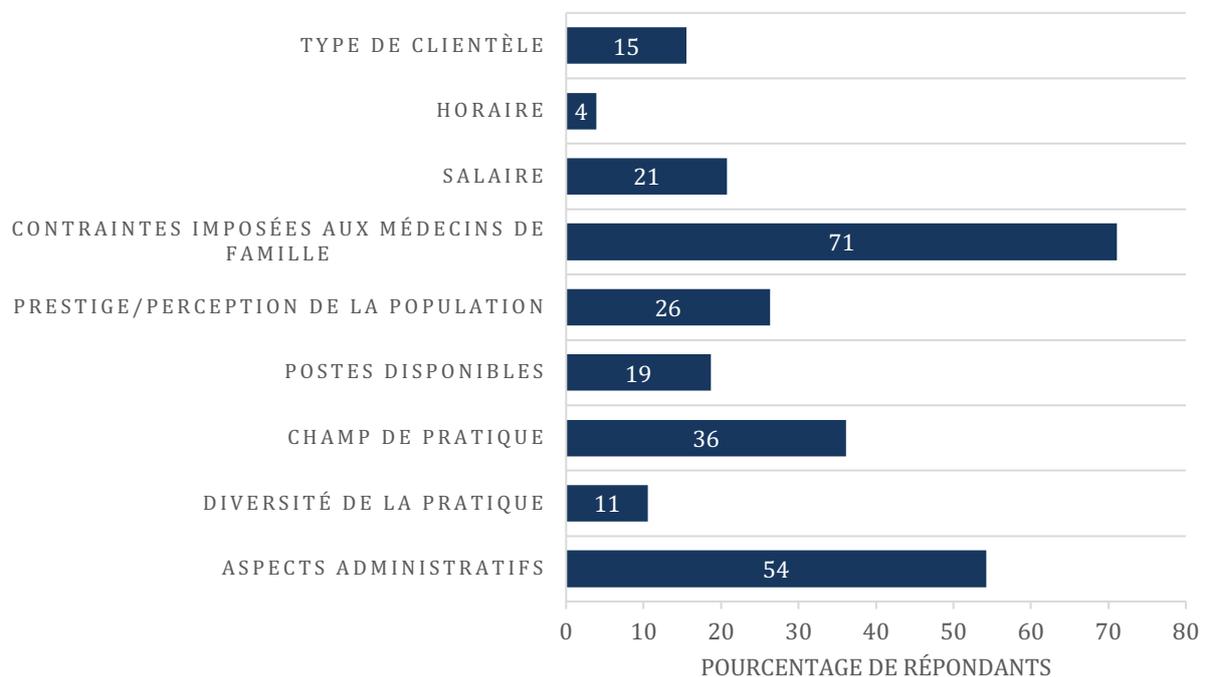
**Tableau X : Réponses à la question « Si vous étiez jumelé en médecine familiale, quel serait votre réaction ? »**

	Je serais très heureux dans cette discipline	J'aurais préféré un autre programme, mais je serais également heureux dans ce programme	Je ne serais ni heureux ni déçu	Je serais déçu du résultat	Je regretterais d'avoir mis la médecine familiale parmi mes choix de programme	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Université de Montréal - campus de Mauricie	50%	26%	4%	10%	6%	5%
Université de Montréal - campus de Montréal	56%	25%	3%	6%	3%	6%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	53%	30%	3%	9%	3%	3%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	52%	27%	4%	11%	4%	3%
Université Laval	50%	30%	5%	8%	2%	5%
Université McGill	39%	39%	4%	7%	7%	4%
<b>Grands centres</b>	<b>48%</b>	<b>30%</b>	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>
Banlieues des grands centres	54%	30%	1%	9%	3%	4%
Régions éloignées	58%	22%	4%	8%	4%	4%
Autre	63%	16%	3%	16%	3%	0%
<b>Année préparatoire (applicable pour McGill et Montréal)</b>	<b>45%</b>	<b>34%</b>	<b>2%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>
Préclinique	51%	28%	5%	9%	2%	5%
Externat classique	53%	28%	2%	7%	6%	3%
Externat longitudinal	72%	17%	3%	6%	3%	0%
<b>Moyenne</b>	<b>50%</b>	<b>30%</b>	<b>4%</b>	<b>9%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition campus universitaire</b>	<b>50%</b>	<b>30%</b>	<b>4%</b>	<b>8%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>

**Tableau XI : Réponses à la question « Parmi les facteurs suivants, lesquels vous déplaisent dans la médecine familiale ? »**

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Aspects administratifs	462	54%
Diversité de la pratique (les différents types de milieux où peut pratiquer un médecin de famille)	90	11%
Champ de pratique (ce qu'un médecin de famille peut traiter comme problèmes de santé)	308	36%
Postes disponibles	159	19%
Prestige/Perception de la population	224	26%
Contraintes imposées aux médecins de famille	606	71%
Salaire	177	21%
Horaire	33	4%
Type de clientèle	132	15%
<b>TOTAL DES RÉPONDANTS</b>	<b>852</b>	<b>100%</b>

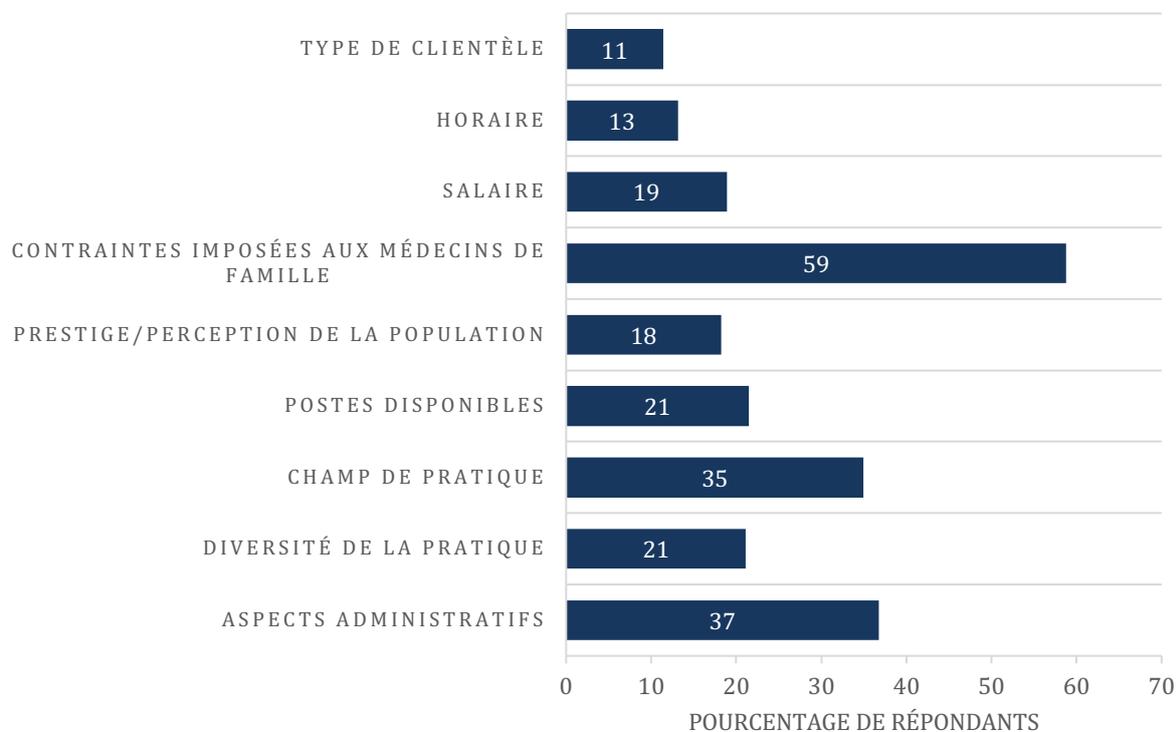
**Graphique 7 : Facteurs qui déplaisent aux étudiants dans la pratique de la médecine familiale**



