

RAPPORT SUR LA RÉÉVALUATION DE LA RÉSIDENTE EN MÉDECINE DE FAMILLE

Automne 2020

NOTA BENE :

Certains termes et principes utilisés dans ce document ne constituent pas les termes officiels utilisés par le ministère de Santé et Service sociaux ou d'autres organismes canadiens, par exemple le terme UMF (unité de médecine de famille) est utilisé pour désigner les GMF-U (groupes de médecine de famille universitaire) et les CUMF (cliniques universitaires de médecine de famille). La FMRQ a utilisé ces termes uniquement pour faciliter la lecture du document.

En résumé

La médecine et l'éducation médicale ont énormément évolué au cours des dernières années. Nous avons notamment vu apparaître les programmes « horizontalisés », les compétences CanMEDs, les formations complémentaires et le Cursus Triple C. De plus, les connaissances médicales à acquérir augmentent à un rythme exponentiel, de nouvelles professions voient le jour et les tâches traditionnelles des médecins se modifient. Plusieurs sujets demeurent toutefois toujours d'actualité, notamment le niveau de préparation des médecins de famille à la pratique, l'ajout d'une troisième année obligatoire, la flexibilité du cursus et le bien-être des médecins résident·e·s.

Le Comité des affaires pédagogiques en médecine familiale (CAP-MF) de la FMRQ s'est intéressé à la résidence dans sa forme actuelle afin d'évaluer comment il serait possible de l'améliorer. Ce rapport présente le résultat de ces travaux en plus d'émettre des recommandations pédagogiques au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et aux quatre facultés de médecine du Québec.

La revue de la littérature sur la résidence en médecine familiale, au Québec et ailleurs dans le monde, démontre qu'on se questionne depuis longtemps sur la durée idéale de la formation. La FMRQ a déjà pris position à cet égard, en s'opposant au prolongement obligatoire d'une année, tout en favorisant plus de flexibilité pour les personnes qui désirent suivre une troisième année. Mais encore aujourd'hui, l'ajout d'une troisième année est un sujet qui divise les médecins résident·e·s : 51 % s'y opposent, alors que 49 % sont en sa faveur. Il est à noter que les médecins qui prolongent leur résidence (pour un échec de stage ou un congé de maladie, par exemple) s'opposent davantage à une résidence de trois ans que leurs collègues. Les directions de programme sont elles aussi généralement contre l'idée de l'ajout d'une année obligatoire, avec 37,5 % en sa faveur et 62,5 % en sa défaveur.

En ce qui concerne le niveau de préparation des médecins résident·e·s à la pratique, les résultats d'un sondage réalisé ce printemps auprès des directions d'UMF montrent qu'elles considèrent que leurs médecins résident·e·s se sentent en confiance à l'idée d'entrer en pratique à un niveau moyen de 8,38 sur 10, tandis que les médecins résident·e·s s'octroient 7,2 sur 10. La formation pour devenir un bon gestionnaire, de même que les stages à l'urgence et aux soins critiques devraient être améliorés dans certains milieux. De plus, les médecins sentent le besoin de personnaliser leur résidence pour mieux se préparer à la pratique grâce à des stages ajoutés après la résidence et à une plus grande flexibilité du cursus.

Enfin, un sondage effectué en 2017 révèle que 54,8 % des médecins résident·e·s du Québec présentaient des symptômes d'épuisement professionnel. Il est crucial de réduire le nombre de personnes qui souffrent de cette maladie, grandement nuisible à l'apprentissage.

Finalement, la revue des données de la tournée des UMF fait ressortir cinq points qui contribuent à ce que la résidence soit une expérience positive pour les médecins résident·e·s : la compétence des médecins qui enseignent, la flexibilité du cursus, l'horaire, l'administration saine de l'UMF et l'importance accordée au bien-être.

Introduction

Afin d'évaluer comment il serait possible d'améliorer la résidence en médecine familiale, le CAP-MF a passé en revue la documentation de la FMRQ accumulée au fil des ans, la littérature sur le sujet publiée au Québec et ailleurs dans le monde, ainsi que les rapports de la tournée des UMF¹. Le comité disposait également des résultats d'un sondage effectué en 2003 sur le prolongement de la résidence et d'un autre effectué en 2017 sur le stress et l'épuisement professionnel des médecins résident·e·s du Québec. Ces deux sondages ont permis de mettre en perspective les informations recueillies par le comité. Enfin, ce dernier a également collecté des données auprès des directions de programme, des directions d'UMF ainsi qu'auprès des finissants et finissantes en médecine familiale. Il a rencontré les directions programme de médecine familiale des quatre universités québécoises afin de discuter de ces enjeux. Des rencontres téléphoniques ont aussi été effectuées avec les directions d'UMF en mars 2020. Le comité a également réalisé un sondage autour des mêmes thèmes auprès des directions des 51 UMF du réseau québécois en avril 2020. Enfin, le 1er mai, en collaboration avec la permanence de la FMRQ, le comité a sondé les membres qui sont actuellement en deuxième et troisième année en médecine familiale et qui finissent en 2020.

Avec ces données, le comité a réfléchi à quelques pistes de solutions. Il s'est demandé si à la fin de la résidence, les médecins se sentaient en confiance pour commencer leur pratique. Il s'est questionné sur les domaines de soins qui étaient moins maîtrisés, ainsi que sur la pertinence d'une troisième année obligatoire et d'une plus grande personnalisation des stages. Il a également tenté de savoir si le niveau de bien-être des médecins résident·e·s avait une incidence sur leur capacité d'apprentissage, ainsi que sur leur intérêt à prolonger la résidence.

Dans ce rapport, nous commencerons par aborder brièvement les données historiques. Nous présenterons ensuite le résultat des recherches du CAP-MF, puis nous discuterons de ces résultats pour émettre une conclusion et des recommandations destinées aux directions de programmes qui, nous le souhaitons, amélioreront la résidence en médecine familiale.

1. Historique sur l'évolution de la résidence en médecine familiale

Les deux premiers programmes de résidence en médecine de famille au Canada ont été créés par l'Université de Calgary et l'Université de Western Ontario en 1966 [1]. Il s'agissait de programmes de trois années durant lesquelles les médecins généralistes effectuaient un internat rotatoire d'une année. C'est en 1970 que la résidence en médecine de famille a été réduite à deux ans [2]. Puis, les programmes de résidence de deux ans en médecine familiale ont graduellement été introduits partout au pays, d'abord en Alberta et au Québec dans les années 1980 à la suite de la commission Rochon [3], puis dans le reste du pays avec la fin du stage d'internat junior en 1992. Depuis ce temps, le cursus du programme de médecine familiale a fait l'objet de nombreuses discussions quant à la nécessité de prolonger ou de modifier la formation des médecins résident·e·s. Des débats concernant la durée idéale de la résidence ont périodiquement eu lieu, notamment à la fin des années 1990 et

¹ Cette tournée consiste en la visite de chacune des 51 unités de médecine familiales (UMF) sur le territoire québécois sur une période de 2 ans où au moins un·e représentant·e de la FMRQ questionne les médecins résident·e·s sur leur cursus, leurs lieux de pratique, leurs conditions de travail, leur santé psychologique, etc. C'est aussi au sein de cette tournée que les médecins résident·e·s font part de leurs inquiétudes ainsi que des bons coups de leur milieu. Les données de 2018 à 2020 ont été utilisées, pour ressortir les principaux points positifs des différents milieux.

au début des années 2000. D'ailleurs, à cette époque, la FMRQ avait été invitée à se prononcer sur le sujet. Elle s'opposait alors à l'ajout d'une année obligatoire de formation, tout en privilégiant une révision du cursus de deux ans ainsi que plus de flexibilité pour le prolongement volontaire de la résidence en médecine familiale.

Au début de l'année 2003, la FMRQ avait sondé 289 médecins résident·e·s (R) et 111 médecins de famille en début de carrière (F) au sujet notamment de la prolongation ou non de la résidence. Parmi les raisons les plus importantes évoquées qui justifiaient le maintien de la formation postdoctorale à deux ans, les résultats du sondage révélaient que la formation était suffisante (R : 33 %, F : 33 %), que l'apprentissage pouvait se faire par le travail (R : 11 %, F : 14 %) et que la durée de la formation était suffisamment longue (R : 11 %, F : 15 %). Les résultats mentionnaient également, dans des proportions plus faibles, les raisons suivantes pour appuyer le maintien du statu quo, soit le fait que des formations complémentaires étaient déjà offertes et que l'ajout d'une 3^e année aggraverait la pénurie de médecins. Les médecins résident·e·s invoquaient également des enjeux financiers personnels, préféraient remanier le programme de deux ans plutôt que de l'allonger d'une année et exprimaient de plus le sentiment d'être en confiance pour commencer leur pratique. Par ailleurs, lorsqu'on leur a demandé deux raisons qui justifieraient l'ajout d'une troisième année de formation postdoctorale, les résultats montraient que cette mesure serait justifiable uniquement si elle permettait l'acquisition de plus de connaissances (R : 24 %, F : 21 %), une plus grande exposition clinique (R : 22 %, F : 25 %), plus de spécialisation ciblée (R : 17 %, F : 25 %) ou encore plus de possibilités de stages à option (R : 18 %, F : 16 %). L'acquisition de plus de compétences ou d'expériences pratiques, d'un plus grand sentiment de confiance ou la possibilité d'être en contact avec plus de cas complexes n'étaient mentionnés que dans des proportions inférieures à 10 %. L'étude de la FMRQ concluait alors que les données recueillies auprès des médecins résident·e·s et des jeunes médecins favorisaient majoritairement le maintien du statu quo, soit une formation postdoctorale en médecine familiale de deux ans (ou de trois ans pour les trois sous-spécialités reconnues), avec la possibilité pour les médecins qui le souhaitent de prolonger la formation de quelques mois, pour un maximum de six mois.

