

# **Principes et valeurs clés pour les médecins de famille dans le développement d'un modèle de soins de première ligne**

## **INTRODUCTION**

Ce document vise à faciliter le développement et l'évaluation de modèles plus récents de prestation des soins de première ligne en exposant les principes et les valeurs clés qui devraient inspirer ces modèles selon la perspective des médecins de famille et autres dispensateurs de soins de première ligne. Pour ce faire, les programmes canadiens et internationaux de renouvellement des soins de première ligne ont été examinés et la documentation courante sur les principes et les valeurs en soins de première ligne a aussi été prise en considération. Nous espérons que l'information contenue dans le présent document sera utile aux médecins de famille qui envisagent des modèles nouveaux ou différents en soins de première ligne et qui sont à la recherche de principes et valeurs clés importants pour eux au moment de se joindre à une nouvelle pratique familiale ou en transition vers une autre.

Le document a été produit par un Groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Les membres qui ont fait partie du Groupe de travail sur les principes clés pour le développement d'un modèle sont : D<sup>r</sup> David Gass (président), D<sup>r</sup> John Brewer, D<sup>r</sup> Jonathan Kerr, D<sup>r</sup> Michael Malus, D<sup>r</sup> Jim Thorsteinson et le D<sup>r</sup> John Maxted. Nous tenons également à remercier M<sup>me</sup> Lynn Dunikowski, directrice des Services bibliothécaires du CMFC, pour sa contribution supplémentaire.

## PRINCIPALES PRIORITÉS

Les médecins de famille doivent considérer deux **principales priorités** lorsqu'ils songent à ce qui est valorisé en pratique familiale. Celles-ci sont nos engagements collectifs dans la QUALITÉ et l'ÉQUITÉ de la prestation des soins à nos patients.

### Qualité

- La qualité est une valeur accordée aux meilleurs soins possibles et implique habituellement un processus d'amélioration continue de la pratique, avec une attention particulière à la mesure du rendement dans TOUTES les dimensions des soins centrés sur le patient.
- Les facteurs communautaires, régionaux et provinciaux ont une influence sur la qualité, ce qui accroît l'importance de la défense des intérêts à ces niveaux afin d'assurer la qualité de la pratique.

### Équité

- L'équité assure le plus grand bénéfice pour tous les patients et les dispensateurs, et elle est possible lorsque nous pouvons travailler ensemble, avec les autres professionnels de la santé et avec nos collectivités, vers l'atteinte de ce plus grand bénéfice.

La Qualité et l'Équité peuvent être démontrées à l'intérieur de six composantes des soins de première ligne (**Figure 1**) et à chacun des niveaux individuel, familial et communautaire. Ces six composantes sont :

**1) Accès à des soins globaux**

**2) Soins par des équipes de collaboration**

**3) Continuité de la relation médecin-patient**

**4) Sensibilité communautaire par une approche démographique**

**5) Infrastructure et soutien suffisants**

**6) Soutien des professionnels et du personnel pour une qualité de vie au travail**

**Figure 1:**

**Relation de la Qualité et de l'Équité dans les six principes et valeurs clés du développement et de l'évaluation d'un modèle de soins de première ligne**

**QUALITÉ ET ÉQUITÉ**

Accès à des soins globaux

Soins par des équipes de collaboration

Continuité de la relation médecin-patient

Sensibilité communautaire par une approche démographique

Infrastructure et soutien suffisants

Soutien des professionnels et du personnel pour une qualité de vie au travail



## 1) ACCÈS À DES SOINS GLOBAUX

*“The most effective systems (clinical outcomes), and the most efficient systems (cost-revenue), with the most satisfying systems for patients and providers function with as little delay as possible.”*

*[Les systèmes les plus efficaces (résultats cliniques), les systèmes les plus efficaces (coûts-recettes), ainsi que les systèmes les plus satisfaisants pour les patients et les dispensateurs fonctionnent tous avec le plus faible retard possible.]*

– Institute for Healthcare Improvement

Les Canadiens accordent une haute importance à l'accès en temps opportun et à la continuité avec leur médecin personnel. Les preuves indiquent que les résultats de santé sont meilleurs dans les collectivités où la population a un meilleur accès à des services globaux dispensés par des médecins de famille travaillant avec d'autres professionnels des soins de première ligne (Starfield et al, 2002). [Les soins globaux](#) impliquent la capacité du médecin de famille d'avoir accès à une vaste gamme de services de santé afin de répondre aux besoins des patients, de leurs familles et de leurs collectivités tout au long de la vie du patient.

