



Rapport sur le généralisme au niveau de l'Éducation médicale postdoctorale (EMPo)

Conseil de gouvernance de l'EMPo

Le 6 décembre 2018

Nous tenons à exprimer tous nos remerciements et notre reconnaissance aux membres du Groupe de travail :
Jill Konkin, Melanie Bechard, Patrice Levasseur-Fortin, Ian Bowmer, Carol Herbert, Roger Strasser,
George Thomson, Ari Zaretsky, Kimberly Williams, Samuel Bergeron, Jessica Ruel-Laliberté

613-730-0687 X 269 | pgme-cgc.ca



Society of Rural Physicians of Canada
Société de la Médecine Rurale du Canada

Sommaire

En établissant le Conseil de gouvernance collaborative de l'EMPo, les organismes participants ont fait remarquer « qu'il est essentiel de mettre en place une gouvernance collaborative afin d'évoluer vers un système d'éducation médicale plus efficient et plus efficace en mesure de former des médecins socialement responsables et aptes à offrir aux Canadiens des soins de grande qualité ».

Reconnaissant la complexité du système d'EMPo, les partenaires ont convenu d'établir le Conseil de gouvernance collaborative de l'EMPo afin de « collaborer dans une ambiance collégiale et de manière coordonnée pour traiter un vaste éventail d'enjeux, notamment ceux qui ne peuvent être résolus à d'autres tables, y compris les questions sensibles, controversées et souvent complexes ».

Le généralisme a figuré parmi les premiers thèmes à avoir été soulevés auprès du Conseil. Par conséquent, le Conseil de gouvernance collaborative de l'EMPo a mis sur pied un Groupe de travail sur le généralisme pour examiner le domaine et sa pratique et à qui il a confié le mandat de recommander les moyens à adopter afin que l'éducation médicale postdoctorale soit mieux adaptée aux besoins du système de soins de santé et, plus précisément, qu'elle réponde aux besoins en matière de santé des Canadiens et de leurs collectivités. Le but ultime consiste à offrir des soins de santé de la plus grande qualité possible à l'ensemble des Canadiens, peu importe de qui il s'agit et où ils se trouvent. Pour atteindre cet objectif, dans l'ensemble des disciplines en médecine ou en chirurgie, il importe que les médecins acquièrent des compétences de généraliste dans le cadre de leur formation médicale prédoctorale et postdoctorale. Dans chaque discipline, il faut chercher à combiner les apports des généralistes et des spécialistes pour combler les besoins du système de prestation de soins.

Dans le présent document, nous commencerons par définir le généralisme et les médecins généralistes, en nous inspirant de définitions antérieures élaborées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et par le Royal College of General Practitioners du Royaume-Uni. Nous explorerons ensuite les points communs et les distinctions entre les généralistes et les spécialistes d'une discipline médicale à l'autre. Il importe de saisir ces distinctions afin de bâtir et de maintenir les relations collaboratives et le solide rapport nécessaires à la prestation de soins accessibles, transparents et de qualité aux Canadiens et également afin de veiller à ce que des effectifs médicaux adaptés aux objectifs poursuivis puissent répondre aux besoins de la population du Canada.

Le Conseil de gouvernance collaborative de l'EMPo a confié au Groupe de travail sur le généralisme le mandat de se pencher sur le champ d'exercice voulu et sur les compétences exigées de la part des généralistes; en abordant le généralisme sous un angle qui transcende la médecine rurale et familiale; en tenant compte du fait que les soins axés sur le patient constituent l'une des facettes clés d'un système de médecine générale et en formulant des recommandations à propos de la formation de nos effectifs médicaux afin qu'ils exercent leur profession en harmonie avec le système de santé et la société qu'ils sont censés servir (responsabilité sociale). Changer la culture pédagogique et

adapter la formation afin qu'elles soient davantage appropriées au contexte correspondent à deux stratégies ayant fait l'objet de discussions afin de rehausser la proposition de valeur d'une carrière de généraliste aux yeux des apprenants pour toutes les disciplines médicales.