Une recension de la revue de littérature, effectuée par deux membres du CAP-MF (voir annexe), démontre que ce débat se poursuit encore aujourd'hui, même à l'extérieur du Québec. D'ailleurs, depuis 2018, le CMFC travaille sur un projet considéré à ses yeux comme l'un des plus importants des dernières années, qui porte sur les finalités d'apprentissage. Ce projet, dont l'aboutissement est prévu à la fin de 2020, vise à répondre à deux questions essentielles : [...] « Répondons-nous aux besoins actuels de nos communautés ? Et, formons-nous des médecins qui seront en mesure de répondre aux besoins de nos communautés dans 10 ans, en 2030 ? » [16]. Par la même occasion, le CMFC veut réévaluer la résidence en médecine familiale comme elle est construite actuellement, à la suite de la consultation de partenaires, de la communauté universitaire, des patients et patientes, des autorités sanitaires régionales, des organismes de réglementation et des organisations professionnelles homologues dans d'autres pays. Il est évident que le corps médical canadien s'intéresse à la durée de la résidence de médecine familiale dans cette étude de grande envergure.

2. Opinion des programmes de médecine familiale du Québec

L'opinion du corps professoral doit être considérée dans l'élaboration du diagnostic et des recommandations sur la résidence en médecine de famille. Il est intéressant de s'attarder tout d'abord

à l'opinion des directions de programme et d'UMF des quatre universités québécoises. Ces entretiens et sondages réalisés en 2020 ont permis d'explorer les enjeux suivants : la préparation à la pratique en médecine de famille, la personnalisation de la résidence, la possibilité d'ajouter une troisième année et le bien-être des médecins résident·e·s. Pour le sondage aux directions d'UMF, environ 80,4 % (41 réponses sur 51 UMF) y ont répondu, soit 9 des 13 UMF à l'Université Laval, 10 des 11 UMF à l'Université de Sherbrooke, 14 des 18 UMF à l'Université de Montréal et 7 des 9 UMF à l'Université McGill. Les directions d'UMF qui ont répondu au sondage occupent leur poste depuis une moyenne de 3,12 ans et représentent 757 médecins résident·e·s.

2.1 Niveau de préparation à la pratique

Les directions d'UMF considèrent que les médecins résident·e·s se sentent en confiance à l'idée d'entrer en pratique à un niveau moyen de 8,38 sur 10. Les domaines pour lesquels elles considèrent que les médecins résident·e·s sont le moins en confiance sont, en ordre d'importance : les soins critiques, la gestion administrative, les problèmes locomoteurs, la périnatalité, CHSLD et la santé des enfants et adolescents.

Par ailleurs, un élément à améliorer qui revient à plusieurs reprises est le débit au bureau et au sans rendez-vous.

2.2 Une troisième année obligatoire

Une troisième année obligatoire en médecine de famille est assez contestée puisque 62,5 % sont en défaveur alors que 37,5 % sont en faveur. Les arguments principaux en faveur sont qu'elle permettrait plus d'expositions bénéfiques pour les médecins résident·e·s (86,7 %) et que cela pourrait leur permettre de se perfectionner dans les tâches à effectuer après la résidence (86,7 %). Pour les personnes qui ne souhaitent pas qu'il y ait une troisième année obligatoire, 60 % ont répondu qu'elles étaient limitées par l'aspect administratif. Donc, la majorité des médecins contre la troisième année croient qu'elle engendrerait entre autres des problèmes avec l'élaboration des horaires et des gardes, avec l'accessibilité des bureaux et la disponibilité de médecins qui les supervisent. De plus, 40 % mentionnent qu'une augmentation du nombre de stages ne serait pas nécessairement bénéfique pour la pratique des médecins résident·e·s, et que la première année de pratique comporte de nombreux apprentissages qu'une troisième année ne pourrait pas apporter. Plus ou moins le tiers de ces médecins ajoutent que l'acquisition des compétences ne se fait pas au même rythme pour tout le monde et que le cursus devrait être mieux adapté à cette réalité. Une prolongation de la résidence pourrait être variable, selon les compétences à atteindre des médecins résident·e·s et de leur pratique, mais ne devrait pas être obligatoire.

2.3 Personnalisation de la résidence

La personnalisation de la résidence est un critère d'agrément pour les programmes de médecine de famille au Canada [18]. En effet, la résidence doit bien préparer les médecins à leur carrière. La majorité des UMF offrent de 12 à 16 semaines de stages optionnels, selon les directives de leur programme. Un total de 85 % des UMF disent pouvoir offrir aux médecins la possibilité de personnaliser leur résidence. Par exemple, l'Université Laval permet dans les 6 derniers mois de la résidence de remplacer la moitié des activités génériques (n'inclut pas les journées de bureau) par des activités utiles à leur carrière. Des médecins résident·e·s pourraient donc remplacer des gardes

d'urgence par des gardes d'obstétrique. Une initiative similaire est appliquée à l'Université de Montréal. En plus des 3 stages optionnels obligatoires, on offre aux médecins résident·e·s qui ne sont pas en difficulté de personnaliser leur cursus avec des stages de leur choix, jusqu'à 20 jours ouvrables, dans les 6 derniers mois de leur résidence. À l'université McGill, les UMF offrent 3 stages à option sur les 2 ans, ainsi que 2 stages sélectifs où l'on peut choisir parmi certains stages : 1 stage fondamental (médecine interne, pédiatrie ou santé mentale) et 1 stage en soins aigus.

Lors de discussions avec les directions de programme, différentes méthodes pour ajouter des stages à la fin des deux années de la résidence ont été explorées. Il est possible d'ajouter des mois de stage de deux façons : par l'inscription à un programme de compétences avancées de catégorie 1 ou 2 par l'intermédiaire d'un milieu universitaire, ou par l'ajout d'une formation complémentaire offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec avec l'appui de l'établissement recruteur (Direction des services professionnels du milieu où l'on souhaite travailler).

Concernant la première méthode, « les programmes de compétences avancées de Catégorie 1 sont agréés selon des compétences nationales propres aux domaines, définies et reconnues par le CMFC pour l'évaluation, et doivent utiliser ces normes. Les programmes de Catégorie 2 ont des compétences propres aux domaines établies au palier local, par l'université, pour l'évaluation » [18]. À l'heure actuelle, les programmes de catégorie 1 durent un an (R3) et comprennent certains domaines reconnus, par exemple la médecine d'urgence, les soins aux personnes âgées, l'anesthésiologie en médecine de famille, le clinicien érudit, la médecine du sport et de l'exercice, et les soins palliatifs. Les programmes de catégorie 2 sont plus nombreux et peuvent être de durée variable, entre 3 et 6 mois généralement (R2B). Cela comprend par exemple la périnatalité, les soins palliatifs, les soins aux personnes âgées, la toxicologie et le clinicien érudit.

Concernant la deuxième méthode, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec « a mis sur pied un programme de formation complémentaire sur mesure [...] effectuée dans un établissement du Québec. [...] Le candidat doit détenir un poste au plan des effectifs médicaux (PEM) de l'établissement recruteur ou un poste doit lui avoir été réservé avant la formation complémentaire » [19].

En réalité, les formations complémentaires qui s'organisent entre l'établissement recruteur et les médecins résident·e·s visent à combler un besoin particulier, en fonction du PEM obtenu. La formation est plus souvent d'une durée de moins de trois mois, car lorsqu'on dépasse cette période, le nombre de formations octroyées est restreint. Par ailleurs, la formation demandée ne peut pas correspondre à une formation déjà offerte par un programme universitaire.