**Tableau XII : Réponses à la question « Parmi les facteurs énumérés précédemment, lesquels vous feraient reconsidérer votre intérêt envers la médecine familiale s'ils étaient différents de ce qu'ils sont aujourd'hui ? »**

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Aspects administratifs	313	37%
Diversité de la pratique (les différents types de milieux où peut pratiquer un médecin de famille)	180	21%
Champ de pratique (ce qu'un médecin de famille peut traiter comme problèmes de santé)	298	35%
Postes disponibles	183	21%
Prestige/Perception de la population	155	18%
Contraintes imposées aux médecins de famille	501	59%
Salaire	161	19%
Horaire	112	13%
Type de clientèle	97	11%
<b>TOTAL DES RÉPONDANTS</b>	<b>852</b>	<b>100%</b>

**Graphique 8 : Facteurs qui feraient reconsidérer l'intérêt des étudiants envers la médecine familiale s'ils étaient différents**



**Tableau XIII : Réponses à la question « Pensez-vous qu'une meilleure exposition à la médecine familiale durant votre curriculum de médecine aurait augmenté votre intérêt envers cette spécialité ? »**

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Université de Montréal - campus de Mauricie	42%	39%	19%
Université de Montréal - campus de Montréal	56%	22%	22%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	35%	37%	28%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	48%	32%	20%
Université Laval	59%	21%	20%
Université McGill	54%	39%	7%
<b>Moyenne</b>	<b>49%</b>	<b>32%</b>	<b>19%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition des étudiants par campus universitaire</b>	<b>54%</b>	<b>28%</b>	<b>19%</b>

**Tableau XIV : Réponses à la question « Quel impact vos années de préclinique ont-elles eu sur votre intérêt envers la médecine familiale ? »**

	J'ai davantage d'intérêt pour la médecine familiale suivant mon préclinique	J'ai moins d'intérêt pour la médecine familiale suivant mon préclinique	Mon intérêt pour la médecine familiale est inchangé suivant mon préclinique	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Université de Montréal - campus de Mauricie	19%	14%	45%	22%
Université de Montréal - campus de Montréal	29%	14%	37%	19%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	49%	16%	23%	11%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	46%	13%	34%	8%
Université Laval	33%	17%	38%	12%
Université McGill	43%	21%	29%	7%
<b>Moyenne</b>	<b>36%</b>	<b>16%</b>	<b>34%</b>	<b>13%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition des étudiants par campus universitaire</b>	<b>35%</b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>	<b>13%</b>

**Tableau XV : Réponses à la question « Pensez-vous que le programme des années précliniques de votre université transmet une vision positive de la médecine familiale aux étudiants ? »**

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Université de Montréal - campus de Mauricie	58%	21%	20%
Université de Montréal - campus de Montréal	47%	28%	25%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	86%	9%	5%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	72%	15%	13%
Université Laval	51%	34%	15%
Université McGill	75%	7%	18%
<b>Moyenne</b>	<b>65%</b>	<b>19%</b>	<b>16%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition des étudiants par campus universitaire</b>	<b>59%</b>	<b>23%</b>	<b>18%</b>

**Tableau XVI : Réponses à la question « Pensez-vous que le programme des années précliniques de votre université intègre suffisamment de médecins de famille dans les activités d'enseignement (cours théoriques, apprentissage par problème, stages hospitaliers, ...) ? »**

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Université de Montréal - campus de Mauricie	55%	29%	17%
Université de Montréal - campus de Montréal	29%	52%	19%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	84%	10%	6%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	56%	37%	7%
Université Laval	29%	58%	12%
Université McGill	36%	54%	11%
<b>Moyenne</b>	<b>48%</b>	<b>40%</b>	<b>12%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition des étudiants par campus universitaire</b>	<b>38%</b>	<b>49%</b>	<b>13%</b>

**Tableau XVII : Réponses à la question « Pensez-vous que les stages obligatoires durant votre externat vous exposent suffisamment à la médecine familiale ? »**

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
<b>Externat classique</b>	<b>57%</b>	<b>33%</b>	<b>9%</b>
Université de Montréal - campus de Mauricie	54%	33%	13%
Université de Montréal - campus de Montréal	45%	42%	13%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	86%	10%	3%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	72%	19%	9%
Université Laval	38%	56%	6%
Université McGill	78%	11%	11%
<b>Externat longitudinal</b>	<b>67%</b>	<b>22%</b>	<b>11%</b>
Université de Montréal - campus de Mauricie	71%	18%	12%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	50%	0%	50%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	86%	14%	0%
Université Laval	50%	40%	10%
<b>Moyenne</b>	<b>63%</b>	<b>24%</b>	<b>13%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition des étudiants entre l'externat longitudinal et l'externat classique</b>	<b>58%</b>	<b>32%</b>	<b>9%</b>

**Tableau XVIII : Réponses à la question « Pensez-vous que votre faculté de médecine devrait augmenter le nombre de semaine que les étudiants passent en médecine familiale durant leur externat ? »**

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
<b>Externat classique</b>	<b>40%</b>	<b>47%</b>	<b>13%</b>
Université de Montréal - campus de Mauricie	50%	50%	0%
Université de Montréal - campus de Montréal	46%	34%	20%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	17%	76%	7%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	30%	59%	10%
Université Laval	52%	33%	14%
Université McGill	44%	44%	11%
<b>Externat longitudinal</b>	<b>36%</b>	<b>44%</b>	<b>19%</b>
Université de Montréal - campus de Mauricie	41%	47%	12%
Université de Sherbrooke - campus de Saguenay	50%	0%	50%
Université de Sherbrooke - campus de Sherbrooke	14%	57%	29%
Université Laval	40%	40%	20%
<b>Moyenne</b>	<b>39%</b>	<b>44%</b>	<b>17%</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition des étudiants entre l'externat longitudinal et l'externat classique</b>	<b>40%</b>	<b>47%</b>	<b>14%</b>

## Discussion

Les étudiants en médecine du Québec ont été sondés sur leur intérêt face à la médecine familiale, les facteurs influençant cet intérêt ainsi que l'exposition à la médecine familiale dans le cadre de leurs études en médecine. 22% de la population étudiante en médecine du Québec a répondu à ce sondage. Considérant une certaine disparité dans la répartition entre les campus d'origine des répondants et la répartition réelle des étudiants en médecine au Québec, les résultats ont été pondérés pour tenter de mieux représenter l'ensemble des étudiants en médecine du Québec.

38% des répondants ont indiqué que la médecine familiale était leur premier choix de programme de résidence. Ce pourcentage est similaire pour pratiquement tous les campus, excepté pour l'Université McGill où 29% des étudiants choisiraient la médecine familiale comme premier choix de programme. Il n'y a pas de différence significative entre le campus principal et le campus délocalisé d'une même université.

On note que le pourcentage d'étudiants choisissant la médecine familiale est nettement plus élevé pour les étudiants originaires de régions éloignées, avec 48% des étudiants choisissant ce programme, et légèrement inférieur à la moyenne pour les étudiants provenant de grands centres, avec un pourcentage de 34%.