Introduction

Pour ajouter au vaste spectre de compétences des fournisseurs de soins de santé, le Canada a besoin d'un solide effectif médical généraliste, en guise de pilier du système de santé, qui soit en mesure de collaborer avec des collègues spécialistes à l'amélioration de la santé globale des Canadiens, mais également à l'amélioration de l'efficacité du système de prestation de services de santé. C'est pourquoi il est crucial de cerner clairement la notion de généralisme et de définir qui sont les médecins généralistes, ainsi que le travail qu'ils accomplissent au sein du système. Il existe un besoin de cerner à la fois les obstacles et les solutions possibles aux pénuries actuelles de médecins généralistes dans de nombreuses disciplines médicales.

Par exemple, il existe des preuves considérables selon lesquelles les résultats en matière de santé des patients sont améliorés lorsqu'interviennent davantage de professionnels en soins de santé primaires, et en particulier davantage de médecins de famille (Starfield, 2012) que tout autre spécialiste, et ce, dans une région géographique donnée, et selon lesquelles les systèmes de santé n'en sont alors que plus efficaces et plus économiques (Starfield et al., 2005; Larson et al., 2005). Il existe aussi des preuves voulant que de meilleurs résultats soient obtenus en matière de santé lorsque les patients entretiennent une relation soutenue avec un médecin généraliste (Pereira Gray et al, 2018; Tammes et al, 2017). Le nombre de généralistes dans diverses disciplines est en déclin depuis des décennies (Rosser, 2002; Thurber et Busing, 1999; Imrie et al., 2011).

Définitions de généralisme et de médecin généraliste

Le Groupe de travail sur le généralisme a examiné de nombreuses définitions du généralisme et des généralistes afin d'en dégager une pouvant être utilisée de façon plus large en éducation médicale au Canada. Il s'agit là d'un aspect important afin qu'il y ait une compréhension commune de la signification de ce terme lorsqu'il est employé dans les discussions.

Il importe de comprendre que le généralisme est pratiqué par de nombreuses disciplines de la médecine. Par exemple, les médecins de famille ne sont pas les seuls généralistes et les médecins de famille ne sont pas tous des généralistes (McWhinney, 1997).

La communication commandée sur le généralisme pour le volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPo) a cerné le besoin d'adopter une définition commune du généralisme : « Il existe un besoin de s'entendre sur une définition pratique largement

acceptée du généralisme qui repose non seulement sur une vaste base de la formation, mais également sur une philosophie continue de soins qui soit complète et intégrative – qui cherche à combler les lacunes du système de soins de santé et qui puisse s’adapter aux besoins des collectivités locales. » (Imrie et al., 2011)

Les membres du groupe de travail proposent que le Conseil de gouvernance collaborative de l’EMPo adopte les définitions suivantes du généralisme et du médecin généraliste, d’après les définitions élaborées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Royal College of General Practitioners du Royaume-Uni, et ce, afin d’étayer les travaux futurs.

*Le **généralisme*** est une philosophie professionnelle de l’exercice de la médecine, qui se distingue par un engagement envers la prestation de soins holistiques, intégrés, axés sur la personne, le champ d’exercice le plus vaste au sein de chaque discipline et la collaboration avec l’équipe de soins de santé élargie afin de répondre aux besoins en matière de santé communautaire et de santé des patients.*

Les généralistes sont un groupe de médecins et de chirurgiens dont les compétences fondamentales se caractérisent par une pratique généralisée. Les généralistes diagnostiquent et prennent en charge des problèmes cliniques variés, indifférenciés et souvent complexes. Les généralistes jouent aussi un rôle essentiel dans la coordination des soins aux patients et ils défendent leurs intérêts. (Collège royal, 2013)

*Bien que ce qui suit s’applique à des degrés divers à tous les médecins, le **médecin généraliste**, de manière expresse :*

1. Adopte une approche holistique des soins aux patients, c’est-à-dire qu’il prend en considération les aspects multidimensionnels associés aux patients et aux soins qui leur sont prodigués, y compris le contexte de sa famille et de son environnement social élargi.

2. S’en remet à cette perspective dans le cadre de sa méthode clinique et de son approche thérapeutique pour l’ensemble des rencontres cliniques.

3. Est apte à composer avec le plus large éventail de patients non sélectionnés et de conditions indifférenciées.

4. Assume la responsabilité de la continuité des soins aux patients au fil du temps afin de favoriser et de promouvoir des résultats positifs en matière de santé.