Chaque année, moins de 10 % des médecins résident·e·s font des demandes pour des formations complémentaires en passant par le programme du MSSS. Ce sont des formations parfois suggérées par le programme de résidence aux médecins résident·e·s qui se voient refuser une demande de formation en compétences avancées. Il existe peu de publicités faites par les programmes de résidence actuellement pour ce type de formation, qui semble assez méconnu des médecins en fin de résidence. Par ailleurs, selon le sondage réalisé auprès des directions d'UMF, 72,5 % d'entre elles seraient prêtes à superviser des médecins pour des formations complémentaires après leur résidence, si nécessaire. Les onze personnes (27,5 %) qui ont répondu par la négative l'ont fait par manque

d'espace physique et de médecins qui peuvent superviser, car leur capacité maximale était déjà atteinte.

2.4 Mesures de bien-être

Les directions d'UMF ont donné une note moyenne de 7,5 sur 10 aux mesures de bien-être offertes par leur UMF. Plusieurs milieux offrent des mesures préventives pour améliorer le bien-être des médecins résident·e·s, à l'échelle locale, de même qu'à l'échelle du programme. À l'échelle locale, par exemple, certaines UMF offrent des rencontres ponctuelles avec des psychologues ou avec d'autres spécialistes à l'extérieur du milieu, et organisent des cours de gestion du stress et des activités sociales de toutes sortes (soirée cinéma, bal de fin d'études, souper-causerie, etc.). À l'échelle des programmes, les initiatives sont variables. Certains programmes ont leur propre sous-comité de bien-être, nouvellement implanté pour la plupart. Par exemple, dans chaque UMF au programme de McGill, des périodes d'environ 1 h sont organisées chaque 3 mois pour rassembler psychologue, médecins résident·e·s et... crème glacée. Un budget alloué par le fonds du programme est aussi consacré à des activités organisées par la ou le médecin résident-coordonnateur de chaque UMF. La plupart des programmes organisent des journées ou des demi-journées dédiées au bien-être, avec des présentations et des cours sur ce sujet.

3. Opinions des médecins résident·e·s

Un sondage a été réalisé auprès des médecins qui finissent en médecine de famille. Ce sondage avait comme objectif de recueillir auprès de ces personnes l'opinion sur leur niveau de préparation et de confiance en ce qui a trait à l'entrée en pratique, ainsi que sur l'ajout d'une année obligatoire. Au total, 497 médecins de famille (R2 et R3) qui devraient terminer leur résidence en 2020 ont répondu à ce sondage. Des 407 médecins résident·e·s qui ont ouvert l'invitation à participer, 252 personnes ont répondu au moins en partie au sondage, ce qui représente 62 % des ceux et celles ayant ouvert l'invitation et 51 % des personnes sondées. La marge d'erreur de ce sondage est de 4 %, 19 fois sur 20.

En guise d'introduction, il a été demandé aux médecins résident·e·s si la fin de leur résidence était prévue pour le 30 juin 2020. Au total, 64 % ont confirmé terminer leur résidence dans les temps prévus, alors que 36 % ne termineront pas en deux ans comme prévu. Parmi les médecins résident·e·s qui ne termineront pas dans les temps, 75 % auront tout de même complété leur résidence avant la fin de 2020. Les autres termineront en 2021.

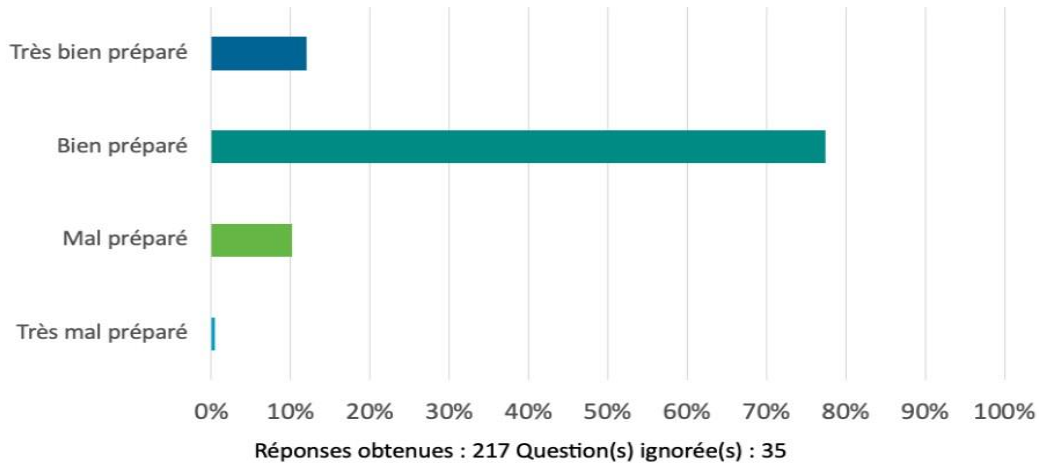
Plusieurs raisons expliquent ce retard (n=89), notamment les accidents de travail ou les maladies professionnelles (23 %), incluant l'épuisement professionnel, ainsi que les congés parentaux (16 %).

3.1 Niveau de préparation et de confiance à l'entrée en pratique

Il a été demandé aux médecins résident·e·s, considérant le temps restant avant de terminer leur résidence, s'ils et elles croyaient avoir été très mal, mal, bien ou très bien préparé·e·s à leur entrée en pratique. Au total, 90 % des médecins qui ont répondu croient avoir été bien ou très bien préparé·e·s (Graphique 1). Seulement 10 % croient avoir été mal préparé·e·s. Il leur a également été demandé

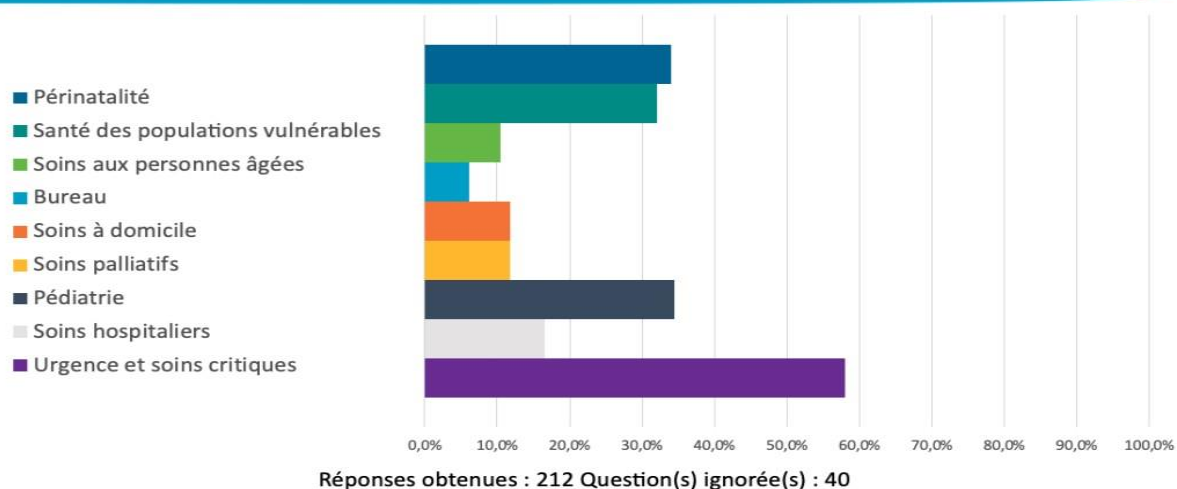
d'indiquer, sur une échelle de 1 à 10, où 10 était le score le plus fort, quel était leur niveau de confiance pour l'entrée en pratique. Dans l'ensemble, les médecins résident·e·s se donnent un score de 7,2 sur 10. Il n'a pas été constaté un grand écart entre les médecins qui termineront en juin 2020 (7,3) et les autres (7,0), même si, sans surprise, les personnes qui ne termineront pas en juin disent avoir moins confiance.

Considérant le temps qu'il vous reste avant de terminer votre résidence, croyez-vous avoir été très mal, mal, bien ou très bien préparé à votre entrée en pratique en médecine familiale ?



Une autre question posée aux médecins résident·e·s concernait les domaines d'activité pour lesquels ils et elles se sentaient le moins en confiance (Graphique 2), ce à quoi 58 % ont répondu qu'il s'agissait de l'urgence et des soins critiques, 34 % de la pédiatrie, 34 % de la périnatalité et 32 % des soins aux populations vulnérables. Lorsqu'il a été demandé une recommandation pour améliorer la préparation à l'entrée en pratique, 39,7 % ont mentionné une formation supplémentaire sur la gestion du début de pratique, notamment les demandes de permis, l'assurance responsabilité et, surtout, la facturation. Cette dernière a été mentionnée dans 27,9 % des réponses. Seulement 3,7 % des médecins mentionnent spontanément vouloir plus de stages d'urgence et de soins critiques obligatoires. Une autre recommandation ressortie d'emblée chez 31,6 % des médecins est d'augmenter la flexibilité du cursus pour peaufiner leurs compétences en lien avec leur pratique éminente. Plusieurs mentionnent la possibilité d'ajouter des stages optionnels après leurs deux années de résidence, ou d'optimiser les derniers mois de résidence pour permettre plus de stages optionnels en lien avec la pratique souhaitée.

