

La prise en charge d'une clientèle

Attirer les nouveaux médecins de famille

Andréanne Roy MSc MD Mylaine Breton PhD Julie Loslier MD MSc FRCPC

Résumé

Objectif Analyser les facteurs qui incitent les médecins de famille nouvellement autorisés à faire de la prise en charge d'une clientèle en première ligne.

Type d'étude Devis mixte séquentiel: questionnaire en ligne autoadministré auprès de médecins de famille, suivi d'entrevues individuelles.

Contexte La Montérégie, qui est la deuxième région la plus peuplée du Québec, et qui présente des zones rurales et urbaines.

Participants Tous les médecins de famille détenant un poste en Montérégie et ayant moins de 10 années d'expérience ont été sollicités, soit 366 médecins. Parmi eux, 118 ont complété le questionnaire en ligne (taux de réponse de 32,2%). Parmi les répondants, 10 médecins ayant des profils de prise en charge variés ont été sélectionnés pour les entrevues individuelles.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Cette étude visait à analyser les facteurs pouvant influencer les jeunes médecins de famille à opter pour la prise en charge d'une clientèle. Près du tiers des répondants consacraient moins du quart de leur pratique à faire de la prise en charge. Les entrevues ont permis de mieux comprendre l'importance réelle de ces facteurs ainsi que le moment où ils jouaient un rôle important, soit au moment du choix initial de faire de la prise en charge, en début de pratique ou une fois en pratique.
- Certains facteurs tels que l'importance de la relation médecin-patient, le désir d'engagement à long terme et la perception de lourdeur de la responsabilité à l'égard des patients semblent jouer un rôle sur le choix de faire de la prise en charge. Les activités médicales particulières semblent avoir un impact modeste sur la prise en charge.
- L'étude montre qu'un meilleur soutien à la première ligne contribuerait à inciter les jeunes médecins de famille à faire de la prise en charge. La création de corridors d'accès, particulièrement en santé mentale, les incitatifs à la collaboration en équipe multidisciplinaire (incluant l'infirmière) et l'informatisation des dossiers sont tous susceptibles de rendre cette pratique attrayante.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2016;62:e249-55

Principaux paramètres à l'étude Le pourcentage de temps de travail consacré à la prise en charge, analysé en parallèle avec différents facteurs facilitants et barrières à la prise en charge aux niveaux contextuel, organisationnel, du médecin de famille et de la clientèle.

Résultats Les principaux facteurs facilitant la prise en charge sont la relation médecin-patient, l'intérêt pour les activités cliniques liées à la prise en charge, les modèles de rôles positifs, la collaboration avec une infirmière et l'accès adéquat aux ressources, notamment en santé mentale. Les principales barrières sont l'ampleur des tâches administratives, l'intérêt pour une pratique polyvalente, l'expérience négative de la prise en charge lors de la formation, un sentiment d'inaptitude à l'égard de la prise en charge, la lourdeur de la clientèle et le manque de soutien en début de pratique.

Conclusion Certaines pistes de solution pour inciter les nouveaux médecins de famille à prendre en charge une clientèle sont proposées. Des points d'amélioration au niveau de la formation médicale, du soutien administratif et des ressources humaines sont notamment soulevés.

Une première ligne forte entraîne une meilleure santé des populations et une diminution des inégalités en matière de santé¹. Elle s'appuie sur une équipe de professionnels dans laquelle le médecin de famille joue un rôle prépondérant². Un des objectifs d'une première ligne performante consiste à fournir à chaque citoyen un médecin de famille, et ce, en raison des bénéfices de santé associés à l'habitude de consulter le même médecin ou la même clinique^{3,4}. Or, lors de la dernière enquête du Commonwealth Fund, 22% de la population canadienne déclarait ne pas avoir de médecin de famille; au Québec, ce pourcentage s'élevait à 28% de la population de 18 ans et plus⁵.