Les étudiants étant à l'externat longitudinal semblent avoir un intérêt plus marqué pour la médecine familiale, comme 56% d'entre eux choisiraient d'aller en médecine familiale, en comparaison à 43% des étudiants faisant l'externat régulier. Il est impossible cependant de déterminer si cette différence est inhérente au programme d'externat longitudinal en lui-même ou si les étudiants ayant davantage d'intérêt envers la médecine familiale décident de faire l'externat longitudinal.

Au-delà du premier choix de programme, près de 90% des étudiants en feraient une demande en médecine familiale parmi l'ensemble de leur demande si les demandes de résidence étaient à soumettre aujourd'hui. Ce chiffre monte jusqu'à 95% pour les étudiants de l'Université de Sherbrooke – campus Saguenay, tandis qu'il est de 75% pour les étudiants de l'Université McGill. De plus, 80% des étudiants disent qu'ils seraient très heureux ou heureux s'ils étaient jumelés en médecine familiale. Ainsi, même si moins de la moitié des étudiants mettraient la médecine familiale comme premier choix de programme, la majorité serait tout de même satisfaite de pratiquer cette spécialité.

Selon les étudiants, les principaux facteurs ayant une influence négative sur leur vision de la médecine familiale sont les contraintes imposées aux médecins de famille, l'aspect administratif et le champ de pratique. La modification de ces trois mêmes facteurs serait l'action la plus à même d'augmenter l'attrait des étudiants pour la médecine familiale selon les répondants à ce sondage.

54% des étudiants sont d'accord pour dire qu'une meilleure exposition à la médecine de famille durant leur curriculum aurait augmenté leur intérêt envers cette spécialité. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas de différence significative entre les universités alors qu'elles ont toutes des programmes de formation différents. Les étudiants sont d'accord à 59% pour dire que le programme du préclinique de leur université transmet une vision positive de la médecine familiale. Ce sentiment est encore plus fort à l'Université de Sherbrooke – Campus de Saguenay avec 86%. Il est cependant plus faible à l'Université de Montréal – Campus Montréal avec 47%.

Les étudiants considèrent en moyenne que leurs cours du préclinique les exposent suffisamment à la médecine familiale et leur transmet une vision positive de celle-ci. Il y a cependant de très grandes variations entre les universités, qui peuvent s'expliquer par la différence entre les programmes de médecine selon les différentes universités. Il en est de même pour l'externat, où la majorité des répondants estime que leur stage de médecine familiale les expose suffisamment à ce type de pratique et qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter le nombre de semaines de stage en médecine familiale. Il est à noter que les étudiants en externat longitudinal sont plus nombreux (67%) à considérer que leurs stages les exposent davantage à la médecine familiale que ceux étant à l'externat classique (57%).

## Limites de l'étude

Les étudiants ayant répondu à ce sondage sont probablement ceux qui, à la base, ont déjà un intérêt plus prononcé pour la médecine de famille. L'intérêt est donc probablement estimé à la hausse dans ce sondage.

Étant donné le faible taux de participation des étudiants de McGill (4% de leurs étudiants et  $N < 30$ ) les conclusions les concernant ne sont pas optimales. Considérant que les quelques données provenant de McGill dans ce sondage et dans les dernières années de jumelage montrent un attrait moins important de la médecine familiale à cette université que la moyenne provinciale, leur faible taux de participation surestime probablement l'intérêt de la médecine familiale à l'échelle de la province. La pondération en fonction des différentes universités devrait partiellement corriger de biais.

## Conclusion

Les étudiants en médecine du Québec ont été sondés sur leur intérêt envers la médecine familiale ainsi que sur les déterminants de cet intérêt. Il en ressort que les étudiants provenant des régions éloignées et étant à l'externat longitudinal ont un intérêt plus marqué pour la médecine familiale. L'externat longitudinal semble également exposer davantage les étudiants à la médecine familiale.

Les étudiants dénotent également que les contraintes imposées aux médecins de famille, l'aspect administratif de la pratique ainsi que le champ de pratique des omnipraticiens diminuent leur intérêt envers la médecine familiale. Il s'agirait de points intéressants à travailler pour améliorer l'attrait envers cette spécialité.

## ANNEXE 2 : RECENSEMENT MÉDIATIQUE EN LIEN AVEC LA MÉDECINE FAMILIALE

Le recensement a été effectué uniquement à partir des médias écrits afin de faciliter le processus de dénombrement. Nous sommes conscients du biais que cela pourrait induire sur les résultats, mais croyons que dans le contexte où cette recherche est effectuée, la méthode sélectionnée nous permet tout de même d'obtenir un tour d'horizon représentatif du discours ambiant sur la médecine de famille.

Les médias qui ont fait l'objet de la revue sont les suivants : *Le Devoir*, *La Presse*, *Le Journal de Montréal* et *Le Journal de Québec*. Ils ont été sélectionnés sur la base de leur lectorat. En effet, ces quatre publications sont, selon les analyses d'Infopresse et d'Influence Communication, les quatre quotidiens les plus lus au Québec et détiennent à eux seuls environ 80% du « poids média » dans cette catégorie. Une fois sélectionnés, ces médias ont fait l'objet d'une revue systématique de leurs archives, du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 9 mars 2019. Les articles abordant directement le sujet de la médecine familiale ont été relevés, puis analysés qualitativement afin d'être classés dans l'une ou l'autre des catégories présentées au tableau récapitulatif.

**Tableau XIX : Recensement des thèmes abordés dans les articles publiés depuis le 1er janvier 2015 en lien avec la médecine familiale**

		Année					Total
		2015	2016	2017	2018	2019	
Thème de l'article	Accès aux médecins de famille	12	15	18	47	1	93
	Engorgement des urgences	1	6	1	3	5	16
	Épuisement	2	2	1	4		9
	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	1	3	2	4		10
	Pénuries de personnel		2	6	11	1	20
	Perception des médecins de famille	1	1		2		4
	Privatisation	2	3	1	1		7
	Productivité des médecins	2		2	5		9
	Réforme Barrette/Rémunération des médecins	2			1		3
	Rémunération des médecins	2	4	15	15		36
	Rémunération des médecins/fraude		1				1
	<b>Total général</b>	<b>25</b>	<b>37</b>	<b>46</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>208</b>

**Tableau XX : Revue de presse des articles concernant la médecine familiale depuis le 1er décembre 2015 dans les quatre principaux quotidiens écrits du Québec**

Date	Source	Titre	Thème	Sous-thème
2019-02-06	<i>Journal de Québec</i>	Urgences engorgées sur la Côte-Nord	Accès aux médecins de famille	Région
2019-01-31	<i>Journal de Québec</i>	Pénurie de médecins à l'Institut de réadaptation	Pénuries de personnel	
2019-01-17	<i>Radio-Canada</i>	La Fédération des médecins omnipraticiens demande à ses membres de participer aux cliniques d'hiver	Engorgement des urgences	
2019-01-08	<i>Journal de Québec</i>	Grippe : Québec promet d'ouvrir des cliniques d'hiver	Engorgement des urgences	
2019-01-07	<i>Journal de Montréal</i>	Comme d'habitude, les urgences débordent !	Engorgement des urgences	
2019-01-02	<i>Radio-Canada</i>	Les urgences débordent en Mauricie et au Centre-du-Québec	Engorgement des urgences	