5. Coordonne les soins, selon les besoins, entre les diverses organisations ou disciplines, de même qu’au sein des services sociaux ou des systèmes de soins de santé et entre ceux-ci.

6. Fait appel à son expertise adaptative pour composer avec l’incertitude clinique, pour penser de manière créative et pour résoudre des situations délicates et atypiques.

**Définitions adaptées du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Royal College of General Practitioners au Royaume-Uni*

Généralisme et généralistes en médecine

Pourquoi le généralisme est-il important pour tous les médecins et pourquoi existe-t-il un besoin de médecins généralistes? Bien que les discussions entourant la distinction entre généralistes et spécialistes tournent souvent autour de la sagesse populaire voulant que les généralistes en

connaissent un peu à propos d'un large éventail de domaines de la médecine tandis que les spécialistes possèdent une connaissance approfondie d'un domaine étroit, il est important de se pencher plus en profondeur sur ces distinctions. Elles peuvent être considérées comme étant à la fois culturelles et contextuelles.

Heath et Sweeney (2005) traitent du fossé entre ce qu'ils appellent la « carte de la science médicale » et le « territoire de la souffrance humaine individuelle » (p. 1462). Dans ce paysage culturel, c'est le médecin généraliste qui fait appel à la carte et qui « tente de trouver un sens à la personne humaine dans son ensemble, en transcendant toutes les divisions arbitraires de l'exercice du spécialiste... » (p. 1462). Selon Howe (2012) : « Le fait qu'un médecin praticien soit considéré comme un véritable généraliste ou non dépend de sa formation, de ses attitudes, de son champ d'exercice et souvent de son cadre de travail. Il faut établir une distinction entre être un généraliste et faire appel à des compétences généralistes. » (p. 342)

Tel que Freeman l'a cité dans un article (2006), selon Homer-Dixon (2001) : « ... comme la science de la complexité l'indique clairement, paradoxalement, plus les systèmes deviennent complexes, plus le besoin d'une pensée générale se fait sentir... » (p. 584). McWhinney (1997) démystifie l'assertion voulant que « l'explosion du savoir... a fait en sorte qu'il est impossible pour une personne de couvrir le domaine tout entier » (p. 22). Il y fait référence comme étant « le sophisme de la masse » (p. 22), qui repose sur le malentendu selon lequel « le savoir est quantifiable » (p. 22).

Une approche généraliste offre la capacité aux médecins d'évoluer dans un contexte d'incertitude, de voir des patients qui présentent des problèmes indifférenciés et de se baser non seulement sur les symptômes et les signes du patient mais aussi sur une compréhension de la prévalence de la maladie et du contexte dans lequel le patient s'inscrit afin d'orienter le diagnostic ainsi que la gestion du cas. Les responsabilités des médecins généralistes résident dans l'identification de cas complexes, le patient étant traité s'il y a lieu ou étant aiguillé le cas échéant, mais elles consistent également à « éviter l'anxiété, les inconvénients et le coût des aiguillages inutiles (Greenfield, 1996, p. 246) ainsi que des investigations. Par contre, les médecins spécialistes ont la responsabilité de « tout faire aussi résolument que possible et accordent par conséquent plus d'importance à l'identification de chaque cas particulier de la maladie » (Greenfield, 1996, p. 246). Greenfield fait valoir que ces « conflits de rôle » entraînent des « conflits de valeurs » (Greenfield, 1996, p. 246). Le généraliste a sans doute du mal à s'identifier aux rôles du spécialiste et à les comprendre, et vice-versa, ce qui est attribuable au biais de diversité, étant donné que chacun voit un aspect différent du spectre de la maladie (Manca, 2011). Il est essentiel de reconnaître que chacun a un important rôle à jouer dans la prestation des soins de santé et qu'il importe de favoriser une meilleure compréhension afin de veiller à ce que le système soit efficace et efficient et procure les meilleurs soins possibles aux Canadiens.