De nombreux facteurs expliquent cette problématique. Au Québec, le ratio des médecins de famille par habitant est plus élevé que la moyenne canadienne (116 par 100 000, comparativement à 111 par 100 000⁶). Or, la proportion des médecins de famille offrant des services en deuxième ligne s'est accrue, passant de 33% en 2004-2005 à 37% en 2010-2011⁷. On note également une différence dans la pratique des médecins de famille en fonction du nombre d'années d'expérience. En 2010-2011, les médecins de 10 années et moins d'expérience de travail qui offraient des soins de deuxième ligne étaient proportionnellement plus nombreux à le faire que les médecins de 20 années et plus d'expérience (63% comparativement à 24%). Les médecins plus expérimentés assurent donc la majorité de la prise en charge de la clientèle, occupant à eux seuls 69% des activités en première ligne⁸. Le Québec est aussi la seule province canadienne où les médecins de famille sont soumis à des activités médicales particulières (AMP). Cette politique provinciale oblige les médecins de famille ayant 10 années et moins d'expérience à effectuer, pendant un minimum de 12 heures par semaine, une activité jugée prioritaire par la région. Le type d'activités priorisé vise principalement à répondre à la demande en établissement⁹.

Le genre, la rémunération, le contexte géographique dans lequel le médecin évolue et le système de valeurs du médecin sont autant de facteurs qui peuvent expliquer pourquoi les nouveaux médecins de famille font de moins en moins de prise en charge en première ligne¹⁰⁻¹³. Certains facteurs, dont le rôle des infirmières en première ligne et les modèles de rôles, gagneraient à être mieux connus. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs influençant les médecins de famille récemment en pratique à faire de la prise en charge d'une clientèle en première ligne au Québec.

Afin de structurer les facteurs susceptibles d'influencer la prise en charge, un cadre conceptuel adapté des travaux de Chaudoir et coll.¹⁴ et à ceux de Borgès Da Silva¹⁰, et comportant quatre catégories de facteurs interreliés a été proposé (Figure 1).

MÉTHODES

Un devis mixte séquentiel a été utilisé, comportant une enquête sous forme de questionnaire en ligne auto-administré et des entrevues individuelles et semi-dirigées. La région administrative de la Montérégie a été sélectionnée puisqu'elle est la deuxième région la plus peuplée du Québec et offre une diversité de territoires urbains, semi-urbains et ruraux. Les participants ont été identifiés à partir d'une liste fournie par le Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie, qui répertorie tous les médecins de famille ayant un poste dans la région. Le questionnaire a été envoyé à tous ceux ayant 10 années et moins d'expérience (n=370). Les envois ont été effectués en novembre 2013 par courriel lorsque disponible (n=239), sinon par télécopieur (n=58) ou par courrier postal (n=73). Le questionnaire comportait 34 items à choix de réponses (10 minutes) et visait à caractériser la pratique du médecin ainsi qu'à documenter sa perception quant à l'influence des facteurs sur la prise en charge. La prise en charge a été définie comme le fait de suivre et de soigner à long terme en première ligne une clientèle circonscrite pour laquelle le médecin considère être le principal médecin responsable. Des analyses descriptives ont été effectuées afin d'identifier les principaux facteurs influençant la prise en charge.

L'objectif du second volet était de mieux comprendre l'influence des facteurs identifiés par l'enquête sur la prise en charge. Le guide d'entrevue portait sur le parcours professionnel et la pratique actuelle, les facteurs facilitants et les obstacles à la prise en charge ainsi que les pistes de solutions préconisées pour inciter les nouveaux médecins de famille en prise en charge. Ainsi, les entrevues ne visaient pas les médecins de famille ne faisant aucune prise en charge puisqu'une certaine expérience était souhaitée. Une diversité des participants a été recherchée (genre, années d'expérience, temps consacré à la prise en charge et milieux de prise en charge). Les entrevues ont été menées auprès de 10 médecins faisant de la prise en charge et ayant accepté, dans le questionnaire, d'être contactés. Les entrevues ont été réalisées en face à face et ont duré en moyenne 60 minutes. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Les verbatim ont été codés et analysés par thèmes (NVivo 10). L'étude a été approuvée par le comité éthique du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

RÉSULTATS

Profil des répondants

Des 370 médecins sollicités, 4 n'étaient pas admissibles (hors province, retard de début de pratique, plus de 10 années d'expérience) et 118 ont complété le

questionnaire, pour un taux de réponse de 32,2%. Les répondants ont été comparés à l'ensemble des médecins sollicités à partir des renseignements disponibles sur la liste du DRMG. Fait significatif, plus de femmes et de médecins de moins de 5 années d'expérience ont complété le questionnaire ($P < ,05$; **Tableau 1**).