- La pratique familiale assure à chaque Canadien un port d'attache médical accessible par le biais d'une variété de moyens qui offrent un éventail complet de soins pouvant être dispensés par des équipes de collaboration et couvrant plusieurs contextes communautaires.
- Une pratique familiale complète comprend :
  - Des soins de première ligne dans toute une variété de contextes qui devraient inclure les cabinets de médecine familiale, le domicile des patients, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux, les salles d'urgence et les contextes de soins de maternité.
  - La prestation de services aux patients de tous âges et aux différents stades de leur vie pour des maladies aiguës et chroniques, la prévention et la promotion de la santé, le soutien à l'autogestion de la santé et l'aiguillage vers d'autres services spécialisés au besoin.
  - Des programmes structurés pour [la prévention et la prise en charge des maladies chroniques](#)
- L'accès à une pratique familiale complète peut se faire par divers moyens, notamment le téléphone, le courriel, les portails Web, etc., et pourrait résulter en des visites traditionnelles au cabinet, des visites auprès de groupes ou des visites à domicile.
- La pratique familiale élabore des stratégies spécifiques pour l'accès à des ressources secondaires et tertiaires -
  - Consultations en spécialité
  - Imagerie diagnostique

- Services de santé mentale
- Autres services communautaires, p. ex. la physiothérapie et les soins à domicile

**Autres lectures :**

1. American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Physicians (ACP), American Osteopathic Association (AOA) Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home; Mars 2007. [PDF](#)

2. Chan BT. The declining comprehensiveness of primary care. CMAJ. 2002 Feb 19;166(4):429-34. [PubMed](#)

3. Goroll AH, Berenson RA, Schoenbaum SC, Gardner LB. Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care. J Gen Intern Med. 2007 Mar;22(3):410-5. [PubMed](#)

4. Rachlis V. At a crossroads: the future of comprehensive care in Canada. Can Fam Physician. 2006 Nov;52(11):1375-6, 1380-1. [PubMed](#)

5. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002 Jun;60(3):201-18. [PubMed](#)

## 2) SOINS PAR DES ÉQUIPES DE COLLABORATION

Les [équipes de collaboration](#) qui reflètent les besoins communautaires sont importantes pour l'accès aux soins globaux en temps opportun en pratique familiale. On sait qu'une équipe de collaboration est une composante clé de la prise en charge des maladies chroniques. Les relations des patients avec leur port d'attache habituel de pratique familiale seront renforcées par les relations concomitantes avec le dispensateur.

- La taille et la composition de l'équipe devraient être flexibles et adaptées aux besoins et aux valeurs de la collectivité.
- Les relations au sein de l'équipe devraient être soutenues par des structures qui favorisent :
  - Des objectifs d'équipe clairs et communs
  - Une définition claire du rôle
  - La collégialité
  - La confiance
  - Le soutien pour une prise de décision partagée
  - Le respect mutuel pour l'autonomie professionnelle
- Les équipes devraient inclure un rôle prépondérant des patients et un soutien pour l'autogestion par les patients.
- Les équipes devraient avoir une voix dans la gouvernance de leurs activités cliniques au sein de leur clinique, de leur collectivité ou de leur hôpital.

### Autres lectures :

1. Fast facts. Interprofessional care. Can Fam Physician. 2007 Jul;53(7):1206. [PubMed Central](#)
2. Behroozi D, Mazowita G, Davis MD. Collaboration in caring for psychiatric inpatients: Family physicians team up with psychiatrists and psychiatric nurses. Can Fam Physician. 2008 Jan;54(1):57. [PubMed](#)
3. Nasmith L. Working together. Can Fam Physician. 2006 Jul;52:925-6. [PubMed](#)
4. Orrantia E. Marathon works. How to thrive in rural practice. Can Fam Physician. 2005 Sep;51:1217-21. [PubMed](#)

5. Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. Health Res Policy Syst. 2007 Sep 25;5:9. [PubMed](#)
6. Soklaridis S, Oandasan I, Kimpton S. Family health teams: Can health professionals learn to work together? Can Fam Physician. 2007 Jul;53(7):1198-9. [PubMed](#)
7. Wilson CR. Dream-team for optimal care. Can Fam Physician. 2008 Feb;54(2):317-8. [PubMed](#)

### 3) CONTINUITÉ DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Les patients devraient recevoir des soins intégrés au contexte des [soins continus](#) dispensés dans leur pratique familiale puisque ceci améliore la qualité, l'efficacité et la satisfaction. Les pratiques familiales devraient assurer une continuité chronologique, longitudinale, informationnelle, géographique, interdisciplinaire, familiale et interpersonnelle. Les pratiques familiales devraient être structurées de façon à optimiser la continuité des soins à travers :

- Le temps
- Les endroits
- Les dossiers d'information
- Les disciplines des dispensateurs
- La famille
- Les domaines interpersonnels

La continuité renforce l'exercice selon la méthode clinique centrée sur le patient. Il est bien connu que la continuité des soins améliore l'observance des plans de traitement, réduit le délai pour les soins nécessaires, réduit l'utilisation des analyses de laboratoire, de l'imagerie, ainsi que des services d'urgence et hospitaliers, et améliore également la satisfaction du patient et du médecin, de même que la qualité des soins.

#### **Autres lectures :**

1. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008 Mar-Apr;6(2):116-23. [PubMed](#)

2. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831-41. Review. [PubMed](#)

3. Reid R, et al. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*; Mars 2002 50 p. [PDF](#)

4. Rosser W, Schultz K. Promoting continuity of care should be integral to any health care system. *CMAJ*. 2007 Nov 20;177(11):1385-6. [PubMed](#)

5. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005 Mar-Apr;3(2):159-66. Review. [PubMed](#)

6. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004 Sep-Oct;2(5):445-51. Review. [PubMed](#)

7. Turgeon J, Dumont S, St-Pierre M, Sévigny A, Vézina L. La continuité des soins oncologiques au Québec: au-delà des symptômes. *Can Fam Physician*. 2006 Dec;52(12):1572-3. Review. Article en français. [PubMed](#)

#### 4) SENSIBILITÉ COMMUNAUTAIRE PAR UNE APPROCHE DÉMOGRAPHIQUE

L'un des [Quatre principes de la médecine familiale](#) est 'La médecine familiale est une discipline communautaire'. Lorsque vous considérez une pratique, considérez la ou les populations qui composent la communauté :

- Votre pratique sera au service de quelles populations?
- Quels en sont les besoins?
- Qui détermine les besoins et comment?
- Y a-t-il des questions d'équité?
- Quelle est l'implication de cette pratique dans les ressources de santé régionales?
- Comment la pratique peut-elle influencer les politiques de santé locales?

Les pratiques familiales devraient :

- Participer activement à une [évaluation des besoins communautaires](#)
- Avoir des mécanismes pour assurer la participation de la collectivité /du patient, notamment des [conseils consultatifs communautaires](#)
- S'impliquer afin de répondre aux besoins de santé reconnus de la collectivité
- Réclamer une politique d'hygiène publique
- Identifier les objectifs d'équité culturelle / raciale / ethnique
- Établir des relations de travail avec les autorités régionales

**Autres lectures :**

##### **Défense des intérêts**

1. Anderson LM, Brownson RC, Fullilove MT, Teutsch SM, Novick LF, Fielding J, Land GH. Evidence-based public health policy and practice: promises and limits. Am J Prev Med. 2005 Jun;28(5 Suppl):226-30. Review. [PubMed](#)
2. Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. Healthy public policy: conceptual cognitive framework. Health Policy. 2007 Apr;81(1):42-55. Epub 2006 Jun 21. [PubMed](#)
3. Genuis SJ. Une once de prévention : prescription pour un système de santé en difficulté. Can Fam Physician. 2007 Apr;53(4):597-9, 605-7. Review. En français et en anglais. [PubMed](#)

4. Martin CM. Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. *Can Fam Physician*. 2007 Dec;53(12):2086-91. [PubMed](#)

### **Équité culturelle/raciale/ethnique**

1. Juckett G. Cross-cultural medicine. *Am Fam Physician*. 2005 Dec 1;72(11):2267-74. Review. [PubMed](#)

2. Pottie K. Misinterpretation: Language proficiency, recent immigrants, and global health disparities. *Can Fam Physician*. 2007 Nov;53(11):1899-901.01 [PubMed](#)

3. Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician*. 2007 Nov;53(11):1923-6. [PubMed](#)

4. Turner L. La sensibilité culturelle est-elle une manifestation d'insensibilité? *Can Fam Physician*. 2005 Apr;51:478-80, 483-5. En français et en anglais. [PubMed](#)

### **Relations avec les autorités régionales**

1. Frankish CJ, Moulton GE, Quantz D, Carson AJ, Casebeer AL, Eyles JD, Labonte R, Evoy BE. Addressing the non-medical determinants of health: a survey of Canada's health regions. *Can J Public Health*. 2007 Jan-Feb;98(1):41-7. [PubMed](#)

2. Hill A, Levitt C, Chambers LW, Cohen M, Underwood J. Primary care and population health promotion. Collaboration between family physicians and public health units in Ontario. *Can Fam Physician*. 2001 Jan;47:15-7, 22-5. [PubMed](#)

3. Morgan S, McMahon M, Mitton C. Centralising drug review to improve coverage decisions: economic lessons from (and for) Canada. *Appl Health Econ Health Policy*. 2006;5(2):67-73. [PubMed](#)

4. Teng F, Mitton C, Mackenzie J. Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *BMC Health Serv Res*. 2007 Jun 12;7:84. [PubMed](#)

## 5) INFRASTRUCTURE ET SOUTIEN SUFFISANTS

Pour avoir du succès, les pratiques ont certaines exigences. C'est l'endroit où vous passerez la plus grande partie de votre vie professionnelle et où vous répondrez aux besoins de vos patients. Est-ce que les outils et les ressources d'information vont vous aider positivement à répondre aux besoins de vos patients? La pratique est-elle axée activement sur la Qualité dans toutes ses dimensions et cherche-t-elle à l'améliorer? Est-ce que la gestion et le leadership sont valorisés et soutenus? Finalement, est-ce que le [mode de rémunération](#) est favorable pour les médecins, le personnel et l'établissement?

- Est-ce que les locaux de la pratique familiale offrent :
  - Des espaces communs et privés adéquats?
  - Une conception des bureaux qui assure le débit de patients?
  - Une conception des bureaux qui assure les relations et le fonctionnement de l'équipe?
  - Un environnement sécuritaire?
  - Un accès physique convenable pour les personnes handicapées?
- La [gouvernance](#) soutient-elle la participation des MF dans la gestion et le leadership?
- Est-ce que la [gestion de l'information](#) :
  - Utilise des dossiers électroniques ou papier fonctionnels?
  - Soutient la continuité des renseignements du patient entre les dispensateurs de soins et entre les contextes de prestation des soins?
- Y a-t-il un soutien financier pour le financement global de la pratique familiale axé sur les besoins de la population?
- Est-ce que le mode de [rémunération des médecins](#) :
  - Soutient les dimensions de la qualité?
  - Offre un revenu compétitif avec celui des autres spécialités médicales?
- Quels sont les frais généraux pour :
  - Les locaux?
  - Le personnel?
  - La technologie de l'information?
- Est-ce que les activités d'amélioration continue de la qualité soutiennent et comprennent :
  - La mesure / l'évaluation / des mécanismes d'action?
  - Une évaluation de la pratique?
  - Un soutien pour le développement du leadership?

## Autres lectures :

### Locaux de la pratique familiale

1. Module d'auto-apprentissage de l'AMC. Conception et aménagement d'un cabinet. Disponible à : <http://www.cma.ca/> Ce module examine plusieurs facteurs qui doivent être pris en considération lors de la sélection et de la conception d'un cabinet. Gratuit pour les membres de l'AMC et 25 \$ plus TPS pour les non membres de l'AMC.
2. Jones KE, Tamari IE. Making our offices universally accessible: guidelines for physicians. CMAJ. 1997 Mar 1;156(5):647-56. Review. [PubMed](#)
3. Kelsey-Mendez W. Accessibility is the key. Fam Pract Manag 1998 May. [Texte complet](#)
4. Peat M. Attitudes and access: advancing the rights of people with disabilities. CMAJ. 1997 Mar 1;156(5):657-9. Review. [PubMed](#)
5. Wells JE. Efficient office design for a successful practice. Fam Pract Manag. 2007 May;14(5):46-50. [PubMed](#)