Les efforts déployés à ce jour afin de cerner les personnes ayant un vaste champ d'exercice dans un domaine particulier en tant que généralistes se sont révélés improductifs. Cette perspective freine

les changements nécessaires à la mise sur pied d'un système qui valorise à la fois les ensembles de compétences des généralistes et des spécialistes et qui crée un environnement au sein duquel ils peuvent collaborer de manière efficace à l'amélioration des soins prodigués à la population du Canada. Le fait de comprendre les distinctions culturelles et contextuelles entre les généralistes et les spécialistes nous aide à orienter la discussion ailleurs que vers la pensée binaire qui domine si souvent les échanges de cette nature.

Bien que le diagramme suivant d'Erkut (1994) ne relève pas du domaine médical, il nous aide à illustrer l'important chevauchement entre généraliste et spécialiste. Ce diagramme figure dans l'un des documents de référence rédigés pour le volet postdoctoral du projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC EMPo).

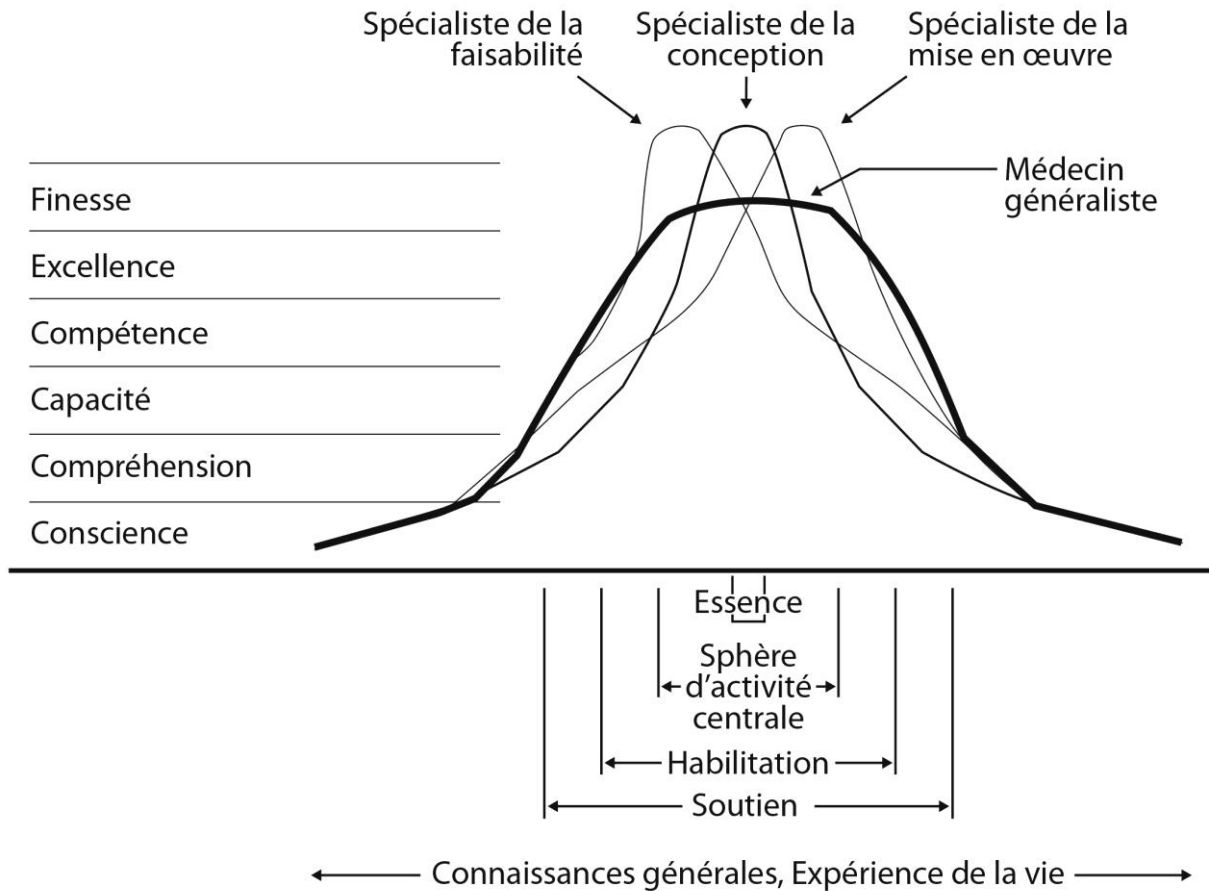


Tableau d'Erkut 1994, auquel fait référence le document sur l'AEMC EMPo (Imrie et al., 2011).