En moyenne, les répondants consacraient 40,4% de leur temps de travail à faire de la prise en charge, avec une grande variabilité (écart-type de 31,8%). Le quart des répondants (25,4%) ne faisait aucune prise en charge, 7,6% des répondants y consacraient moins du quart de leur temps et 44,9% y consacraient plus de la moitié de leur temps.

Facteurs facilitants et obstacles à la prise en charge

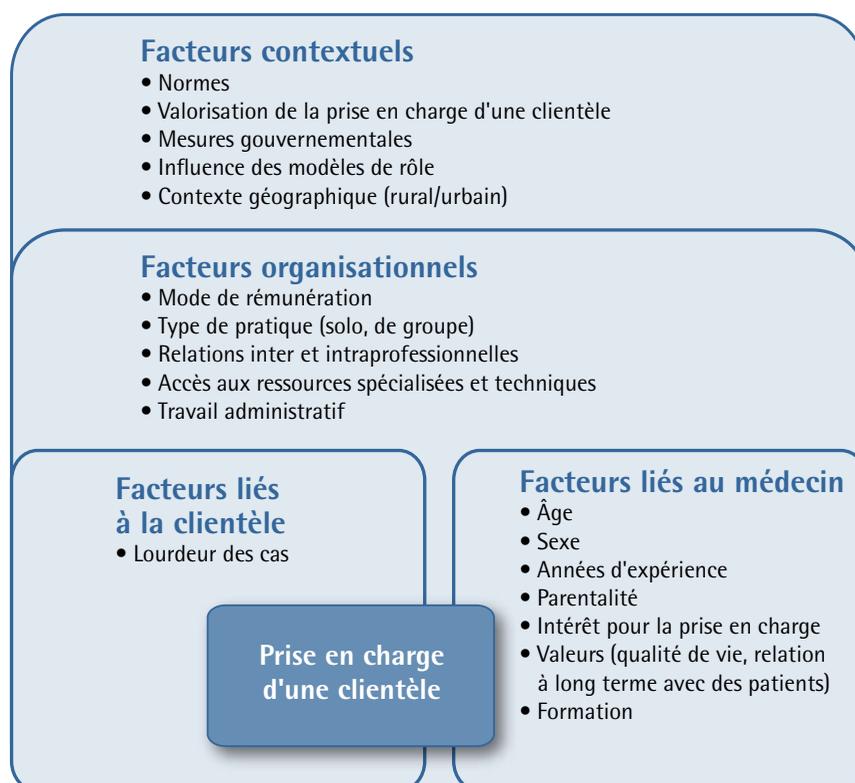
Enquête. Sur les 34 items du questionnaire, 19 portaient spécifiquement sur l'influence des facteurs sur la prise en charge; les autres items référaient aux caractéristiques du médecin et de sa pratique actuelle. Pour chacun des 19 items, les répondants de l'enquête devaient indiquer leur perception de l'influence des facteurs sur le temps consacré à la prise en charge selon le choix de réponse suivant: encourage beaucoup à faire de la prise en charge, encourage un peu, aucun effet sur la prise en

charge, décourage un peu, décourage beaucoup ou ne s'applique pas. Les facteurs influençant la prise en charge sont présentés dans le **Tableau 2**. Ils ont été classés en deux étapes. Le premier classement visait à préciser s'il s'agissait d'un obstacle à la prise en charge, c'est-à-dire les items ayant le plus de répondants découragés un peu ou beaucoup par ce facteur, ou s'il s'agissait d'un facteur facilitant, c'est-à-dire les facteurs où une majorité de répondants se sont dits encouragés (un peu ou beaucoup). Ensuite, les facteurs facilitants ont été classés par ordre décroissant d'importance, soit la somme des catégories «encourage beaucoup» et «décourage beaucoup», afin de mettre en évidence la force de l'effet, indépendamment du sens de celui-ci. Le même classement a été effectué pour les obstacles à la prise en charge.

Des analyses bivariées (χ^2) de ces résultats ont été effectuées en fonction du sexe, du nombre d'années d'expérience et du pourcentage de temps consacré à la prise en charge. Ces résultats sont présentés dans un rapport plus détaillé¹⁵.