Quels sont les domaines pour lesquels vous vous sentez le moins prêt ?

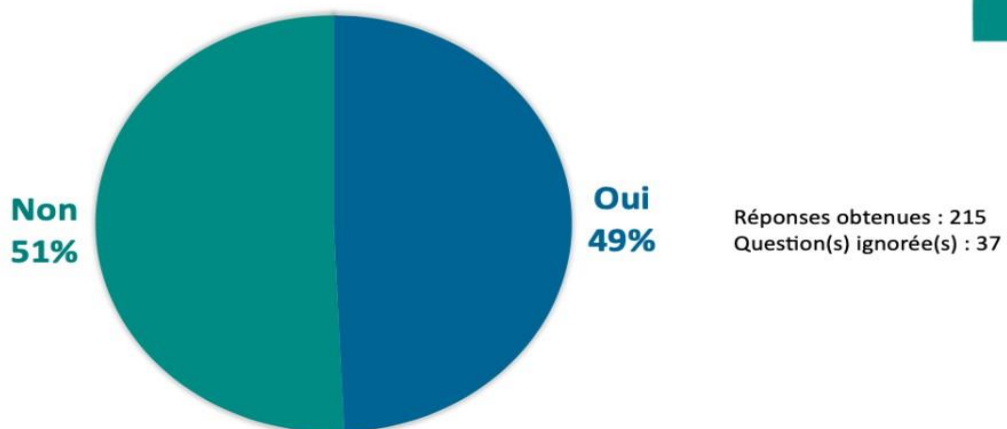


3.2 Faut-il prolonger la résidence obligatoirement ?

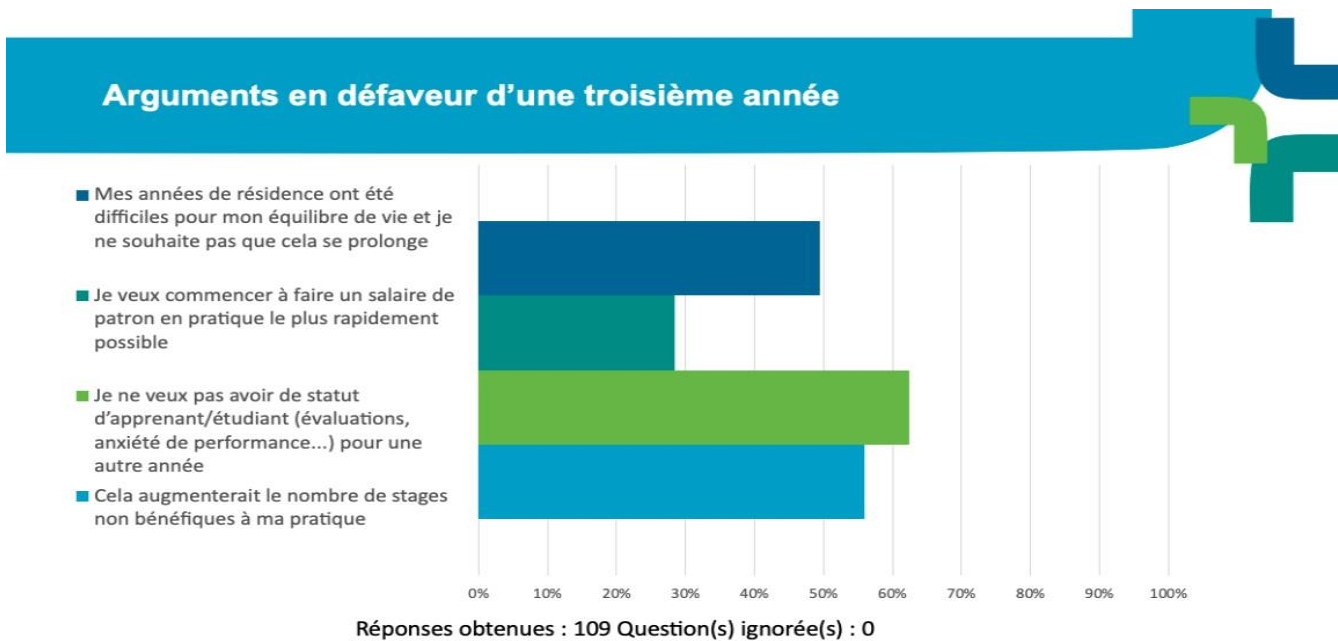
Il a été demandé aux médecins résident·e·s si, à ce stade-ci de leur résidence, ils et elles croyaient opportun de prolonger la résidence en médecine familiale en y ajoutant une troisième année obligatoire. À cette question, les médecins ont répondu être partagés : 51 % étaient en défaveur et 49 % en faveur (Graphique 3).

Notons toutefois que parmi les 51 % des médecins en défaveur d'une troisième année obligatoire, 43 médecins qui ne terminaient pas leur résidence en juin 2020 pour des raisons hors de leur contrôle s'opposaient à la prolongation, alors que 39 médecins étaient en faveur.

À ce stade-ci de votre résidence, croyez-vous qu'il serait opportun de prolonger la résidence en médecine familiale en y ajoutant une troisième année de résidence obligatoire ?

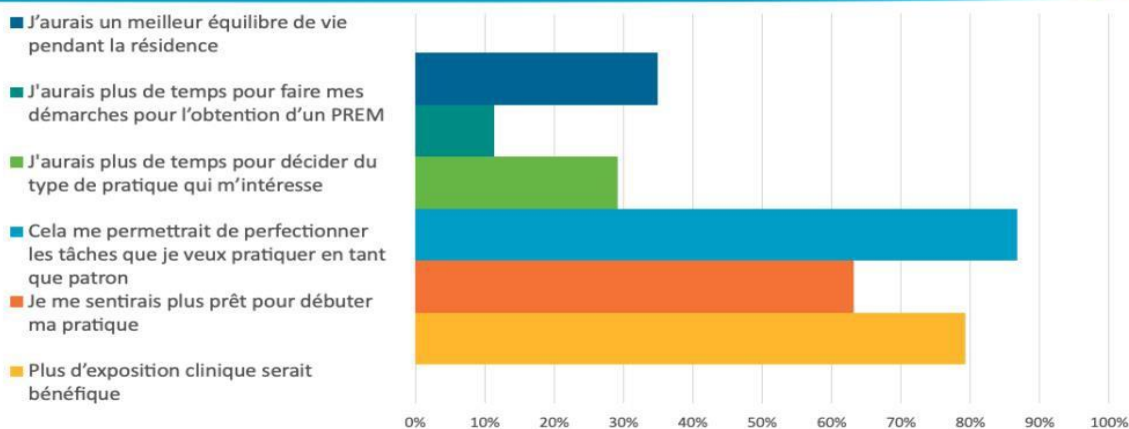


Parmi les répondantes et répondants opposés à la prolongation obligatoire (Graphique 4), 62,4 % ne souhaitent plus avoir de statut d'apprenant, 56 % pensent que cela augmenterait le nombre de stages non bénéfiques à leur pratique, mais aussi 49,5 % disent ne pas souhaiter que leur résidence se prolonge et que celle-ci a été difficile pour leur équilibre de vie. Il est intéressant de constater que parmi les 109 personnes contre la prolongation, 11 (10,1 %) ont précisé vouloir prolonger leur résidence, de quelques mois à 1 an, si cela leur permettait d'avoir plus de stages optionnels en lien avec leur pratique éminente.



À l'opposé, pour les personnes en faveur de la prolongation (Graphique 5), 79,2 % considèrent que plus d'expositions seraient bénéfiques, 86,8 % voudraient perfectionner les tâches à effectuer en tant que médecins en pratique, et 63,2 % pensent qu'une troisième année leur permettrait de se sentir plus en confiance pour commencer leur pratique. Aussi, 34,9 % ajoutent que cela permettrait d'avoir un meilleur équilibre de vie pendant la résidence.

Arguments en faveur d'une troisième année



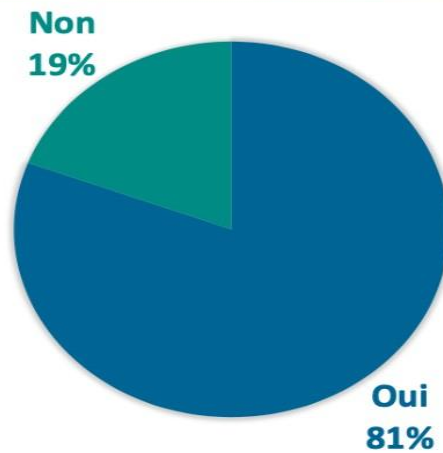
Réponses obtenues : 106 Question(s) ignorée(s) : 0

3.3 Les stages optionnels

Nous avons interrogé les médecins résident·e·s sur la fréquence et la pertinence des stages optionnels. La majorité (56 %) ne considérait pas en avoir effectué suffisamment. Au total, 81 % en auraient fait plus (Graphique 6). Parmi ce nombre, 45 % auraient préféré choisir leurs stages optionnels après l'obtention d'un PREM.