La documentation portant sur la communauté de pratique (CP) nous aide à répondre à ceux qui laissent entendre qu'il n'est plus nécessaire d'employer les désignations de généraliste et de spécialiste. « La médecine se compose de nombreuses communautés de pratique et les médecins appartiennent en général à plus d'une d'entre elles....La spécialité du médecin consiste en une communauté de pratique qui exerce une influence particulièrement forte sur l'identité de ses membres » (Cruess et al 2018, p. 186). De plus, « la littérature qui traite des communautés de pratique est claire à ce sujet : L'établissement de normes et l'évaluation des compétences s'effectuent au sein de la collectivité » (Cruess et al 2018, p. 190).

En résumé, afin de mieux répondre aux préoccupations prioritaires des Canadiens en matière de santé, les généralistes et les spécialistes doivent collaborer de façon complémentaire, chacun respectant le rôle de l'autre au sein du système dans tout le spectre des besoins en matière de soins aux patients. Il importe de comprendre qu'il existe un éventail de généralistes et de spécialistes dans chaque discipline médicale lorsque le travail est abordé à travers la loupe culturelle du généralisme. Dans ce contexte, il convient de reconnaître que les médecins qui sont principalement des généralistes évoluent souvent dans des domaines de spécialité et que de nombreux spécialistes font appel à des compétences de généraliste. Cependant, il est essentiel de reconnaître qu'ils assument des rôles différents bien que complémentaires et de s'en réjouir. Il est important également de cerner les compétences du généraliste nécessaires à la formation des spécialistes et des surspécialistes. Les deux dimensions sont importantes si nous voulons que nos systèmes de soins de santé répondent mieux aux préoccupations prioritaires de nos collectivités en matière de santé.

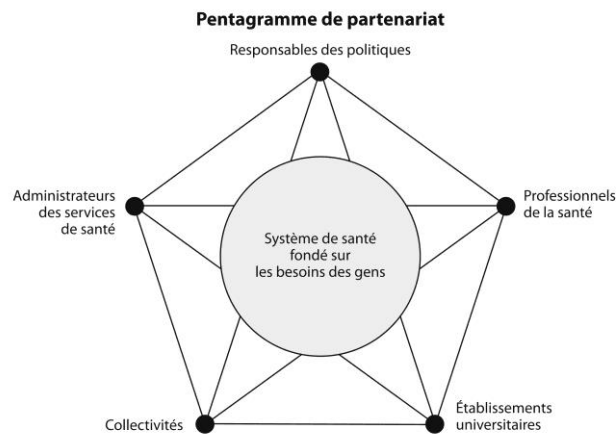
Facteurs qui entravent ou facilitent le généralisme ou le rôle du généraliste

La présente section a émergé des discussions visant à déterminer quels éléments ont soit facilité, soit entravé le généralisme et la pratique généraliste dans le contexte des soins de santé au Canada et, en particulier, quels éléments étaient présents dans le milieu d'apprentissage ou de travail des résidents et ont pu influencer sur le choix de carrière du généraliste. Six facteurs ont été cernés. Pour chaque facteur, des initiatives nécessaires au renforcement du généralisme et de la pratique généraliste sont proposées à la fois pour le milieu de l'enseignement et pour le milieu de travail.

Facteur 1 : La satisfaction des besoins de la population en matière de santé

Selon les recommandations tirées des deux rapports sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada ([EMPr](#) et [EMPo](#)), les facultés de médecine du Canada doivent travailler avec divers partenaires et, qui plus est, avec les collectivités qu'elles desservent afin de déterminer leurs priorités en matière de santé. « Le pentagramme illustrant le partenariat axé sur la responsabilité sociale offrira un cadre utile afin que tous les intervenants clés aient un rôle à jouer et qu'ils s'efforcent sans cesse d'améliorer la santé des gens : 1. Décideurs politiques (gouvernements à tous les niveaux); 2. Gestionnaires de services de santé et de systèmes de santé (aux niveaux fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les autorités de la santé et les organismes offrant des services de santé); 3. Professionnels de la santé (collèges, associations médicales et sociétés professionnelles);