Entrevues individuelles. Les entrevues ont permis d'explorer davantage le rôle des principaux facteurs identifiés par l'enquête. Le profil des 10 répondants aux entrevues est présenté au **Tableau 3**. Le nombre

Figure 1. Cadre conceptuel



Adapté de Borgès Da Silva¹⁰ et de Chadoir et coll¹⁴.

Tableau 1. Comparaison des répondants à l'enquête auprès de l'ensemble des médecins de famille sollicités

CARACTÉRISTIQUES	MÉDECINS DE FAMILLE DE LA MONTÉRÉGIE AYANT 10 ANNÉES ET MOINS DE PRATIQUE, N (%) [*]	
	EFFECTIFS SELON LA BASE DE DONNÉES DU DRMG [†]	NOMBRE DE RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE
Sexe [‡]		
• Femmes	269 (74,3)	99 (83,9)
• Hommes	93 (25,7)	19 (16,1)
Nombre d'années d'expérience [‡]		
• 0-2 ans	123 (34,0)	51 (43,2)
• 3-5 ans	97 (26,8)	39 (33,1)
• 6-10 ans	142 (39,2)	28 (23,7)
Contexte géographique (selon le territoire de pratique) [§]		
• CSSS ruraux	92 (25,4)	32 (27,1)
• CSSS semi-urbains	10 (2,8)	2 (1,7)
• CSSS urbains	260 (71,8)	84 (71,2)
Total	362 (100,0)	118 (100,0)

^{*}Les pourcentages ont été arrondis au 10^e près.

[†]Les données ne sont disponibles que pour 362 médecins à partir de décembre 2013.

[‡]Résultats du χ^2 statistiquement significatifs au seuil de $P < ,05$.

[§]Selon la taxonomie de Borgès Da Silva¹⁰.

d'entrevues a été fixé à l'avance, pour une question de faisabilité puisque les répondants aux entrevues étaient rémunérés à l'aide d'une banque d'heures attribuée par le DRMG pour la participation à des activités touchant la planification médicale dans la région. Avec ce nombre, nous avons observé une saturation d'information pour plusieurs facteurs à l'étude.

Les thèmes abordés ont été classifiés selon le cadre conceptuel. Une question ouverte sur le choix de faire de la prise en charge était d'abord posée. Ensuite, des questions plus spécifiques sur les principaux facteurs étant ressortis lors de l'enquête (si non abordés spontanément lors de la question ouverte) permettaient de mieux en comprendre l'impact. Ces informations ont également permis de trianguler les résultats de l'enquête. De nouveaux facteurs ont émergé des entrevues, dont le mentorat et l'intérêt pour une pratique hospitalière.

La relation à long terme avec les patients était à la base du choix de carrière d'une majorité de médecins interrogés. Ce type de suivi implique, par contre, un niveau élevé de responsabilité, pouvant représenter un fardeau sur la pratique de certains médecins.

Moi ce qui m'a vraiment attiré pendant ma résidence, c'est le rapport qui se développe avec les patients et leurs familles.

Tableau 2. Facteurs facilitants et obstacles à la prise en charge selon la perspective des répondants à l'enquête

FACTEURS	BEAUCOUP D'EFFET SUR LA PRISE EN CHARGE, %
Facteurs facilitants	
• Relation à long terme avec des patients	59,0
• Intérêt pour les activités cliniques liées à la prise en charge	51,3
• Besoins de la population	50,0
• Suivi de patients pour l'ensemble de leurs problèmes de santé	45,3
• Possibilité de travailler en collaboration avec des infirmières	42,6
• Intérêt pour la promotion/prévention	41,0
• Possibilité de travailler en collaboration avec d'autres médecins	36,3
• Valorisation de la prise en charge par la population générale	30,2
• Sentiment de compétence à l'égard de la prise en charge	27,6
• Qualité de vie associée à la prise en charge	25,9
• Expériences et interactions avec des médecins faisant de la prise en charge (modèles positifs ou négatifs)	23,3
• Forfaits d'inscription liés à la prise en charge	20,5
Obstacles	
• Tâches administratives	57,8
• Expérience de suivi et de prise en charge lors de la résidence en médecine familiale	33,3
• Accès aux ressources spécialisées et aux plateaux techniques	33,9
• Activités médicales particulières	26,5
• Mode de rémunération	21,6
• Valorisation de la prise en charge par les médecins	18,4
• Valorisation de la prise en charge dans les facultés de médecine	18,1

C'est très valorisant de suivre les patients puis surtout au fil des années, tu apprends à les connaître, puis de faire une prise en charge globale. ... ça peut être un peu lourd aussi parfois. Le niveau de responsabilité est quand même élevé.