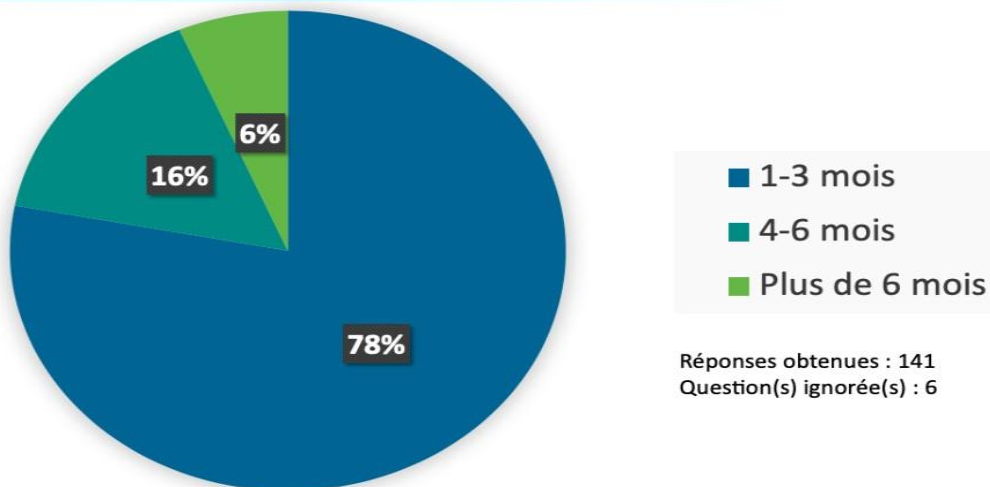
Enfin, 71 % des médecins résident·e·s qui finissent en médecine familiale auraient préféré choisir des stages complémentaires au terme de leur résidence de deux ans, malgré le fait que cela retarderait le début de pratique. Parmi ce groupe, 78 % des médecins résidents auraient aimé avoir entre 1 et 3 mois de stages supplémentaires, 15,6 % entre 4 et 6 mois supplémentaires et 6,4 % plus de 6 mois (Graphique 7).

Si cela avait été possible, auriez-vous préféré avoir plus de stages optionnels pendant vos 2 années de résidence ?



Réponses obtenues : 208
Question(s) ignorée(s) : 44

Nombre de mois supplémentaires désiré par les résidents voulant une prolongation autre qu'un R3



Réponses obtenues : 141
Question(s) ignorée(s) : 6

En conclusion, il a été demandé aux médecins résident·e·s leur niveau de satisfaction de la résidence en médecine familiale, entre 1 et 10, où 10 est la meilleure note. À cette question, un score moyen de 7,3/10 a été obtenu.

4. Sondage bien-être et tournée des UMF

Pour la FMRQ, le bien-être des médecins résident·e·s est une priorité. En 2017, un sondage [17] auprès de 947 médecins résident·e·s de toutes spécialités confondues mettait en lumière une triste réalité où 54,8 % présentaient des symptômes d'épuisement professionnel, se définissant comme un

état d'extrême fatigue physique, mentale et émotionnelle causée par la présence d'un stress chronique relié au travail. De tous les facteurs suggérés dans le sondage, la charge de travail est de loin la principale source de stress pour le plus grand nombre de médecins résident·e·s (31,7 %). Arrivent ensuite la recherche d'un PEM-PREM (13,6 %), les examens et la conciliation travail-vie (avec 12,8 % chacun) [17]. Ce sondage, bien qu'il ait été réalisé auprès de toutes les spécialités, étale un problème réel à la résidence au Québec et pointe vers des pistes de solutions afin d'améliorer la résidence.

Lors de la revue des rapports de la tournée des UMF, cinq points positifs ressortent très souvent. Le premier thème relevé est la flexibilité du cursus. Les médecins résident·e·s apprécient toute forme de personnalisation de leur résidence, que cela soit des demi-journées d'exposition dans des domaines spécifiques ou des stages à options supplémentaires. Les médecins résident·e·s qui ont la chance d'effectuer de la prise en charge en fonction de leurs intérêts et d'avoir de l'enseignement personnalisé soulignent leur satisfaction. Enfin, certains mentionnent la possibilité de faire les formations complémentaires à la fin de la résidence comme un moyen de personnaliser leur cursus.

Le deuxième thème relevé est l'horaire. Les médecins résident·e·s semblent privilégier une résidence avec un cursus longitudinal, ce qui favorise la consolidation des apprentissages. Aussi, il est important qu'il soit simple de demander des congés et qu'il y ait de l'ouverture aux modifications d'horaire. Le respect de l'entente collective leur est cher. Les médecins résident·e·s veulent également avoir du temps réservé dans leur horaire pour les tâches administratives de l'UMF, car ces tâches prennent beaucoup de leur temps.

Le troisième thème est l'administration de l'UMF. Les médecins résident·e·s souhaitent travailler avec un adjoint ou une adjointe facilement joignable qui fait preuve de compréhension à leur égard. Ils et elles apprécient lorsque l'accueil en début de résidence se fait sur plusieurs jours afin de s'accoutumer à leurs nouvelles tâches. La propreté et l'équipement du milieu jouent également sur leur moral et la plupart préfèrent avoir accès aux dossiers médicaux électroniques de la maison. L'hôpital à proximité de la clinique est vu comme un avantage, de même que le fait de pouvoir suivre leur propre cohorte de patients et patientes.

Le quatrième thème relevé est le bien-être. L'ambiance à l'UMF joue un rôle important dans l'appréciation de leur résidence et les activités sociales sont un moyen d'y parvenir. Lorsque leur autonomie est favorisée, les médecins résident·e·s se sentent plus en confiance. Ils et elles apprécient le jumelage entre junior et sénior au début de la résidence.

Le cinquième et dernier thème concerne les compétences des patrons et patronnes de l'UMF, un point intrinsèquement lié au bien-être. Les médecins résident·e·s s'attendent à ce que leurs évaluations soient justes et exemptes de clivage, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Ils et elles ne peuvent se sentir à l'aise dans un milieu où une petite erreur isolée peut engendrer des conséquences graves, alors que la résidence est censée être une période d'apprentissage. L'ouverture, la disponibilité et la capacité d'empathie sont des qualités que les médecins résident·e·s souhaitent retrouver chez le corps professoral. Enfin, lorsque les patrons et patronnes de l'UMF ont une expérience de pratiques variées et lorsqu'une multitude d'autres professionnel·le·s de la santé sont sur place, les médecins résident·e·s croient acquérir davantage de connaissances et de confiance.

5. Discussion

5.1 Niveau de préparation pour la pratique et pour les domaines de soins

Comme il a été énoncé plus haut dans ce rapport, les domaines d'activité pour lesquels les médecins résident·e·s sont moins en confiance sont de loin l'urgence et les soins critiques. Ce qui est étonnant, c'est que malgré ces résultats, lorsqu'il leur est demandé des recommandations pour améliorer la préparation à la pratique, seulement une minorité propose qu'il y ait plus de stages obligatoires dans ces deux domaines.

L'autre domaine majeur à améliorer est l'aspect administratif et la gestion de la pratique, relevé par 39,7 % des médecins résident·e·s et 22 % des directions d'UMF. Des formations supplémentaires sur les aspects non médicaux du début de pratique incluant la gestion, les demandes de permis, l'assurance responsabilité et la facturation seraient très pertinentes.

Ces résultats sont intéressants, car ils recourent certaines recherches qui se font ailleurs qu'au Québec. En effet, l'étude irlandaise [5] de Dowling, Rouse, Thompson, Sibbett et Farrell mentionnait que les médecins résident·e·s avaient apprécié une plus longue résidence si celle-ci offrait une meilleure exposition aux tâches administratives, entre autres. De la même manière, l'étude de l'Université de la Colombie-Britannique [15] publiée par Jewell, Newton et Dharamsi mentionnait que la compétence CanMEDs la moins bien maîtrisée est la gestion. Les compétences d'érudition et d'expert médical, quant à elles, étaient passablement maîtrisées. Ils mentionnent à juste titre que les médecins résident·e·s demandaient plus d'expositions dans des domaines spécifiques comme la dermatologie, la rhumatologie, la médecine du sport, la gynécologie et l'ophtalmologie. Ils proposent de soutenir davantage les médecins en début de pratique.