2019-01-02	<i>Journal de Montréal</i>	Mauricie et Centre-du-Québec: les urgences prises d'assaut en raison de la grippe	Engorgement des urgences	
2018-12-29	<i>Journal de Montréal</i>	Les cliniques médicales aussi débordent	Accès aux médecins de famille	
2018-12-21	<i>Journal de Montréal</i>	Taux d'occupation critique dans plusieurs urgences	Engorgement des urgences	
2018-12-15	<i>Radio-Canada</i>	La détresse psychologique des médecins, un sujet tabou	Épuisement	
2018-12-10	<i>Journal de Québec</i>	L'accès aux médecins de famille plafonne	Accès aux médecins de famille	
2018-12-07	<i>Radio-Canada</i>	Guichets d'accès à un médecin de famille : des secteurs de Québec saturés	Accès aux médecins de famille	
2018-11-30	<i>Radio-Canada</i>	Fausse factures des médecins : la RAMQ tarde à apporter les correctifs requis	Rémunération des médecins	Fraude
2018-11-23	<i>Radio-Canada</i>	Fermeture d'une clinique pour patients atteints de cancer, faute de médecins	Accès aux médecins de famille	
2018-11-23	<i>Journal de Montréal</i>	Plus facile d'avoir un médecin de famille en région	Accès aux médecins de famille	Région
2018-11-23	<i>Journal de Québec</i>	Suspension des soins palliatifs à L'Hôtel-Dieu: le CHU de Québec présente ses mesures temporaires	Pénuries de personnel	
2018-11-16	<i>Journal de Montréal</i>	Deux fois plus de médecins au privé depuis cinq ans	Privatisation	
2018-11-14	<i>Radio-Canada</i>	Des renforts médicaux réclamés à l'hôpital de Havre Saint-Pierre	Pénuries de personnel	
2018-11-12	<i>Radio-Canada</i>	Plus de patients ont accès à un médecin de famille au Bas Saint-Laurent	Accès aux médecins de famille	
2018-10-31	<i>Journal de Québec</i>	Bonne chance pour voir un médecin à Québec	Pénuries de personnel	
2018-10-29	<i>Journal de Québec</i>	Les urgences débordent à Québec	Engorgement des urgences	
2018-10-23	<i>Radio-Canada</i>	Un service de rendez-vous en ligne boudé par les cliniques de Québec	Accès aux médecins de famille	
2018-10-22	<i>La Presse</i>	Ligne de dénonciation : des médecins se vident le cœur	Épuisement	
2018-10-19	<i>Radio-Canada</i>	Pas de médecin dimanche soir à Forestville	Accès aux médecins de famille	Découverte
2018-10-18	<i>Le Devoir</i>	Une clinique à l'agonie faute de relève médicale	Pénuries de personnel	
2018-10-16	<i>Le Devoir</i>	La pénurie de médecins de famille risque de s'aggraver	Pénuries de personnel	
2018-10-14	<i>Journal de Québec</i>	Hôpital Jeffery-Hale: L'urgence privée de médecin pendant trois soirs	Pénuries de personnel	
2018-10-11	<i>Radio-Canada</i>	Des médecins de l'Abitibi-Témiscamingue se disent épuisés	Épuisement	
2018-10-10	<i>Radio-Canada</i>	L'urgence de Charny fermera le soir, faute de médecin	Accès aux médecins de famille	Découverte
2018-10-10	<i>Radio-Canada</i>	La différence de salaire entre les médecins de famille et les spécialistes inquiète les omnipraticiens	Rémunération des médecins	
2018-10-06	<i>Le Devoir</i>	Des omnipraticiens au bout du rouleau	Épuisement	
2018-10-05	<i>Radio-Canada</i>	Le CIUSSS MCQ veut recruter 76 médecins	Accès aux médecins de famille	
2018-10-05	<i>Radio-Canada</i>	Travailler en région éloignée peut être très payant pour les médecins	Rémunération des médecins	
2018-10-04	<i>Le Devoir</i>	Des défis pour le prochain ministre de la Santé	Rémunération des médecins	
2018-10-03	<i>Journal de Québec</i>	Après Gaétan Barrette: les médecins de famille espèrent un changement de ton	Perception des médecins de famille	
2018-09-24	<i>Journal de Québec</i>	L'accès à un médecin est toujours la priorité des Québécois	Accès aux médecins de famille	
2018-09-24	<i>Radio-Canada</i>	La recette française pour attirer les médecins en région éloignée	Accès aux médecins de famille	Région
2018-09-20	<i>Radio-Canada</i>	8 épisodes de découverte médicale cet été dans la région	Accès aux médecins de famille	Découverte
2018-09-13	<i>Radio-Canada</i>	Plus de médecins, payés moins cher : la solution française	Accès aux médecins de famille	
2018-09-11	<i>Radio-Canada</i>	Plus difficile d'être soigné près de chez soi en région	Accès aux médecins de famille	Région
2018-09-07	<i>Journal de Montréal</i>	Malade, il attend un médecin de famille depuis 21 mois	Accès aux médecins de famille	
2018-09-03	<i>Radio-Canada</i>	La Clinique médicale de Coaticook se tourne vers les médias sociaux pour recruter des médecins	Accès aux médecins de famille	Région
2018-09-02	<i>Journal de Québec</i>	Améliorer l'accès aux soins de santé	Accès aux médecins de famille	
2018-09-02	<i>Radio-Canada</i>	L'urgence de Forestville à nouveau sans médecin jusqu'à lundi matin	Accès aux médecins de famille	Découverte
2018-09-02	<i>Radio-Canada</i>	L'urgence de Forestville à nouveau sans médecin	Accès aux médecins de famille	Découverte
2018-09-02	<i>Journal de Québec</i>	Un médecin ou une super infirmière en moins de 36 heures, promet la CAQ	Accès aux médecins de famille	
2018-09-02	<i>Radio-Canada</i>	Une consultation médicale en moins de 36 heures, promet la CAQ	Accès aux médecins de famille	
2018-08-30	<i>Journal de Québec</i>	Couillard pourrait obliger les médecins de famille à prendre 900 000 patients de plus d'ici 2022	Accès aux médecins de famille	