Plusieurs médecins interrogés appréciaient le rythme et la diversité des activités liées à la prise en charge. Selon eux, la pratique hospitalière contribuait à diversifier leurs activités et facilitait le maintien des compétences. La vaste majorité des médecins maintiendraient leur pratique à

Tableau 3. Principales caractéristiques des 10 participants aux entrevues

CARACTÉRISTIQUES	FRÉQUENCE, N
Sexe	
• Hommes	3
• Femmes	7
Milieus de pratique*	
• Centre local de services communautaires	3
• Groupe de médecine de famille	4
• Unité de médecine familiale	5
• Soins à domicile	2
• Cabinet privé de groupe	2
• Centre de réadaptation	1
Pourcentage de temps consacré à la prise en charge	
• 25 %	2
• 50 %	1
• 65 %	1
• 75 %	5
• 90 %	1
Nombre d'années d'expérience complétées	
• 0 an	2
• 2 ans	2
• 4 ans	1
• 7 ans	2
• 8 ans	1
• 9 ans	1
• 10 ans	1
Type d'activités médicales particulières*	
• Mixte (hospitalisation et prise en charge de clientèles vulnérables)	1
• Hospitalisation	8
• Urgence	1
• Obstétrique	1

*Non mutuellement exclusives

l'hôpital même en l'absence de l'obligation liée aux AMP. «Ça permet de voir un petit peu les pathologies en aigu aussi ... c'est super stimulant. Mais s'ils enlevaient les AMP, je pense que je continuerais quand même.»

La collaboration avec une infirmière pour les soins aux patients était perçue comme attrayante, mais des obstacles financiers et organisationnels nuisaient à l'ajout d'infirmières.

C'est sûr que ça serait mieux d'avoir plus d'infirmières, je pourrais probablement assurer un plus grand débit. Mais ce n'est pas vraiment possible présentement comment c'est fait là, avec les ressources actuelles.

Pour plusieurs, la présence d'une équipe multidisciplinaire était un atout à leur pratique, leur permettant d'améliorer les soins, d'alléger leur travail et de partager

la responsabilité liée aux clientèles plus vulnérables, particulièrement celles en santé mentale.

Notre intervenante pivot qui est super fiable, on peut référer à cette personne-là. Donc, c'est bien pour la femme qui est dans le besoin puis c'est l'un pour nous aussi parce que tout ne croûle pas sur nos épaules quand quelqu'un vit une situation difficile.

Certains médecins interrogés voyaient les tâches administratives comme inhérentes à leur pratique. Ils ont surtout mentionné la délégation (secrétaire, infirmière) de certaines tâches et l'informatisation des dossiers comme solutions à l'ampleur des tâches.

Moi, ce n'est pas vraiment quelque chose qui m'irrite. Ça fait partie de la job puis bon, je ne prends pas nécessairement du plaisir à le faire comme j'apprécie de rencontrer des patients. Moi l'informatique, j'ai vu une grosse amélioration, tu restes moins longtemps après le bureau.

Les expériences de prise en charge lors de la résidence en médecine familiale variaient parmi les médecins, de même que l'impact de cette expérience sur leur choix.

Ça l'a pas mal confirmé mon idée que j'aimais quand même faire de la prise en charge. Pendant ma résidence, je voyais ça comme du temps à faire dans un système qui ne concordait pas à ce que j'allais faire plus tard, puis ça n'a pas teinté mon désir. Parce que j'avais déjà ma conception de faite.

Pour améliorer l'expérience de formation, certaines pistes ont été soulevées, dont le suivi de patients sur plus de 6 mois, l'allègement des tâches administratives et une plus grande diversité de la clientèle suivie pour développer l'intérêt et le sentiment de compétence.