5.2 Troisième année et prolongation de résidence

L'ajout d'une troisième année obligatoire est une idée qui est loin de faire l'unanimité, avec 51 % des médecins résident·e·s et 62,5 % des directions d'UMF en défaveur, par rapport à 49 % des médecins résident·e·s et 37,5 % des directions d'UMF en faveur. L'opposition des médecins qui prolongent déjà leur résidence ne peut pas être ignorée. Il serait non avisé de prendre position en faveur d'un prolongement obligatoire quand même les médecins résident·e·s qui la prolongent déjà s'y opposent.

Il est intéressant de noter que les arguments relevés en faveur d'une troisième année de résidence sont similaires entre les médecins résident·e·s, les directions d'UMF et ce qui était déjà évoqué par le corps médical canadien depuis dix ans. Il s'agit entre autres d'augmenter l'exposition clinique, de perfectionner des tâches spécifiques à la pratique et d'augmenter la confiance pour devenir un médecin indépendant. Néanmoins, une plus grande proportion des personnes sondées se positionnaient contre une troisième année obligatoire. Les arguments évoqués par ces personnes sont regroupés en deux thèmes : la pression liée au statut d'apprenant·e et l'ajout de stages non bénéfiques à leur pratique. Comme relevé lors du sondage sur le bien-être des médecins résident·e·s effectué en 2017 par la FMRQ [17], plus de la moitié des médecins résident·e·s souffrent de symptômes d'épuisement professionnel. Il faut nécessairement améliorer cet aspect avant de penser

ajouter une année; les réponses des médecins résident·e·s concernant une troisième année pourraient s'en trouver modifiées. Les médecins résident·e·s s'opposant à une troisième année obligatoire mentionnent que les stages ajoutés seraient non bénéfiques à leur pratique, une inquiétude partagée par les directions d'UMF. Après tout, les médecins résident·e·s réussissent bien aux examens du CMFC, et le CMFC lui-même mentionnait qu'une formation minimale de 24 mois était adéquate dans leur rapport de 2012 [13].

Les directions d'UMF, tout comme le directeur de la Formation professionnelle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) en 2009 [11], notent les défis administratifs énormes que représente l'introduction d'une troisième année. Des craintes quant au nombre de milieux et de superviseur·e·s sont évoquées par les facultés, tandis que des craintes de pénuries d'effectifs en pratique sont elles aussi évoquées par la FMOQ, une vision probablement partagée par le MSSS. Enfin, les directions d'UMF et le CMFC [13] concèdent que les médecins résident·e·s apprennent à des rythmes différents et que certaines personnes nécessiteront plus de 24 mois de formation pour atteindre les compétences requises pour la pratique; il est important qu'elles y aient accès.

Une solution alternative à une troisième année, et sans doute plus réaliste pour le système de santé, serait l'ajout de stages optionnels non obligatoires après les 24 mois de formation. Près des trois-quarts des médecins résident·e·s ayant répondu au sondage de la FMRQ auraient aimé avoir des mois supplémentaires de stages optionnels à la fin de leur résidence, et pour la plupart, cela aurait été moins de 3 mois. On voit que cette option enthousiasme également les directions d'UMF dont les trois-quarts seraient prêts à superviser pour ce genre de formation complémentaire.

Or, il ne faut pas oublier les programmes déjà existants qui permettent de prolonger les apprentissages, que ce soit par l'inscription à un programme de compétences avancées de catégorie 1 ou 2 organisé par un milieu universitaire, ou par l'ajout d'une formation complémentaire avec l'appui de l'établissement recruteur. Les programmes de compétences avancées (R3 et R2B) sont bien connus et populaires, mais le nombre de places est limité. Le programme de formations complémentaires sur mesure du MSSS est beaucoup moins populaire, entre autres, car il existe depuis peu et qu'il ne jouit pas d'une grande publicité.

Vu l'intérêt manifeste des médecins résident·e·s envers les formations complémentaires, il serait pertinent de les rendre plus accessibles et d'en faire davantage la promotion. Nous sommes d'avis que les programmes de compétences avancées de catégorie 1 ou 2 remplissent un rôle différent que celui des formations complémentaires offertes avec le MSSS, en particulier le programme en médecine d'urgence (MU3) qui bien souvent destine ces médecins à une pratique centrée sur l'urgence. Elles cherchent à combler des besoins spécifiques de la deuxième ligne. Cela étant dit, les recherches de Green et coll. [10] montrent qu'à part la médecine d'urgence, les médecins résident·e·s qui font plus de formations ont au contraire une pratique de première ligne plus diversifiée. Ces programmes de compétences avancées ne devraient donc pas limiter l'accès à des stages à options en fin de résidence, car ceux-ci permettent de peaufiner des compétences en lien avec la pratique.

5.3 Flexibilité de la résidence

Une idée qui ne cesse de revenir chez les médecins résident·e·s en médecine de famille est la flexibilité du cursus. Il s'agit d'un sujet constamment rapporté lors de la tournée des UMF. Le sondage réalisé auprès

des médecins résident·e·s qui finissent démontre la même chose. En effet, quatre médecins résident·e·s sur cinq auraient aimé plus de stages à option durant leur résidence. Encore plus intéressant, 31,6 % des médecins résident·e·s disent que ce serait la recommandation la plus importante pour être plus en confiance en début de pratique. Cette opinion est d'ailleurs partagée par les médecins résident·e·s aux États-Unis [7] [8].

Nous avons déjà abordé la possibilité d'ajouter des mois de stages à options à la fin de la résidence, ce qui constitue une excellente manière de personnaliser la résidence. Les stages à options déjà existants durant la résidence en sont une autre. Bien qu'il ait été mentionné plus haut dans ce rapport que des médecins résident·e·s auraient préféré choisir leurs stages optionnels après l'obtention d'un PREM, il est à noter que ce n'est pas la volonté de tout le monde. On peut émettre l'hypothèse qu'en début de résidence les médecins ne savent pas nécessairement encore vers quelle pratique ils et elles se tourneront. Les stages à options leur permettent donc d'explorer différentes possibilités ou encore les aident à obtenir l'avis de conformité dans la région voulue. Il est intéressant de voir comment le programme de l'Université McGill offre la possibilité de faire des choix de stages optionnels dans un certain domaine de soins bien précis comme les soins critiques, dans un cadre établi lors de certains stages obligatoires.

Une autre manière de personnaliser la résidence appréciée des médecins résident·e·s est la transformation de journées, de semaines ou même de gardes en fin de formation afin de répondre à des besoins spécifiques en vue de leur pratique. Nous sommes d'avis que cette façon de faire devrait être possible dans tous les programmes de médecine familiale au Québec.

5.4 Bien-être au quotidien

Évidemment, le bien-être des médecins résident·e·s est une priorité à la FMRQ. Nous avons d'ailleurs créé il y a quelques années un comité entièrement consacré à ce sujet d'importance, le Comité du bien-être des résidents (CBER). Le sondage effectué en 2017 [17] par ce comité a mis en lumière les problèmes d'épuisement professionnel dont souffrent les médecins résident·e·s. Les rencontres avec les différentes instances, mais surtout les discussions lors de la tournée des UMF, nous amènent vers des pistes de solutions afin de s'attaquer aux problèmes d'épuisement professionnel en médecine familiale.

Les médecins résident·e·s ont besoin d'avoir du temps dédié aux tâches administratives à l'UMF, sinon cela peut devenir lourd et contribuer à l'épuisement professionnel. Ils et elles mentionnent également que le respect de l'entente collective est essentiel, car elle établit des balises claires pour que le nombre de gardes et de journées travaillées soit sécuritaire. Les médecins résident·e·s relèvent que le bien-être à l'UMF passe par l'ambiance et que les activités sociales organisées entre pairs y contribuent grandement. Des évaluations justes, de l'ouverture et la disponibilité du corps professoral de l'UMF jouent également un rôle primordial dans le bien-être.

Une étude en psychologie de l'éducation [20] de Radel R, Sarrazin, Legrain et Wild démontre que des étudiantes et étudiants qui sentent que le corps professoral travaille dans le plaisir et l'agrément gagneront non seulement de la motivation et de la joie de vivre, mais transmettront aussi cette motivation et cette joie lorsque le temps sera venu d'enseigner à leur tour. Cependant, forcer une démonstration d'émotions positives n'aurait pas les mêmes bénéfices selon une étude de Wang, Hall, et Taxer [21]. Il est d'usage courant de transformer ses émotions pour satisfaire aux attentes du milieu.

Cette pratique est associée à un plus grand épuisement professionnel du corps professoral. Par opposition, une expression authentique des émotions ressenties, qu'elles soient positives ou négatives, est associée à un niveau de bien-être supérieur. Nous devrions donc accorder de l'importance au bien-être des médecins qui supervisent, ce qui favorisera nécessairement celui des médecins résident·e·s.