### Gestion de l'information

1. Adler KG. How to successfully navigate your EHR implementation. Fam Pract Manag. 2007 Feb;14(2):33-9. [PubMed](#)
2. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, Morton SC, Shekelle PG. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 2006 May 16;144(10):742-52. Epub 2006 Apr 11. Review. [PubMed](#)
3. CanadianEMR. [Internet] CanadianEMR a clearinghouse for information about Canadian electronic medical records, is privately owned and based in Richmond, British Columbia. Alan Brookstone, a family physician and EMR advocate in British Columbia, serves as Executive Director. Available at: <http://www.canadianemr.ca/>
4. Santé Canada. [EMR \(Electronic medical Record\) Toolkit](#) [Internet] This resource manual and website is intended to help Canadian primary health care practices to adopt EMRs. Practices which are already using EMRs will find valuable information on EMR optimization and further benefits. Available from: <http://www.emrtoolkit.ca/>

5. Sullivan F, Wyatt JC. How informatics tools help deal with patients' problems. *BMJ*. 2005 Oct 22;331(7522):955-7. Review. [PubMed](#)

6. Terry AL, Thorpe CF, Giles G, Brown JB, Harris SB, Reid GJ, Thind A, Stewart M. Implementing electronic health records: Key factors in primary care. *Can Fam Physician*. 2008 May;54(5):730-6. [PubMed](#)

### **Aspect financier**

1. Bell CM, Levinson W. Pay for performance: learning about quality. *CMAJ*. 2007 Jun 5;176(12):1717-9. No abstract available. [PubMed](#)

2. Borglum K. Three steps to an effective practice budget. *Fam Pract Manag*. 2004 Jan;11(1):46-50. [PubMed](#)

3. Family Practice Management. [Family Practice Management Toolbox](#) [Internet] This journal's website offers a selection of financial management tools, many of which can be downloaded free of charge. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/fpm/fpmtoolbox.html>

4. Kullgren J, Sibella MD. Calculating your costs per visit. *Fam Pract Manag*. 2004 Apr;11(4):41-5. [PubMed](#)

5. Naccarella L, Southern D, Furler J, Scott A, Prosser L, Young D, Swerissen H, Waters E. Primary care funding and organisational policy options and implications: a narrative review of evidence from five comparator countries. *Med J Aust*. 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S73-6. Review. [PubMed](#)

6. Watts IT, Wenck B. Financing and the quality framework. *Aust Fam Physician*. 2007 Jan-Feb;36(1-2):32-4. [PubMed](#)

### **Amélioration continue de la qualité**

1. Agency for Healthcare Research and Quality. [AHRQ Health Care Innovations Exchange](#). [Internet] The website is designed to support health care professionals in sharing and adopting innovations that improve the delivery of care to patients. Contents include innovative strategies and quality-related tools, classified by clinical category, patient population, setting of care, and more. Available from: <http://www.innovations.ahrq.gov/>

2. Dartmouth-Hitchcock Medical Center. [Clinical Microsystems](#). [Internet] The website offers a variety of toolkits, workbooks, videos and articles that clinical teams can use to improve the quality and value of patient care as well as the work-life of all staff who contribute to patient care. These methods can be adapted to a wide variety of clinical settings. Available from: <http://dms.dartmouth.edu/cms/>
3. Institute for Healthcare Improvement. [90-Day R&D Project](#). [Internet] A quick way to research innovative ideas and assess their potential for advancing quality improvement is described. Available from: <http://www.ihf.org/IHI/Topics/Improvement/>
4. Institute for Healthcare Improvement. [Patient Safety](#) [Internet] The website offers content — including change concepts, measures, resources, improvement stories, and downloadable tools — to help improve patient safety. Available from: <http://www.ihf.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/>
5. McMaster University Dept of Family Medicine. [The Quality in Family Practice Project](#) [Internet] The website offers assessment tools and questionnaires for family practices developed during the Quality in Family Practice Project. Available from: <http://www.qualityinfamilypractice.com>
6. Mohler PJ, Mohler NB. Improving chronic illness care: lessons learned in a private practice. *Fam Pract Manag.* 2005 Nov-Dec;12(10):50-6. [PubMed](#)
7. Robert Wood Johnson Foundation. [Improving Chronic Illness Care](#). [Internet] There is growing recognition that chronic disease management and primary care renewal are inextricably linked. This website helps to support providers who care for chronically ill patients with guidelines and specialty expertise. Available from: <http://www.improvingchroniccare.org/>