La perception de l'accès aux ressources spécialisées et aux plateaux techniques variait. Une connaissance adéquate des ressources de la région semblait être un préalable nécessaire. Pour plusieurs médecins, le manque d'accès aux ressources causait des sentiments d'isolement, d'impuissance ou de frustration. Selon les répondants, certains aspects de la collaboration avec les spécialistes gagneraient à être améliorés, notamment l'accessibilité aux consultations téléphoniques et la connaissance des délais d'attente. De plus, la secrétaire médicale et l'infirmière auraient un rôle à jouer pour faciliter l'accès aux laboratoires.

On est là pour aider là. Si on est là puis on a l'impression qu'on n'aide pas puis qu'on tourne en rond puis que les patients, ils seraient mieux hospitalisés pour avoir leur bilan, ça n'aide pas.

La **Figure 2** présente la synthèse des facteurs les plus importants, en intégrant les volets quantitatif et qualitatif de l'étude.

DISCUSSION

Cette étude visait à analyser les facteurs pouvant inciter les jeunes médecins de famille à opter pour la prise en charge d'une clientèle. Près du tiers des répondants consacraient moins du quart de leur pratique à faire de la prise en charge. Les entrevues ont permis de mieux comprendre l'importance réelle de ces facteurs ainsi que le moment où ils jouaient leur rôle majeur, soit au moment du choix initial de faire de la prise en charge, en début de pratique ou une fois en pratique.

Certains facteurs tels que l'importance de la relation médecin-patient, le désir d'engagement à long terme et la perception de lourdeur de la responsabilité des patients semblent jouer un rôle sur le choix de faire de la prise en charge, ce qui est en accord avec les études récentes¹⁶⁻¹⁸. Le rôle de l'expérience de formation pour développer l'intérêt et le sentiment de compétence est reconnu dans le choix de carrière en médecine¹⁹. L'ampleur des tâches administratives est fréquemment citée comme un obstacle à la prise en charge¹¹. Le mentorat pourrait être un attrait et faciliter le début de pratique en prise en charge²⁰. Les AMP semblent avoir un impact modeste sur la prise en charge. D'autres études seront nécessaires pour corroborer ces résultats.

Limites de l'étude

Certaines limites peuvent teinter les résultats de la présente étude. Les répondants à l'enquête auraient pu être plus intéressés par le sujet ou avoir une perception sur la prise en charge différente des non-répondants, d'autant plus que les hommes et les médecins ayant plus de 5 ans d'expérience étaient sous-représentés dans l'échantillon. Par ailleurs, l'influence des facteurs a été mesurée sous forme de perception. Il est possible que celle-ci ait été surestimée ou sous-estimée selon le jugement du répondant. Enfin, puisqu'il s'agissait d'une étude en Montérégie, il est possible que les résultats ne reflètent pas bien la réalité des régions éloignées et isolées du Québec. Cependant, la diversité des milieux en Montérégie (ruraux, urbains et semi-urbains) nous permet de croire que plusieurs résultats de l'étude pourraient s'appliquer à l'ensemble du Québec.

Conclusion

L'étude montre qu'un meilleur soutien à la première ligne contribuerait à inciter les jeunes médecins de famille à faire de la prise en charge. La création de corridors d'accès, particulièrement en santé mentale, les incitatifs à la collaboration en équipe multidisciplinaire (incluant l'infirmière) et l'informatisation des dossiers sont tous susceptibles de rendre cette pratique attrayante. En outre, la pratique hospitalière semble très appréciée par les nouveaux médecins de famille. La question demeure de savoir si cet intérêt se maintient au cours de la carrière, ce qui nécessiterait d'envisager

Figure 2. Synthèse des facteurs facilitants et des obstacles à la prise en charge d'une clientèle

Choix initial de faire de la prise en charge	Début de pratique	Une fois en pratique
<p>Facteurs facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt pour la relation médecin-patient • Intérêt pour les activités cliniques liées à la prise en charge • Présence de modèles de rôles positifs • Perception d'une bonne qualité de vie <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt pour une pratique hospitalière • Expérience de formation négative (clientèle lourde, mauvais accès aux ressources, ampleur des tâches administratives) • Engagement à long terme non souhaité 	<p>Facteurs facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un mentor • Soutien de la secrétaire <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des ressources de la région 	<p>Facteurs facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux ressources et aux spécialistes • Collaboration avec une infirmière • Présence d'une équipe multidisciplinaire (santé mentale) <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampleur des tâches administratives

la contribution d'autres professionnels de la santé de première ligne pour répondre à la demande.