ANNEXE 2 : RECENSEMENT MÉDIATIQUE EN LIEN AVEC LA MÉDECINE FAMILIALE

2018-08-30	<i>Radio-Canada</i>	Médecins de famille : Couillard souhaite réduire la rémunération des médecins qui n'atteindront pas les cibles	Rémunération des médecins	
2018-08-30	<i>La Presse</i>	PLQ: «plus ferme» avec les médecins, hausse de 4,2% à la Santé	Rémunération des médecins	
2018-08-29	<i>Journal de Québec</i>	Coupures de service dans une clinique: difficile, ailleurs aussi, de voir un médecin	Pénuries de personnel	
2018-08-29	<i>Radio-Canada</i>	Québec solidaire veut revoir le mode de rémunération des médecins	Rémunération des médecins	
2018-08-28	<i>Journal de Québec</i>	Pas de médecin au sans rendez-vous	Pénuries de personnel	
2018-08-27	<i>Journal de Québec</i>	Attente pour un médecin de famille: De longs délais que Québec camoufle	Accès aux médecins de famille	
2018-08-27	<i>Journal de Québec</i>	Délais d'attente au GAMF: Couillard brandit la menace de sanctions	Accès aux médecins de famille	
2018-08-26	<i>Radio-Canada</i>	Le CISSS-AT a le feu vert pour embaucher autant de médecins de famille qu'il le souhaite	Accès aux médecins de famille	Région
2018-08-25	<i>Radio-Canada</i>	Pas de nouvelle réforme de la santé, promet le PLQ	Accès aux médecins de famille	
2018-08-24	<i>Journal de Québec</i>	Devrait-on rémunérer les médecins «par capitation»?	Rémunération des médecins	
2018-08-24	<i>Radio-Canada</i>	Pas d'attente pour avoir un médecin de famille à Gaspé	Accès aux médecins de famille	Région
2018-08-22	<i>Radio-Canada</i>	Des médecins français en renfort pour soigner des Montréalais des quartiers pauvres	Accès aux médecins de famille	
2018-08-15	<i>Radio-Canada</i>	Ultimatum aux médecins pour combler les manques dans des CHSLD de Montréal	Accès aux médecins de famille	CHSLD
2018-08-09	<i>Radio-Canada</i>	Le salaire des médecins au cœur d'un débat préélectoral	Rémunération des médecins	
2018-08-07	<i>Journal de Montréal</i>	L'urgence déborde à cause du manque de médecins	Pénuries de personnel	
2018-07-26	<i>Le Devoir</i>	Réforme Barrette: redressement nécessaire	Réforme Barrette/Rémunération des médecins	
2018-07-16	<i>Le Devoir</i>	Un accès à un médecin de famille à géométrie variable	Accès aux médecins de famille	
2018-07-14	<i>Le Devoir</i>	Inégalités dans l'accès à un médecin de famille	Accès aux médecins de famille	
2018-06-27	<i>Le Devoir</i>	Les médecins spécialistes réclament plus de postes	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	
2018-06-19	<i>Journal de Montréal</i>	Les Québécois encore et toujours préoccupés par la santé	Accès aux médecins de famille	
2018-06-17	<i>Journal de Québec</i>	Médecins de famille: problème d'«attitude», dit le ministre	Productivité des médecins	
2018-05-21	<i>La Presse</i>	Médecins de famille: le guichet n'est qu'une partie de l'accès	Accès aux médecins de famille	
2018-05-18	<i>Le Devoir</i>	Les plus vulnérables doivent s'armer de patience pour un médecin de famille	Accès aux médecins de famille	
2018-05-18	<i>La Presse</i>	Québec accusé de «salir les médecins de famille»	Perception des médecins de famille	
2018-05-17	<i>Journal de Québec</i>	La semaine de 4 jours et moins pour 48% des omnipraticiens	Productivité des médecins	
2018-05-16	<i>Le Devoir</i>	Médecine familiale: les régions boudées par les résidents	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	
2018-05-15	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: «lacunes» dans la priorisation des patients, juge la protectrice du citoyen	Accès aux médecins de famille	
2018-05-15	<i>La Presse</i>	Le Guichet d'accès à un médecin de famille a des «failles», dit le Protecteur du citoyen	Accès aux médecins de famille	
2018-05-07	<i>Journal de Québec</i>	Pénurie de médecins de famille au Saguenay-Lac-Saint-Jean	Pénuries de personnel	
2018-05-01	<i>Journal de Québec</i>	Nouvelle prime de 100 000\$ pour des médecins spécialistes gestionnaires	Rémunération des médecins	
2018-04-26	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: Barrette rate à nouveau la cible	Accès aux médecins de famille	
2018-04-16	<i>La Presse</i>	Guichet d'accès à un médecin de famille: loin d'être réglé	Accès aux médecins de famille	
2018-04-12	<i>La Presse</i>	Médecine familiale: «On a un gros problème d'attractivité»	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	
2018-03-17	<i>Journal de Montréal</i>	Des guichets vides, vraiment?	Accès aux médecins de famille	
2018-03-15	<i>Journal de Montréal</i>	Le Québec manque de médecins, dit l'Institut économique de Montréal	Accès aux médecins de famille	
2018-03-13	<i>Journal de Québec</i>	321 jours en moyenne avant d'obtenir un médecin	Accès aux médecins de famille	
2018-03-13	<i>Journal de Québec</i>	Il attend un médecin de famille depuis 2015	Accès aux médecins de famille	
2018-03-13	<i>Le Devoir</i>	La médecine familiale manque de sang neuf	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	

2018-03-10	<i>La Presse</i>	Accès à un médecin de famille: Québec s'éloigne de sa cible	Accès aux médecins de famille	
2018-03-10	<i>Journal de Montréal</i>	Moins productifs depuis longtemps	Productivité des médecins	
2018-03-08	<i>La Presse</i>	L'étude sur la rémunération des médecins au Québec fait réagir	Rémunération des médecins	
2018-03-07	<i>Journal de Québec</i>	Baisse de la productivité des médecins: le gouvernement minimise les résultats du rapport	Productivité des médecins	
2018-03-07	<i>Journal de Québec</i>	Hausse de salaire et baisse de productivité : mieux payés, les médecins du Québec travaillent moins	Rémunération des médecins	
2018-03-07	<i>La Presse</i>	Productivité des médecins: des correctifs ont été apportés, insiste Couillard	Productivité des médecins	
2018-03-07	<i>Journal de Québec</i>	Rapport dévastateur: pas question de changer le mode de rémunération des médecins, dit Couillard	Rémunération des médecins	
2018-02-27	<i>Le Devoir</i>	Le tout-à-l'hôpital	Rémunération des médecins	
2018-02-27	<i>La Presse</i>	Rémunération: il faut renégocier pour éviter une «crise sociale», disent des médecins	Rémunération des médecins	
2018-02-26	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: 4 ans d'attente pour rien	Accès aux médecins de famille	
2018-02-14	<i>Le Devoir</i>	Des infirmières laissées à elles-mêmes à l'Institut en santé mentale de Québec	Pénuries de personnel	Découverte
2018-01-31	<i>La Presse</i>	Accès à un médecin de famille: Québec rate sa cible de plus de 5 points	Accès aux médecins de famille	
2018-01-31	<i>Journal de Montréal</i>	Objectif repoussé: 20,6 % des Québécois n'ont toujours pas de médecin de famille	Accès aux médecins de famille	
2018-01-10	<i>Journal de Montréal</i>	Les urgences (et nous) en prennent pour leur rhume	Engorgement des urgences	
2017-12-20	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: Québec rate sa cible	Accès aux médecins de famille	
2017-12-17	<i>Journal de Montréal</i>	Pour plus de médecins dans Hochelaga- Maisonneuve	Accès aux médecins de famille	
2017-11-27	<i>Journal de Montréal</i>	Jusqu'à deux jours d'attente pour voir un médecin à Granby	Accès aux médecins de famille	
2017-11-20	<i>Journal de Québec</i>	Les cliniques de médecine familiale sont fermées la moitié du temps les soirs et week-ends	Accès aux médecins de famille	
2017-11-12	<i>Journal de Montréal</i>	40 M\$ en primes aux médecins	Rémunération des médecins	
2017-11-01	<i>Journal de Québec</i>	Fin du sans rendez-vous au Centre médical de Charlesbourg	Pénuries de personnel	
2017-10-25	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: Barrette reconnaît qu'il allait rater la cible	Accès aux médecins de famille	
2017-10-25	<i>La Presse</i>	Accès à un médecin de famille: la cible demeure, la méthode change	Accès aux médecins de famille	
2017-10-24	<i>Journal de Québec</i>	Entente avec les omnipraticiens: ce n'est pas 1 G\$ mais plutôt 1,6 G\$	Rémunération des médecins	
2017-10-24	<i>Journal de Québec</i>	Rémunération des médecins: l'entente avec les médecins de famille dénoncée	Rémunération des médecins	
2017-10-18	<i>Journal de Québec</i>	Hausse de salaire des médecins de famille: Les libéraux refusent que la VG se penche sur l'entente	Rémunération des médecins	
2017-10-14	<i>Le Devoir</i>	Les groupes de médecine familiale permettent-ils un accès plus facile aux soins de première ligne?	Accès aux médecins de famille	
2017-10-07	<i>La Presse</i>	Près de 1 milliard aux médecins de famille d'ici 2023	Rémunération des médecins	
2017-10-06	<i>Journal de Québec</i>	Entente avec Québec: un milliard \$ de plus pour les médecins de famille	Rémunération des médecins	
2017-10-04	<i>Journal de Montréal</i>	Les omnipraticiens acceptent une hausse de 10%	Rémunération des médecins	
2017-09-23	<i>La Presse</i>	Médecins de famille: Québec contrôle à peine 5% des hausses salariales	Rémunération des médecins	
2017-09-20	<i>Journal de Québec</i>	Hausse de 10 % du salaire des médecins: l'opposition en profond désaccord	Rémunération des médecins	
2017-09-20	<i>La Presse</i>	Médecins de famille: hausse de 10% sur trois ans	Rémunération des médecins	
2017-09-20	<i>La Presse</i>	Rémunération des médecins: «révoltant», dit l'opposition	Rémunération des médecins	
2017-09-17	<i>Journal de Québec</i>	Les résidents de L'Isle-aux-Coudres isolés et sans médecin	Pénuries de personnel	
2017-08-30	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: Barrette n'assouplira pas les règles	Accès aux médecins de famille	
2017-08-29	<i>La Presse</i>	Accès à un médecin de famille: les libéraux rateront leur cible, prévoit Legault	Accès aux médecins de famille	
2017-08-29	<i>Journal de Québec</i>	Médecin de famille: la CAQ doute de la promesse du ministre	Accès aux médecins de famille	
2017-08-08	<i>Journal de Montréal</i>	Gaétan Barrette coupe le nombre de futurs médecins	Accès aux médecins de famille	
2017-07-27	<i>Journal de Montréal</i>	Une clinique d'urgence ferme, faute de médecins	Pénuries de personnel	Découverte