4. Établissements universitaires (universités, organismes de recherche et de formation ou d'enseignement); 5. Collectivités (administrations locales, sociétés de bienfaisance et autres organismes bénévoles). »



Boelen, 2004

Les stratégies à envisager englobent ce qui suit : accorder une plus grande place à la flexibilité dans les schémas de carrière des résidents actuels; former les résidents dans des milieux communautaires où la plupart des soins de santé sont fournis; veiller à ce que les apprenants dans nos programmes soient suffisamment exposés aux contextes généralistes et aux modèles de rôle pour être en mesure d'exercer des choix intentionnels et éclairés entre les parcours de carrière du généraliste et du spécialiste. Pour ce faire, des programmes de résidence s'imposeront peut-être afin d'accroître le temps que passent les résidents dans des contextes de pratique communautaire pour remplacer certains des stages en milieu hospitalier et en clinique externe. Les milieux communautaires se disent des milieux d'apprentissage ou de travail qui sont séparés sur le plan géographique des hôpitaux de soins tertiaires et quaternaires des centres universitaires des sciences de la santé. Cela peut comprendre du temps passé dans de petites collectivités urbaines et rurales, au besoin, pour un programme de résidence donné, sans que ce ne soit exclusif. Il serait peut-être aussi envisageable d'inclure du temps passé auprès de généralistes dans des cabinets en milieu communautaire. Cette réorientation visant à inclure des contextes communautaires n'a pas pour but de prolonger le temps de formation en résidence. Il faudrait aussi songer à rehausser le profil des médecins généralistes en milieu universitaire et dans les milieux d'enseignement.

Pour ce qui est du milieu de travail, l'importance du rééquilibrage du ratio spécialistes/généralistes est soulignée. Un exemple de la manière d'y arriver consiste à réaffecter les postes de résidence aux

volets généralistes. Idéalement, cela reposerait sur une stratégie de planification coordonnée et éprouvée des ressources humaines en matière de santé à l'échelle nationale. Le modèle du Québec, fondé sur des données probantes, répartit comme suit les postes de résidence : 55 % en médecine familiale et 45 % dans d'autres spécialités, l'accent étant mis nettement sur les postes de résidence spécialisés en médecine générale.

Facteur 2 : La réaffirmation du rôle des médecins généralistes auprès du public

Le public préfère parfois les spécialistes aux médecins généralistes bien que, paradoxalement, il soit en quête de soins holistiques. Afin de soutenir les médecins généralistes dans toutes les spécialités auprès du public, le système de soins de santé, les facultés de médecine et les organismes représentant la profession médicale doivent mettre sur pied un programme d'éducation public solide en ce qui a trait au rôle et à la valeur des généralistes au sein du système de soins de santé. Auprès du public, les spécialistes et les généralistes doivent faire preuve de respect et de compréhension envers les rôles et la valeur des deux groupes de professionnels de la santé, par le biais de leurs interactions avec les patients.

Facteur 3 : La valorisation du rôle des généralistes en éducation médicale

Il doit y avoir un mouvement vers l'éducation médicale fondée sur l'engagement communautaire de la part des facultés de médecine et des centres universitaires de santé avec lesquels elles sont associées, qui repose sur l'établissement de relations respectueuses avec les collectivités qu'elles desservent, tant dans les régions métropolitaines où elles sont situées que dans les petites collectivités urbaines, rurales et éloignées dans leur sphère d'influence. Certaines facultés de médecine, par exemple, estompent la distinction entre corps professoral à temps plein et corps professoral communautaire ou clinique, rendant ainsi l'entreprise universitaire plus inclusive qu'exclusive. D'autres se livrent à des moyens constructifs de concert avec les collectivités afin d'améliorer l'enseignement et la prestation de services.

Un deuxième enjeu important est l'effet qu'entraînent les exigences en matière de stages liés aux surspécialités chez les résidents à un stade précoce de leur formation, p. ex. R-1 et R-2. Cela a donné lieu à une dépendance chez les stagiaires à qui il incombe de fournir des services en cours de stage portant sur une surspécialité, dans le cadre de leur apprentissage. L'expérience d'apprentissage intensive et l'immersion dans les surspécialités ne doivent pas se produire à l'exclusion des expériences longitudinales.