D^{re} Roy est médecin résidente en santé publique et médecine préventive à l'Université de Sherbrooke (Québec). D^{re} Breton est chercheure au Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moine et professeure adjointe au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke.

D^{re} Loslier est médecin-conseil au sein de l'équipe planification, évaluation et recherche de la Direction de santé publique de la Montérégie; professeure agrégée au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke; et directrice du programme de résidence en santé publique et médecine préventive de l'Université de Sherbrooke.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont collaboré au survol de la littérature, à l'interprétation des données, ainsi qu'à la préparation du manuscrit avant sa soumission.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Andréanne Roy; courriel andreanne.roy@usherbrooke.ca

Références

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
- Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et coll. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;12:115.
- Burge F, Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M, Lévesque J, Beaulieu C, et coll. Relational continuity from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthc Policy* 2011;7(Spec Issue):124-38.
- Clair M, Aucoin L, Bergman H, Côté R, Ippersiel P, LeBoutillier J, et coll. *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec, QC: Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux; 2000.
- Lévesque JF, Bénégeri M, Boucher G, Racine C. *L'expérience de soins de la population: le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus*. Québec, QC: Commissaire à la santé et au bien-être; 2011.
- Dépenses et main-d'œuvre de la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2011*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2012.
- Paré I, Ricard J. *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2006-2007. 2^e version*. Montréal, QC: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2008.
- Paré I. *Profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011*. Montréal, QC: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2013.
- Comité paritaire FMOQ-MSSS. *Les activités médicales particulières. Le guide de gestion du DRMG*. Montréal, QC: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2012. Accessible à : http://extranet.santemonteregie.qc.ca/user-files/file/affaires-medicales-professionnelles/medecine-generale-drmg/AMP/Guide_gestion_AMP.pdf. Réf. du 7 juillet 2016.
- Borgès Da Silva R. *La pratique médicale des omnipraticiens: influence des contextes organisationnel et géographique* [dissertation]. Montréal, QC: Université de Montréal; 2010.
- Karazivan P. *La médecine familiale vue par les jeunes omnipraticiens: rejet de la vocation et de la continuité des soins* [thèse de maîtrise]. Montréal, QC: Université de Montréal; 2011.
- Contandriopoulos AP, Fournier MA, Borgès Da Silva R, Bilodeau H, Leduc N, Dandavino A, et coll. *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main d'œuvre au Québec*. Ottawa, ON: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007.
- Bensing JM, van den Brink-Muinen A, de Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993;31(3):219-29.
- Chaudoir SR, Dugan AG, Barr CHI. Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implement Sci* 2013;8:22.
- Roy A. *La prise en charge d'une clientèle: comprendre les facteurs facilitateurs et les barrières des médecins de famille ayant récemment amorcé leur pratique* [master's thesis]. Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke; 2015. Accessible à : http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/6728/Roy_Andreanne_MSc_2015.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Réf. du 3 août 2015.
- Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F, Banner S, Boone J. Determinants of choosing a career in family medicine. *CMAJ* 2011;183(1):E1-8. Publication en ligne du 25 octobre 2010.
- Boyer V, Charron C, Dallaire-Pelletier J, Fortier MM, Létourneau-Laroche G, Vaudry M. *La prise en charge chez les nouveaux médecins gradués de l'UMF Charles-LeMoine*. Affiche présentée à la Journée de la recherche 2013 du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke; le 1^{er} juin 2013; Longueuil, QC.
- B-Lajoie MR, Carrier J. Perception des médecins résidents de la prise en charge et de la valorisation de la médecine familiale. Une perspective québécoise. *Can Fam Physician* 2012;58:e745-50 (ang), e739-44 (fr). Accessible à : www.cfp.ca/content/58/12/e739.full.pdf+html. Réf. du 26 février 2016.
- Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career—the influences of education and training. *Aust Fam Physician* 2009;38(5):341-4.
- Tavabie A, Stanwick S, Belling R, Lister G. Closing the gap between expectations and practice in continuity of care: can we still teach continuity of care? *Educ Prim Care* 2010;21(2):83-8.

— * * * —