ANNEXE 2 : RECENSEMENT MÉDIATIQUE EN LIEN AVEC LA MÉDECINE FAMILIALE

2017-06-27	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: Barrette encore loin de sa cible	Accès aux médecins de famille	
2017-06-13	<i>Journal de Québec</i>	Le retour du sans rendez-vous réclamé en Haute-Ville	Accès aux médecins de famille	Découverte
2017-06-05	<i>Journal de Québec</i>	Urgences: le ministre Barrette ne veut pas de ruptures de service	Pénuries de personnel	Découverte
2017-06-02	<i>Journal de Québec</i>	Bris de service critiques à l'urgence de Saint-Marc-des-Carières	Pénuries de personnel	Découverte
2017-05-20	<i>Le Devoir</i>	Des travailleurs de la santé de plus en plus épuisés et démotivés	Épuisement	
2017-04-20	<i>Journal de Montréal</i>	Moins de la moitié des médecins ont utilisé le guichet	Accès aux médecins de famille	
2017-04-13	<i>Journal de Montréal</i>	Les Québécois sans médecin de famille risquent d'attendre encore plus longtemps	Accès aux médecins de famille	
2017-04-12	<i>Journal de Montréal</i>	Les étudiants boudent la médecine familiale	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	
2017-04-09	<i>Journal de Montréal</i>	400 jours pour être pris en charge par un médecin, dit la CAQ	Accès aux médecins de famille	
2017-03-23	<i>Journal de Québec</i>	Fini le sans rendez-vous au CLSC Haute-Ville	Accès aux médecins de famille	
2017-03-02	<i>Journal de Montréal</i>	Les médecins de famille veulent encore être mieux payés	Rémunération des médecins	
2017-02-23	<i>Le Devoir</i>	Un médecin qui travaille fort... plus qu'avant!	Productivité des médecins	
2017-02-22	<i>Le Devoir</i>	L'autocrate et les électrons libres	Rémunération des médecins	
2017-02-18	<i>Le Devoir</i>	Trop bien soignés, les médecins?	Productivité des médecins	
2017-02-12	<i>Journal de Montréal</i>	Hôpitaux du Québec: le temps d'attente s'allonge dans 40% des urgences	Engorgement des urgences	
2017-02-11	<i>Journal de Montréal</i>	Une clinique de Longueuil ferme, faute de médecins	Pénuries de personnel	
2017-01-27	<i>Journal de Montréal</i>	Les longs délais d'accès au public pourraient décourager les patients	Privatisation	
2017-01-26	<i>Journal de Montréal</i>	Les patients devront attendre	Accès aux médecins de famille	
2017-01-25	<i>Le Devoir</i>	Des jeunes médecins de famille exaspérés par la quête d'un poste	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	
2017-01-21	<i>Journal de Montréal</i>	Un sondage montre que les Québécois sont d'accord avec le revenu des médecins	Rémunération des médecins	
2017-01-18	<i>Le Devoir</i>	L'IRIS suggère de faire des médecins des salariés	Rémunération des médecins	
2016-11-24	<i>Le Devoir</i>	L'aura des médecins remis en question	Perception des médecins de famille	
2016-11-23	<i>Le Devoir</i>	Un système en retard sur son temps	Épuisement	
2016-11-16	<i>Journal de Québec</i>	Encore plus de patients sans médecin de famille	Accès aux médecins de famille	
2016-11-14	<i>La Presse</i>	Négociations avec les médecins : des changements fondamentaux sont essentiels	Rémunération des médecins	
2016-11-11	<i>Journal de Montréal</i>	Le ministre Gaétan Barrette promet que ces super-cliniques désengorgeront les urgences	Engorgement des urgences	
2016-11-04	<i>Journal de Québec</i>	Les urgences toujours bondées	Engorgement des urgences	
2016-10-09	<i>La Presse</i>	Accès aux médecins de famille : sauver la face	Accès aux médecins de famille	
2016-10-03	<i>La Presse</i>	Médecins de famille : la loterie du guichet unique	Accès aux médecins de famille	
2016-09-30	<i>Journal de Montréal</i>	Il manque toujours 500 médecins de famille	Pénuries de personnel	
2016-09-29	<i>Journal de Montréal</i>	La rémunération totale des médecins québécois a atteint 7,3 milliards \$ en 2015- 2016,8% de plus en un an	Rémunération des médecins	
2016-09-25	<i>Journal de Québec</i>	Des dizaines de patients subissent des délais indus à Québec	Accès aux médecins de famille	
2016-09-16	<i>Journal de Québec</i>	Congestion dans les hôpitaux: «Il faut agir», dit le PDG du CIUSSS de la Capitale- Nationale	Engorgement des urgences	
2016-08-24	<i>Le Devoir</i>	La rémunération des médecins québécois a crû plus rapidement que la moyenne canadienne	Rémunération des médecins	
2016-07-25	<i>Journal de Québec</i>	Explosion des services de santé privés au Québec	Privatisation	
2016-07-08	<i>Journal de Montréal</i>	Encore moins de médecins de famille que de spécialistes	Accès aux médecins de famille	
2016-07-06	<i>Journal de Montréal</i>	Encore plus de spécialistes formés que de médecins de famille	Accès aux médecins de famille	
2016-06-16	<i>Le Devoir</i>	La rémunération des médecins québécois devrait être revue à la baisse, plaide l'IRIS	Rémunération des médecins	
2016-06-16	<i>La Presse</i>	Nouveaux patients: les médecins de famille accusent un «retard», dit Barrette	Accès aux médecins de famille	
2016-06-02	<i>Journal de Québec</i>	Attente dans les urgences au Québec: une des pires situations en Occident	Engorgement des urgences	
2016-05-11	<i>Le Devoir</i>	Angoisse et grogne chez les jeunes médecins	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants	
2016-05-06	<i>Journal de Montréal</i>	Dur de « trouver un médecin de famille »	Accès aux médecins de famille	