Conclusion et recommandations

Nous remarquons que plusieurs sujets divisent autant les médecins résident·e·s que les programmes de médecine familiale du Québec. La troisième année de résidence obligatoire suscite le plus de débats. Les médecins résident·e·s sont d'avis qu'à la fin de la formation postdoctorale, ils et elles se sentiront en confiance pour commencer la pratique de médecine de famille au Québec. Un avis qui est partagé par les programmes. Certaines activités comme l'urgence et les soins critiques pourraient être améliorées dans les programmes. Il en est de même pour la formation sur le rôle de gestionnaire. Il fait également état du fait que les médecins résident·e·s sentent le besoin de mieux personnaliser leur résidence pour les préparer à la pratique, grâce à des stages à options à la fin de leur résidence et une plus grande flexibilité du cursus. Enfin, il s'avère essentiel de continuer à valoriser du bien-être des médecins résident·e·s du Québec afin de diminuer les symptômes d'épuisement professionnel qui nuisent à l'apprentissage.

Voici donc dix recommandations :

- 1. Que l'ajout d'au moins trois mois de stages optionnels non obligatoires après les 24 mois de formation soit plus accessible et que la procédure soit moins complexe pour tous les médecins résident·e·s.**
- 2. Que la variété et la disponibilité de ces stages ne soient pas limitées en raison des programmes de compétences avancés existants, car ils jouent un rôle différent.**
- 3. Que la FMRQ et les programmes de médecine familiale fassent la publicité des programmes de formations complémentaires, incluant les programmes de compétences avancées, et plus particulièrement le programme de formation complémentaire sur mesure du MSSS.**
- 4. Que nous ne recommandons pas actuellement l'implantation d'une troisième année obligatoire, car nous n'avons pas d'arguments suffisants vu les défis logistiques qu'elle impliquerait et les opinions partagées des médecins résident·e·s et des facultés.**
- 5. Que la troisième année obligatoire fasse l'objet de consultations périodiques selon l'évolution de la complexité de la médecine et du rôle des médecins de famille ainsi que selon les besoins de la population.**
- 6. Que les programmes de médecine de famille promeuvent la flexibilité de la résidence grâce à des stages optionnels plus nombreux et des journées personnalisables en fin de résidence.**
- 7. Que le bien-être des médecins résident·e·s soit favorisé grâce au respect de l'entente collective, aux activités sociales et à un horaire équilibré qui inclut du temps consacré entièrement aux tâches administratives.**
- 8. Que la profession de médecin enseignant·e soit valorisée pour favoriser une ambiance agréable qui permet une supervision juste et utile.**

9. **Que des formations de gestion soient mieux intégrées dans les programmes, portant entre autres sur les aspects non médicaux du début de pratique et sur la facturation.**
10. **Que les programmes augmentent l'exposition dans les domaines de soins moins maîtrisés, soit l'urgence et les soins critiques, suivi de la pédiatrie, la périnatalité, la santé des populations vulnérables et le système locomoteur.**

Annexe 1 : Recension des écrits au Canada et à l'étranger

Auteurs principaux : Dr Mathieu Hanna et Dre Mia-Fay Nadeau

Afin de répondre aux questions soulevées par le CAP-MF, nous avons effectué une recherche *Pubmed* le 30 janvier 2020 avec des termes MeSH suivants : *clinical competence, family practice/education* et *time factors*. Il en est ressorti 9 articles dont nous parlerons dans les prochaines sections. De plus, nous avons consulté les travaux traitants du Coursus Triple C, de la durée de la résidence et du rôle du médecin de famille disponibles sur le site internet du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Perspectives internationales

La recherche *Pubmed* que nous avons effectuée nous donne des résultats intéressants par rapport à ce qui se fait ailleurs dans le monde. Il faut savoir que dans presque tous les autres pays occidentaux, la résidence en médecine de famille est d'une durée de 3 ans minimum. Notons par exemple l'Angleterre et la France offrant une résidence d'une durée de 3 ans, ou l'Australie et la Nouvelle-Zélande avec un programme de 4 ans [2].

Depuis les années 1990, les programmes de résidence en médecine de famille aux États-Unis sont de trois ou quatre ans. L'Université du Tennessee [4] a proposé à certains étudiants de condenser la quatrième année de leur doctorat en médecine avec la première année de résidence en médecine de famille, ce qui donne un total de six années de formation pour un médecin de famille plutôt que les sept années habituellement requises. Ils ont trouvé que les résidents du programme accéléré performaient aussi bien aux examens que les résidents réguliers, mais la plupart du temps, il s'agissait de résidents très impliqués (résidents coordonnateurs, futurs auteurs de revues et médecins des forces armées). Cette étude est intéressante, car elle compare une formation ressemblant à celle donnée au Canada comprenant 4 années de doctorat de médecine et deux années de résidence en médecine familiale. On pourrait donc inférer qu'une formation de résidence en médecine de famille d'une durée de 2 années (un total de 6 ans de formation), au début du XXI^e siècle, est tout à fait adéquate pour certains résidents.

Nous retrouvons également une étude irlandaise [5] datant de 2009 qui a comparé le passage de la résidence en médecine de famille de trois à quatre ans en Irlande, où cela prend déjà cinq à six ans d'études médicales avant la résidence en médecine familiale. L'étude, qui portait sur 49 résidents, concluait que la quatrième année de résidence était généralement appréciée par les résidents vu

qu'elle apportait une variété d'expositions à des cliniques spécialisées. L'année supplémentaire était ressentie comme moins stressante, les résidents se sentaient plus confiants à débiter leur pratique à la fin de la quatrième année et ils rapportaient avoir eu plus d'expositions du côté administratif de leur travail. Malgré que l'étude inclût un nombre de résidents assez petit, nous pouvons nous demander si l'ajout d'une troisième année de résidence au Québec pourrait avoir les mêmes effets bénéfiques.

Enfin, un travail de plus grande envergure est mené actuellement aux États-Unis par un comité de révision du *American Board of Family Medicine*. Effectivement, la durée obligatoire de trois ans établie il y a plus de 40 ans aux États-Unis est basée sur des avis d'expert et personne ne l'avait encore vraiment évaluée [6]. Ils ont donc mis sur pied *The Length of Training Pilot* [7]. Il s'agit d'une étude cas-témoin prospective comparant une résidence de trois ans à une de quatre ans dans des programmes déjà existants de 2013 à 2022, pour laquelle 475 résidents ont été recrutés à ce jour. Des résultats préliminaires nous indiquent que la durée de la résidence n'est pas un facteur influençant le choix des résidents dans environ la moitié des cas. Sinon, les résidents choisissent leur résidence pour la localisation, l'équilibre de vie et le curriculum offert. Une trouvaille surprenante de l'étude est que les programmes de quatre ans ont une proportion significativement moindre de femmes. Les auteurs ne peuvent pas en expliquer la cause et d'autres études sont nécessaires afin d'y répondre. Les auteurs remarquent que les résidents veulent plus de flexibilité dans leur cursus et c'est la raison pour laquelle la moitié des gens qui font un programme de quatre ans l'ont choisi. Le niveau de préparation à une pratique indépendante sera l'objet d'un futur rapport dans les prochaines années.

Une autre étude aux États-Unis en 2017 s'est intéressée à savoir si les résidents qui font une formation complémentaire pensent qu'une formation de quatre ans est à privilégier plutôt qu'une formation de trois ans [8]. Ils ont trouvé que près de 20 % des résidents veulent faire une formation complémentaire et environ les trois-quarts de ceux-ci la font vraiment. Le désir d'avoir une quatrième année était significativement associé avec le fait de vouloir faire une formation complémentaire, c'est-à-dire que 30 % étaient en faveur d'une quatrième année dans le groupe voulant faire une formation complémentaire, plutôt que 15 % dans le groupe ne désirant pas faire de formation complémentaire. Les auteurs ne concluent pas que cela signifie que les résidents ne se sentent pas prêts à la fin de la résidence, mais plutôt que certains résidents désirent acquérir des connaissances ou des habiletés spécifiques.

En comparant ce qui se fait ailleurs, on constate que, un peu partout, on se questionne sur la durée nécessaire à la formation d'un médecin de famille. Les résidents des États-Unis semblent vouloir plus de personnalisation de leur résidence. Par ailleurs, divers facteurs influencent leur choix de milieu de résidence, incluant la durée de celle-ci. S'il devait il y avoir l'implantation généralisée d'une résidence de trois ans au Canada, il faudra s'assurer que cela ne diminue pas l'accès à la résidence de médecine familiale aux femmes. Les données du *Length of Training Pilot* seront intéressantes à suivre au courant des prochaines années.