## 6) SOUTIEN DES PROFESSIONNELS ET DU PERSONNEL POUR UNE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Les médecins de famille qui sont satisfaits tant au travail que dans leur vie personnelle dispensent de meilleurs soins à leurs patients. De nombreuses ressources et divers systèmes de soutien sont disponibles dans plusieurs domaines pour permettre aux médecins de famille d'avoir un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle.

- Flexibilité
  - Intérêts cliniques spéciaux
  - Soutien pour les responsabilités personnelles / familiales
  - Congé parental
- Collégialité
  - Occasions de mentorat
  - Disponibilité des associés pour assurer la couverture
- Soutien pour le développement professionnel continu
- Heures de travail / garde / vacances acceptables
- Soutien pour les médecins de famille en difficulté

### Autres lectures :

#### Bien-être des médecins

1. Analysis in Brief. Understanding Physician Satisfaction at Work: Results from the 2004 National Physician Survey. CIHI; 2006 Nov. [PDF](#)
2. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. Can Fam Physician. 2003 Sep;49:1121-7. [PubMed](#)
3. Association médicale canadienne. [Centre pour la santé et le mieux-être des médecins](#) [Internet] Le site Web a été créé dans le but d'offrir aux médecins et aux médecins en formation, ainsi qu'à leurs familles une source fiable d'information pour les aider à préserver leur santé et à prévenir les maladies, et pour assurer à l'échelle nationale le leadership et la représentation nécessaires face aux enjeux touchant la santé et le moral des médecins du Canada. Vous y trouverez les liens directs à tous les programmes de santé provinciaux et territoriaux à l'intention des médecins. Disponible à : [http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/25541/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/25541/la_id/1.htm)

4. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. BMC Med Educ. 2005 Jun 22;5:21 [PubMed](#)
5. Goldman LS, Myers MM, Dickstein LJ. The handbook of physician health: the essential guide to understanding the health care needs of physicians; 2000. 268 p. [Amazon WorldCat](#)
6. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience. Can Fam Physician. 2008 May;54(5):722-9. [PubMed](#)
7. Katz A et al. Résumé des données sur l'état de santé/le comportement des professionnels de la santé du Canada recueillies à la Foire sur la santé dans le cadre du FMF 2007. [[PowerPoint](#)]
8. Myers M, ed. CMA Guide to Physician Health and Well-Being. Association médicale canadienne. 36 p. Les sujets comprennent la santé mentale, l'abus de substances, le stress, l'épuisement professionnel, la prévention et le rétablissement. Disponible à : <http://www.cma.ca/>
9. Sotile WM, Sotile M. The resilient physician: effective emotional management for doctors and their medical organizations. American Medical Association, 2002. [Amazon WorldCat](#)

### **Soutien pour le développement professionnel continu**

1. Le Collège des médecins de famille du Canada. [Mainpro](#) [Internet] Le site Web décrit Mainpro® (Maintenance of Proficiency / Maintien de la compétence professionnelle), le programme du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui régit les exigences de formation médicale continue (FMC) de ses membres. Vous y trouverez également un [calendrier](#) des activités approuvées Manipro.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Le Centre de ressources de FMC en ligne du CMFC. [Internet] Le site Web offre l'accès à des ressources d'éducation en ligne qui s'ajoutent aux programmes éducatifs du CMFC. Disponible à : <http://www.cfpc.ca/local/asp/cfpc/ecme.asp>
3. Fondation pour l'éducation médicale continue. [Internet] La Fondation pour l'éducation médicale continue (FEMC) est un organisme canadien sans but lucratif voué au développement, à la production et à l'évaluation de programmes de formation continue pour les médecins de famille/omnipraticiens en exercice. Disponible à : <http://www.fmpe.org/en/about/index.htm>

4. Wyatt JC, Sullivan F. Keeping up: learning in the workplace. *BMJ*. 2005 Nov 12;331(7525):1129-32.  
Review. [PubMed](#)