2016-05-05	<i>Journal de Québec</i>	Nouvelles règles aux urgences: plusieurs médecins attendent le feu vert du ministre	Engorgement des urgences
2016-04-28	<i>Le Devoir</i>	Les médecins se braquent contre le renforcement de la RAMQ	Rémunération des médecins/fraude
2016-04-26	<i>Journal de Québec</i>	Accès à un médecin de famille: mauvaise surprise sur la liste d'attente	Accès aux médecins de famille
2016-04-25	<i>Le Devoir</i>	Super-cliniques: Barrette dévoile le programme	Accès aux médecins de famille
2016-04-20	<i>Le Devoir</i>	Diminution de services au CLSC des Faubourgs	Pénuries de personnel
2016-04-15	<i>Journal de Montréal</i>	Plus de 40 postes laissés vacants par les étudiants	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants
2016-04-12	<i>La Presse</i>	Québec crée un guichet unique d'accès à un médecin de famille	Accès aux médecins de famille
2016-04-09	<i>Journal de Montréal</i>	Le nombre d'omnipraticiens qui choisissent le privé continue d'augmenter	Privatisation
2016-04-08	<i>Le Devoir</i>	La première ligne envoyée en GMF	Accès aux médecins de famille
2016-03-25	<i>Le Devoir</i>	Pour habiller qui?	Accès aux médecins de famille
2016-03-17	<i>Le Devoir</i>	Contre le démantèlement des CLSC	Accès aux médecins de famille
2016-03-15	<i>Le Devoir</i>	Achalandage aux urgences : le PQ dénonce la réforme Barrette	Engorgement des urgences
2016-03-04	<i>Journal de Montréal</i>	Des étudiants fuient la médecine familiale	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants
2016-02-20	<i>Journal de Montréal</i>	Des médecins plus à risque de suicide et d'abus de substances	Épuisement
2016-02-09	<i>Le Devoir</i>	Les supercliniques, une brèche qui profite au privé	Privatisation
2016-02-06	<i>Le Devoir</i>	Sortir les médecins de famille des hôpitaux, c'est le contraire du bon sens	Accès aux médecins de famille
2015-12-30	<i>Le Devoir</i>	Québec pousse les médecins de famille hors des hôpitaux	Accès aux médecins de famille
2015-12-21	<i>Journal de Montréal</i>	Aussi longtemps dans le corridor	Engorgement des urgences
2015-12-15	<i>Journal de Montréal</i>	Des mois d'attente sans médecin	Accès aux médecins de famille
2015-12-11	<i>Le Devoir</i>	Les négos entre Québec et la FMOQ bloquent des résidents	Non-match médecine familiale/Désintérêt des étudiants
2015-12-08	<i>Journal de Montréal</i>	Hausse de 30 % du nombre de patients ayant un médecin de famille	Accès aux médecins de famille
2015-09-09	<i>Le Devoir</i>	L'opposition veut des garanties sur les heures d'ouverture des GMF	Accès aux médecins de famille
2015-08-01	<i>Le Devoir</i>	La médecine familiale dans la spirale du privé	Privatisation
2015-07-29	<i>Journal de Montréal</i>	Les médecins de famille en plein recrutement de patients	Accès aux médecins de famille
2015-07-27	<i>Journal de Québec</i>	Délais interminables pour un médecin de famille	Accès aux médecins de famille
2015-07-25	<i>Journal de Montréal</i>	Détresse psychologique des médecins : vers un changement de culture, croit le président sortant de la FMRQ	Épuisement
2015-07-21	<i>Le Devoir</i>	Les médecins migrent vers le privé	Privatisation
2015-06-26	<i>Journal de Québec</i>	Délais interminables pour un médecin de famille	Accès aux médecins de famille
2015-06-05	<i>La Presse</i>	Pourquoi est-ce si difficile de trouver un médecin de famille ?	Accès aux médecins de famille
2015-06-04	<i>Le Devoir</i>	Les attaques contre les médecins, ça suffit!	Perception des médecins de famille
2015-05-31	<i>La Presse</i>	Les médecins de famille fantômes	Accès aux médecins de famille
2015-04-30	<i>Journal de Québec</i>	Accès facilité à un médecin dans Saint- Roch	Accès aux médecins de famille
2015-04-18	<i>Le Devoir</i>	Québec entend réglementer les groupes de médecine familiale	Réforme Barrette/Rémunération des médecins
2015-04-17	<i>La Presse</i>	Groupes de médecine de famille: Barrette réglementera	Réforme Barrette/Rémunération des médecins
2015-04-10	<i>Le Devoir</i>	Saint-Roch aura de nouveaux médecins	Accès aux médecins de famille
2015-03-23	<i>Le Devoir</i>	Paradis fiscal	Rémunération des médecins      Fraude
2015-02-02	<i>Le Devoir</i>	Des médecins dénoncent une logique de « chaîne de montage »	Épuisement
2015-01-29	<i>Journal de Montréal</i>	Les Québécois insatisfaits du réseau de la Santé, révèle un sondage	Accès aux médecins de famille
2015-01-23	<i>Le Devoir</i>	GMF: Gaétan Barrette scandalisé par l'attitude de certains médecins	Productivité des médecins
2015-01-20	<i>La Presse</i>	Médecins: la rémunération à l'acte est devenue un monstre	Rémunération des médecins
2015-01-13	<i>Le Devoir</i>	Échanges musclés entre le ministre et les médecins sur Twitter	Productivité des médecins

## BIBLIOGRAPHIE

- April, Martin. *Effectifs médicaux au Québec - Évolution, projections et recommandations*. Montréal : Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Montréal, 2018.
- Avery, Daniel M. et al. « Factors Associated with Choosing Family Medicine as a Career Specialty : What Can We Use ? » *American Journal of Medicine* 6, n° 4 (2009): 54-58. <http://aapsus.org/articles/40.pdf>.
- Beaulieu, Marie-Dominique et al. « Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. » *Canadian Medical Association Journal* 185, n° 12 (2013): E590-596. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121802>.
- Bell, Sigall et al. « Longitudinal pedagogy : A Successful Response to the Fragmentation of the third-year medical student clerkship experience. » *Academic Medicine* 83, n° 5 (2008): 467-475. <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=18448900>.
- Borgès Da Silva, Roxanne et al. « Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. » Université de Montréal, 2015. [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/29981.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29981.pdf).
- Boucher, Anne-Louise et Marianne Casavant. « Suivi Des Ententes Particulières Sur Les Prem. » Octobre, 2018. <https://www.fmoq.org/pratique/organisation-de-la-pratique/pem-prem-et-amp/suivi-ententes-prem/>.
- Bunker, Jeremy et Narelle Shadbolt. « Choosing general practice as a career - the influences of education and training. » *Australian Family physician* 38, n° 5 (2009): 341-344. <https://www.racgp.org.au/afp/200905/31502>.
- Canadian Resident Matching Service. « FM/EM Data and reports -CaRMS. » 3 mars, 2019. <https://www.carms.ca/data-reports/fmem-data-reports/>.
- Carde, Estelle et al. « Inégalités sociales, patients difficiles et médecins de première ligne. » Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations, 2018. [http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/rapport\\_de\\_recherche\\_inegalites\\_sociales\\_patients\\_difficiles.pdf](http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/rapport_de_recherche_inegalites_sociales_patients_difficiles.pdf).
- Collège des Médecins de Famille du Canada. *Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The evaluation objectives in family medicine*. 2010. [https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Certification\\_in\\_Family\\_Medicine\\_Examination/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases.pdf).
- Collège des médecins de famille du Canada. « Prix Pour Les Étudiants En Médecine. » 2019. <https://fafm.cfpc.ca/fr/p-b/prix-pour-les-etudiants-en-medecine/>.
- Computer-based Assessment for Sampling Personal Characteristics. « À propos de CASPer<sup>MD</sup>. » 3 janvier, 2019. <https://examencasper.com/a-propos-de-casper/>.
- Desrosiers, Michel. « Faites-vous de la supervision d'externes ou de résidents ? » *Le Médecin du Québec* 44, n°5 (2009) : 77-81. <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Annexe-VIII-Supervision-externes-ou-r%C3%A9sidents.pdf>.
- Duval, Alexandre. « Accès à un médecin : des délais qui s'allongent à mesure que le temps passe. » 31 juillet, 2018. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1115469/acces-medecin-famille-guichet-patients-delais>.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « FAQ. » 17 février, 2019. <https://www.fmoq.org/faq/>.
- Fédération des médecins résidents du Québec. « Les Prem En 10 Étapes. » 9 mars, 2019. <http://www.fmrq.qc.ca/pem-prem-en-mf/prem-10-etapes>.
- Fédération Médicale Étudiante du Québec. « Guide des résidences de la FMEQ 2018. » 3 janvier, 2019. <http://www.fmeq.ca/nouvelles-et-communiques/guide-des-residences/>.
- Fédération Médicale Étudiante du Québec. « La médecine au Québec. » 3 janvier, 2019. <http://www.fmeq.ca/nouvelles-et-communiques/la-medecine-au-quebec/>.