Perspectives canadiennes

Déjà en 2009, le corps médical canadien se posait la question de la pertinence d'instaurer une troisième année de résidence dans un contexte où la plupart des pays industrialisés ont une formation postdoctorale d'au moins trois ans [2]. Les arguments favorables généralement évoqués sont les

pathologies de plus en plus nombreuses et complexes, les options thérapeutiques se multipliant, l'acquisition de nouvelles compétences transversales et l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Le nombre important de gardes qui coupe une partie de l'exposition aux stages de bases et le nombre de congés que peuvent prendre les résidents sont d'autres arguments qui sont en faveur de l'instauration d'une année supplémentaire [9]. Ils remarquent également que l'intérêt pour des formations complémentaires est en hausse vu qu'environ le quart des résidents en font à travers le Canada [2]. Selon les recherches de Green et coll. [10] auprès des résidents ontariens de 1996 à 2004, ceux ayant complété une troisième année étaient moins enclins à faire une pratique exclusive de cabinet. Ils avaient une pratique plus diversifiée, à moins que leur formation complémentaire soit en médecine d'urgence. Dans ce cas, ils pratiquaient plus exclusivement à l'urgence.

D'un autre côté, les personnes qui s'opposent à une troisième année notent que les résidents réussissent bien les examens de certification canadienne et l'offre de formations complémentaires est déjà disponible [11]. Ils évoquent également le problème inhérent à une prolongation de résidence, soit une pénurie d'effectifs à court terme en première ligne. On note que dans les pays ayant allongé le temps de résidence, les médecins de famille se retrouvent souvent en deuxième ligne, délestant la première ligne en faisant l'enfant pauvre des spécialités médicales [11]. Il y a également la peur de créer une spécialité trop vaste, un médecin omniscient à qui on demanderait de moins référer aux spécialistes, ce qui pourrait décourager les étudiants à appliquer en médecine de famille. À l'ère du numérique, il serait plus facile que jamais de poser nos questions aux spécialistes pour calmer l'incertitude du début de pratique. D'autres soulignent qu'il y a nécessairement un apprentissage lors de la première année de pratique qu'il est impossible d'acquérir avec une troisième année [12]. Ils mentionnent également que ce n'est pas parce qu'ailleurs ils ont plus d'années de formations que c'est ce que le Canada doit faire.

En 2012, avec l'introduction du cursus triple C, le CMFC a réévalué la durée de la formation de base de la médecine familiale [13]. Le groupe d'experts a conclu que *les résidents doivent pouvoir compter sur une formation minimale de 24 mois pour développer leur identité professionnelle en tant que médecins de famille*. Ils mentionnaient également que certains résidents auraient besoin d'une période de formation plus longue et que cela est important qu'elle leur soit accessible. En 2018, le CMFC a défini le rôle du médecin de famille dans la société canadienne [14]. *Collectivement, les médecins de famille offrent un système de soins de première ligne qui assure la prestation de soins de grande qualité, accessibles, complets, globaux et continus* [14]. Ils agissent dans différents contextes de soins tels que le cabinet, l'urgence, l'hôpital, les soins à domicile et de longues durées, etc. Ils sont polyvalents pour répondre aux besoins de la population et offrent des soins centrés sur le patient.

Plus récemment, en 2015, des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique [15] ont questionné vingt-trois résidents de médecine familiale en ligne afin de savoir à quel point ils se sentaient prêts pour la pratique selon chacune des sept compétences CanMEDs. Les résultats sont intéressants, car les résidents étaient très confiants dans leur capacité de communication et de gestion des problèmes psychosociaux, mais ils étaient moyennement confiants dans un large éventail de domaines médicaux et de gestion dans lesquels ils auraient aimé avoir plus d'expositions. Les chercheurs mentionnent bien que l'échantillonnage de petite taille n'est pas généralisable, mais que de la recherche supplémentaire est nécessaire.

Enfin, depuis 2018, la CMFC travaille sur un projet décrit comme étant « l'un des plus importants du CMFC au cours des dernières années, soit le projet sur « les finalités d'apprentissage »^[16]. Ce projet, prévu pour fin 2020, vise à répondre à deux questions essentielles : « [...] répondons-nous aux besoins actuels de nos communautés ? Et, formons-nous des médecins qui seront en mesure de répondre aux besoins de nos communautés dans 10 ans, en 2030 ? » Du même coup, le CMFC veut réévaluer la résidence en médecine familiale telle qu'elle est construite actuellement, suite à la consultation de partenaires informés, de la communauté universitaire, des patients, des autorités sanitaires régionales, des organismes de réglementation et d'organisations professionnelles homologues d'autres pays. Il est évident que le corps médical canadien s'intéresse à la durée de la résidence de médecine familiale dans cette étude de grande envergure. Il sera intéressant de suivre les résultats de l'enquête du CMFC sur *les finalités d'apprentissage*.

Bibliographie

1. Collège des médecins de famille du Canada. [Un bref historique du Collège](#). Mississauga, ON : 2020 [cité le 2020/04/25].
2. Buchman S. It's about time: 3-year FM residency training. *Can Fam Physician*. 2012;58(9):1045.
3. Jacques A, Ménard J. Mémoire du CMFC, Section du Québec à la Commission Rochon. *Can Fam Physician*. 1987;33:1543-5.
4. Delzell JE, Jr., McCall J, Midtling JE, Rodney WM. The University of Tennessee's accelerated family medicine residency program 1992-2002: an 11-year report. *Fam Med*. 2005;37(3):178-83.
5. Dowling S, Rouse M, Thompson W, Sibbett C, Farrell J. Extension of general practice training from three to four years: experiences of a vocational training programme in Southern Ireland. *Educ Prim Care*. 2009;20(3):167-72.
6. Carek PJ. The length of training pilot: does anyone really know what time it takes? *Fam Med*. 2013;45(3):171-2.
7. Eiff MP, Ericson A, Uchison EW, Valenzuela S, Marino M, Mitchell K, et al. A Comparison of Residency Applications and Match Performance in 3-Year vs 4-Year Family Medicine Training Programs. *Fam Med*. 2019;51(8):641-8.
8. Sairenji T, Dai M, Eden AR, Peterson LE, Mainous AG, 3rd. Fellowship or Further Training for Family Medicine Residents? *Fam Med*. 2017;49(8):618-21.
9. Lehmann F. Should family medicine residency be 3 years? YES. *Can Fam Physician*. 2009;55(4):342-6.
10. Green M, Birtwhistle R, Macdonald K, Kane J, Schmelzle J. Practice patterns of graduates of 2- and 3-year family medicine programs: in Ontario, 1996 to 2004. *Can Fam Physician*. 2009;55(9):906-7 e1-12.
11. Raiche P. Should family medicine residency be 3 years? NO. *Can Fam Physician*. 2009;55(4):343-4, 7-8.
12. Loh LC. It's more than "just" a year. *Can Fam Physician*. 2012;58(12):1332-4.
13. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2012 [cité le 30/01/2020]; [5]. Disponible : https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/Length%20of

[%20Training%20FRE%20Final.pdf](#)

14. Collège des médecins de famille du Canada. Profil professionnel en médecine de famille. Mississauga, ON : 2018 [cité le 30/01/2020]. Disponible : [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/About Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/About%20Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf)
15. Jewell K, Newton C, Dharamsi S. Length of Family Medicine Training and Readiness for Independent Practice: Residents' Perspectives at One Canadian University. UBCMJ. 2015;6(2):15-9.
16. Sawchuck P. Les finalités d'apprentissage. Can Fam Physician. 2019;65(4):302.
17. Fédérations des médecins résidents du Québec. L'épuisement professionnel : Un syndrome qui touche la majorité des médecins résidents du Québec. Le Bulletin. Printemps 2018 :9-13. Disponible : http://fmrq.qc.ca/files/documents/fg/31/gestionconseil-bulletin-116359.pdf?fbclid=IwAR017BZzv3tdH6tVd_WmMSQDuvkNiDt_5avzm2y9F8-xPd1Iq_qsW8gHVto
18. Collège des médecins de famille du Canada. Livre rouge du CMFC, Normes d'agrément des programmes de résidence en médecine de famille Mississauga, ON : 2018. Version 1.2 [cité le 11/05/2020]. Disponible : [https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/ Shared Elements/Documents/20180701 RB V1.2 FR.pdf](https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Shared%20Elements/Documents/20180701_RB_V1.2_FR.pdf)
19. Santé et services sociaux du Québec. Règles portant sur la formation complémentaire effectuée au Québec, Autorisation de poursuites de formation au Québec 2020-2021, Annexe 2 Québec : 2018. Version août 2018, en vigueur à partir du 1er juillet 2020 [cité le 11/05/2020]. Disponible : <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/2a/a6/annexe10.pdf>
20. Radel R, Sarrazin P, Legrain P, Wild TC. Social contagion of motivation between teacher and student: Analyzing underlying processes. Journal of Educational Psychology. 2010;102(3):577-87.
21. Wang H, Hall NC, Taxer JL. Antecedents and Consequences of Teachers' Emotional Labor: a Systematic Review and Meta-analytic Investigation. Educational Psychology Review. 2019;2019(3):663-98.