Facteur 4 : L'importance de la continuité des relations

Il est recommandé que le modèle de soins partagés soit exploré plus largement pour tous les spécialistes afin d'orienter leur travail de concert avec les médecins généralistes dans leur spécialité ainsi que dans l'ensemble des disciplines et, en particulier, entre les médecins engagés dans les soins secondaires/tertiaires et les médecins de soins primaires. Il y a de plus en plus de données qui corroborent le fait que la continuité des relations pour les patients et les médecins de soins primaires

améliore les résultats en matière de santé et réduit les coûts (Pereira Gray et al., 2018, Starfield et al., 2005, Tammes et al. 2017, Larson et al., 2005).

L'adoption du [Cursus Triple C axé sur les compétences](#) en médecine familiale et de la [compétence par conception](#) dans les spécialités du Collège royal sera étayée et renforcée par l'attention portée aux relations dans le cadre de la conception de programme et, en particulier, par le soutien aux relations longitudinales entre patients et apprenants, ainsi qu'entre apprenants et enseignants. Cela sera beaucoup plus facile pour certains programmes que pour d'autres, mais l'apprentissage dans tous les programmes sera amélioré si le tout est rendu possible.

En ce qui concerne les stratégies en milieu de travail, le cadre à quadruple objectif est un programme qui s'inspire du cadre à triple objectif décrit pour la toute première fois par l'[Institute for Healthcare Improvement](#). L'objectif premier du cadre à quadruple objectif est d'améliorer la santé de la population. Les objectifs secondaires sont les suivants : améliorer l'expérience du patient, réduire les coûts et améliorer la vie professionnelle de ceux et celles qui fournissent les soins. Les services de santé ainsi que les programmes de formation médicale devraient envisager l'utilisation de ce cadre.

Facteur 5 : Le virage vers l'augmentation de la surspécialisation

Il est important que les résidents soient exposés à des milieux de travail généralistes de haut niveau pour apprendre à composer avec l'incertitude, pour gérer les problèmes des patients à l'aide de ressources moindres et pour faire appel à des enseignants cliniques qui sont des modèles de rôle tant pour les soins des patients ayant des problèmes indifférenciés que pour la gestion de l'incertitude et pour le courage clinique. Ces environnements façonnent des soins de santé de qualité et sûrs et facilitent l'apprentissage et le travail dans tout l'éventail du champ d'exercice. Tous les résidents doivent travailler avec les médecins généralistes dans la discipline qu'ils ont choisie tôt au cours de leur résidence afin de mieux comprendre comment les diverses surspécialités sont intégrées au travail du généraliste et comment les généralistes et les spécialistes peuvent travailler main dans la main afin d'offrir à leurs patients les soins les plus efficaces et les plus efficaces qui soient.

Il existe des préoccupations à l'égard de la surenchère des titres de compétences étant donné la reconnaissance accrue des catégories de certificat. De plus, le besoin de réussite peut accentuer la fragmentation de la médecine du fait qu'il faille se conformer à une norme nationale. Le tout peut être compliqué et exacerbé par des codes de facturation spéciaux. Il faut parvenir à un juste équilibre entre le besoin d'établir des normes véritablement nationales et la fragmentation des soins.

Facteur 6 : L'écart de rémunération entre généralistes et spécialistes

La profession médicale connaît des tensions depuis de nombreuses années en ce qui a trait à l'équité salariale. Un certain nombre d'organismes médicaux provinciaux ont élaboré des initiatives en

matière de comparabilité au cours des années 1990, bien que celles-ci aient été abandonnées en raison des importants conflits qu'elles ont générés.

Par le passé, il était reconnu que les personnes qui aspirent à des spécialités et à des surspécialités consacrent plus de temps à la résidence, ce qui repousse à plus tard et réduit leurs années de revenus. Il s'agissait là d'une considération raisonnable. Toutefois, des années de hausse des honoraires sous forme de pourcentage général ont creusé l'écart entre les médecins généralistes et les surspécialistes. Cela comprend les médecins de famille ainsi que les spécialités du Collège royal comme la médecine générale interne, la pédiatrie et la psychiatrie, qui s'accompagnent des périodes de résidence les plus longues. Pourtant, ces spécialistes connaissent un écart de revenu considérable en comparaison aux autres spécialités du Collège royal. Cette situation est exacerbée par les codes assignés à des actes plus récents.