- Gill, Harbir et al. « Factors influencing medical students' choice of family medicine. » *Canadian Family Physician* 58, n° 11 (2012): e649-657. <http://www.cfp.ca/content/58/11/e649>.
- Groulx, Antoine. « Analyse des facteurs influençant le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine du Québec : le rôle des GIMF. » Mémoire de M.Sc., Université de Montréal, 2012. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8526>.
- Hébert, Isabelle. « La continuité des soins en médecine familiale. » *Le médecin de famille canadien* 58, n° 6 (2012): 628-629. <http://www.cfp.ca/content/cfp/58/6/628.full.pdf>.
- Jordan, John, Judith Belle Brown et Grant Russell. « Choosing family medicine. What influences medical students? » *Canadian Family Physician* 49, n° 9 (2003): 1131-1137. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214282/pdf/14526865.pdf>
- Lawson, Sonya R, J Hoban et Paul Mazmanian. « Understanding Primary Care Residency Choices: A Test of Selected Variables in the Bland-Meurer Model. » *Academic Medicine* 79, n° 10 (2004): S36-39. <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15383384>.
- Lévesque, Jean-Frédéric et al. « Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. » *BMC Family Practice* 13, n° 66 (2012): 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-66>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Carte de la rémunération différente des médecins omnipraticiens, Région éloignée ou isolée. » 26 janvier, 2019. <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/consom/CarteOmnipraticiens.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Comment améliorer son taux d'assiduité*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2016. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-12W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). » 26 janvier, 2019. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/places-disponibles-medecine-de-famille/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Programme de bourses d'études en médecine pour les étudiants intéressés par la pratique en territoire désigné (éloigné ou isolé) - Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents. » 26 janvier, 2019. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/bourses-medecine-famille-specialite/>.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Programme de formation médicale décentralisée - Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents. » 26 janvier, 2019. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/formation-medecale-decentralisee/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Stages d'été en région - Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents. » 26 janvier, 2019. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/stages-ete-region/>.
- Morra, Dante, Glenn Regehr et Shiphra Ginsburg. « Medical Students, Money, and Career Selection: Students' Perception of Financial Factors and Remuneration in Family Medicine. » *Family Medicine* 41, n° 2 (2009): 105-110. <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2009/February/Dante105.pdf>.
- Muldoon, Laura et al. « How Many Patients Should a Family Physician Have? Factors to Consider in Answering a Deceptively Simple Question. » *Healthcare Policy* 7, n° 4 (2012): 26-34. <https://www.longwoods.com/content/22885>.
- Osborn, Heather Ann et al. « Primary care specialty career choice among Canadian medical students. » *Canadian Family Physician* 63, n° 2 (2017): 107-113. <http://www.cfp.ca/content/63/2/e107>.

- Paré-Plante, Andrée Anne et al. « Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. » *BMC Family Practice* 19, n° 188 (2018): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0871-x>.
- PL 20, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, 1e sess., 41e lég., Québec, 2015 (sanctionné le 10 novembre 2015).
- Radio-Canada. « Les médecins de famille rejettent les quotas que veut leur imposer Barrette. » 13 décembre, 2014. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/698173/federation-medecins-omnipraticiens-opposition-loi-20-nombre-patients>.
- Rathert, Cheryl, Mary D. Wyrwich et Suzanne Austin Boren. « Patient-centered care and outcomes : a systematic review of the litterature. » *SAGE Journals* 70, n° 4 (2013): 351-379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Annexe 1 - Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes*. Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019. [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/maj-continu/33-EP\\_GMF.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/maj-continu/33-EP_GMF.pdf).
- Régie de l'assurance-maladie du Québec. « Calcul du taux d'assiduité. » 3 mars, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/calcul-du-taux.aspx>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. « Enseignement clinique. » 9 mars, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/enseignement-clinique/Pages/enseignement-clinique.aspx>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte*. Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/100-facturation-omnipraticiens/manuel-omnipraticiens-remuneration-acte.html>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte*. Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte.html#108896>.
- Rodriguez, Charo, Pierre-Paul Tellier et Emmanuelle Bélanger. « Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a Canadian case study. » *Education for Primary Care* 23, n° 3 (2012): 158-68. [https://www.researchgate.net/publication/228323819\\_Exploring\\_professional\\_identification\\_and\\_reputation\\_of\\_family\\_medicine\\_among\\_medical\\_students\\_A\\_Canadian\\_case\\_study](https://www.researchgate.net/publication/228323819_Exploring_professional_identification_and_reputation_of_family_medicine_among_medical_students_A_Canadian_case_study).
- Santé Inc. « Archives des statistiques salariales. » juillet, 2018. <https://santeinc.com/categorie/stat-salariales/>.
- Scott, Ian et al. « Determinants of choosing a career in family medicine. » *Canadian Medical Association Journal* 183, n° 1 (2011): E1-8. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091805>.
- Senf, Janet H., Doug Campos-Outcalt et Randa Kutob. « Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review. » *Journal of the American Board of Family Medicine* 16, n° 6 (2003): 502-512. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502>.
- Shi, Leiyu. « The Impact of Primary Care : A Focused Review. » *Scientifica* (2012): 1-22. <https://doi.org/10.6064/2012/432892>.
- Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes. « Outaouais. » 26 janvier, 2019. <http://www.equipesarros.ca/fr/carte/outaouais>.
- Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes. « SARROS. » 26 janvier, 2019. <http://www.equipesarros.ca/fr/accueil>.

Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes. « Stages et emplois d'été SARROS. » 26 janvier, 2019. <http://www.equipesarros.ca/fr/stages>.

Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. *Avis sur le projet de politique triennal des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2019-2020, 2020-2021, 2021 et 2022*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. 2019.

Université de Sherbrooke. « Le programme de doctorat en médecine : Mini-entrevues multiples (MEM). » 3 janvier, 2019. <https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/admission/mem/#c144615-1>.

Vanasse, Alain et al. « Attractiveness of family medicine for medical students. » *Canadian Family Physician* 57, n° 6 (2011): e216-227. <http://www.cfp.ca/content/57/6/e216>.

Wright, Bruce et al. « Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. » *Canadian Medical Association Journal* 170, n° 13 (2004): 1920-1924. <https://doi.org/10.1503/cmaj.103111>.