L'enjeu de l'équité salariale est revenu sur le tapis auprès de certaines des associations médicales provinciales. C'est une question à laquelle il faudra s'attaquer étant donné qu'il s'agit d'un facteur qui entre en ligne de compte dans le choix de carrière de nombreux apprenants en médecine.

Conclusion

Le généralisme et les médecins généralistes sont importants pour la bonne marche d'un système de santé à la fois efficient et efficace. Pour qu'il y ait suffisamment de médecins généralistes à l'avenir, il est important de comprendre le généralisme et le rôle des généralistes et de cerner les catalyseurs et les obstacles afin de s'assurer d'un nombre suffisant de médecins généralistes dans le système. Le présent document a fourni des renseignements généraux sur le généralisme et propose une définition de l'exercice de la médecine générale. Il a en outre cerné à la fois les catalyseurs et les obstacles quant à l'exercice des médecins généralistes de façon générale et, plus précisément, a cerné des aspects des milieux d'apprentissage et de travail des résidents au sein du système d'éducation médicale postdoctorale au Canada pouvant être modifiés pour améliorer la capacité du système à répondre aux besoins prioritaires de la population du Canada en matière de santé.

Le Conseil de gouvernance collaborative de l'éducation médicale postdoctorale s'attend à ce que le présent document facilite des discussions plus poussées à propos de la formation en résidence au Canada, le but ultime étant d'assurer à l'ensemble des Canadiens et Canadiennes un meilleur accès à des soins de santé de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. *Medicine as a Community of Practice: Implications for Medical Education*. Acad Med 2018; 93:185-191.

Eraut M: *Developing Professional Knowledge and Competence*. Londres : The Falmer Press, 1994.

Freeman T. *Celebrating our role as generalists*. Le médecin de famille canadien 2006; Vol. 52 :584 – 585.

Greenfield S. *Dividing Up the Turf: Generalists versus Specialists*. Éditorial. JGIM 1996; 11(4):245-6.

Heath I., Sweeney K. *The NHS revolution: health care in the marketplace. Medical generalists: connecting the map in the territory*. BMJ 2005; 331:1462-4.

Homer-Dixon TF. *Environment, Scarcity and Violence*. Les Presses de l'Université Princeton. 2001.

Howe A. *What's special about medical generalists? The RCGP's response to the Commission of Generalism*. Br J Gen Pract 2012; (600): 342-343

Imrie K, Weston W, Kennedy M. *Generalism in Postgraduate Medical Education*. Members of the FMEC PG consortium; 2011. Date d'accès, le 17 mai 2018 à : https://www.afmc.ca/pdf/fmec/02_Imrie_Generalism.pdf

Larson EB, Roberts KB, Grumbach K, Laine C. *The Essential Role of Generalists in Health Care Systems*. Annals of Internal Medicine 2005; Vol. 24, n° 8: 691-699.

Manca DP, Breault L, Wishart P. *A tale of two cultures*. Le médecin de famille canadien 2011; Vol. 57, n° 5 : 576-584.

Rosser WW. *The decline of family medicine as a career choice*. CMAJ 2002; Vol. 166, n° 11 :1419-1420.

McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*, 2^e edition. Presses de l'Université d'Oxford : Oxford. 1997.

Pereira Gray DJ, et al. *Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. BMJ Open 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161

Starfield B. *Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services*. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):20-26.

Starfield B, Shi L. *Policy relevant determinants of health: an international perspective*. Health Policy 2002; vol. 60, n° 3: 201-218.

Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. The Milbank Quarterly 2005; vol. 83, n° 3: 457-502.

Tammes P, Purdy S, Salisbury C, Mackichan F, Lasserson D, Morris RS. *Annals of Family Medicine* 2017; Vol. 15, n° 6:515-522.

Thurber AD, Busing N. *Decreasing supply of family physicians and general practitioners. Serious implications for the future*. Le médecin de famille canadien 1999; Vol. 45: 2084-9.