

Université de Montréal

Analyse des facteurs influençant le choix de programme de résidence
des leaders étudiants en médecine du Québec : le rôle des GIMF.

par
Antoine Groulx

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté au comité de révision
en vue de l'obtention du grade de MSc en
administration des services de santé
option analyse et évaluation du système de santé

avril 2012

© Antoine Groulx, 2012

Université de Montréal
Faculté de médecine

Ce mémoire intitulé :
Analyse des facteurs influençant le choix de programme de résidence
des leaders étudiants en médecine du Québec : le rôle des GIMF.

présenté par :
Antoine Groulx

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :
Dre Marie-Pascale Pomey, président-rapporteur
Pr Régis Blais, directeur de recherche
Pr François Lagarde, co-directeur de recherche
Dr Renaldo Battista, membre du jury

Résumé

Problématique : En dépit de nombreuses initiatives et interventions au cours des dernières années, l'intérêt des étudiants en médecine pour la médecine de famille (MF) demeure inférieur aux attentes des planificateurs de services de santé.

Objectifs : Préciser les facteurs qui influencent les leaders étudiants en médecine dans leur choix de programme de résidence en s'intéressant plus spécifiquement aux groupes d'intérêt en médecine de famille (GIMF) et aux moyens d'accroître leur efficacité.

Stratégie et devis : Approche synthétique par étude de cas multiples à un seul niveau d'analyse. Recherche descriptive à finalité instrumentale en recherche-action.

Participants : Leaders étudiants de trois facultés de médecine du Québec (n=21), sélectionnés par choix raisonné à l'aide d'un sociogramme.

Méthode : Groupes de discussion et questionnaire autoadministré. Analyse qualitative assistée par le logiciel N-Vivo.

Résultats : Différents facteurs, dont l'existence des GIMF, influencent le choix de carrière des étudiants en médecine. Pour augmenter la capacité des GIMF d'intéresser les étudiants à la MF, on pourrait notamment s'appuyer sur les groupes d'intérêt d'autres spécialités et développer une approche de marketing social auprès des indécis, insistant sur leurs motivations d'ordre émotionnel.

Conclusion : Les GIMF peuvent contribuer à la promotion et à la valorisation de la MF chez les étudiants en médecine du Québec. En s'intéressant aux leaders étudiants en

médecine et leur influence naturelle sur leurs pairs, il est possible d'accroître l'efficacité des GIMF.

Mots clés : leaders, groupes d'intérêt en médecine de famille, médecine de famille.

Abstract

Background : Despite numerous initiatives and interventions in recent years, medical students' interest for family medicine (FM) remains inferior to the health planners' target.

Objectives : To identify the factors that influence medical student leaders in their choice of residency program, with a focus on Family medicine student interest groups (FaMSIG) and ways to improve their efficacy.

Strategy : Synthetic approach by multiple case studies at a single level of analysis. Descriptive research with instrumental endpoint in action-research.

Participants : Medical leaders from three faculties of medicine in Quebec (n=21), selected by rational choice with a sociogram.

Method : Focus groups and self-submitted questionnaire. Qualitative analysis assisted by N-Vivo software.

Results : Many factors, including the existence of FaMSIG, influence medical students' career choice. To increase FaMSIGs' capacity to interest students in FM, we could emulate student interest groups in other specialities and develop a social marketing approach for use among the undecided, stressing their emotional motivations.

Conclusion : FaMSIGs can contribute to the promotion and increased value of FM among medical students in Quebec. By focussing on medical students leaders and their natural influence on their peers, it is possible to increase FaMSIGs' efficacy.

Key words : leaders, FaMSIG, family medicine.

Table des matières

Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures.....	xii
Liste des sigles et abréviations	xiii
Remerciements	xiv
Chapitre 1 Introduction.....	1
1.1 Problématique	1
1.2 Objectifs.....	3
Chapitre 2 État des connaissances et cadre conceptuel.....	5
2.1 État des connaissances	5
2.1.1 Choisir la MF	5
2.1.2 Solutions au désintérêt pour la médecine de famille.....	13
2.1.3 Les GIMF	15
2.1.4 Diffusion de l'innovation et marketing social.....	18
2.1.5 Résumé de l'état des connaissances.....	24
2.2 Cadre conceptuel.....	25
2.2.1 Modèle conceptuel initial.....	25

2.2.2 Hypothèses et questions de recherche	27
Chapitre 3 Méthodologie.....	28
3.1 Stratégie de recherche	28
3.2 Validité	29
3.3 Population à l'étude.....	32
3.3.1 Population cible.....	32
3.3.2 Échantillon	37
3.4 Définition opérationnelle des variables à l'étude.....	39
3.5 Collecte des données.....	44
3.5.1 Méthode de collecte des données	44
3.5.2 Qualité des instruments de mesure.....	47
3.6 Analyse des données	47
3.7 Considérations éthiques	49
Chapitre 4 Résultats	50
4.1 Groupes de discussion.....	51
4.1.1 Facteurs généraux influençant le choix de carrière des étudiants (modèle conceptuel modifié).....	51
4.1.2 Influence spécifique des GIMF dans la valorisation et la promotion de la MF	78

4.1.3 Comment améliorer les GIMF	80
4.1.4 Facteurs influençant la participation aux GIMF.....	85
4.2 Questionnaires.....	86
Chapitre 5 Discussion	89
5.1 Nouveau modèle conceptuel d'influence.....	91
5.1.1 Société et gouvernements.....	91
5.1.2 Facultés de médecine.....	93
5.1.3 Facteurs familiaux ou associés aux amis ou collègues.....	95
5.1.4 Facteurs personnels	96
5.1.5 Qualité de vie attribuée aux spécialités médicales	96
5.1.6 Influence spécifique des GIMF	101
5.1.7 Questionnaires	103
5.1.8 Modèle d'ensemble.....	104
5.2 Contribution théorique de cette étude	106
5.3 Forces et limites de l'étude	108
5.3.1 Forces	108
5.3.2 Limites.....	109
5.4 Recommandations.....	112

5.4.1 CQMF/CMFC	113
5.4.2 Facultés de médecine.....	114
5.4.3 Gouvernement	117
5.4.4 GIMF	118
5.4.5 FMOQ.....	118
5.4.6 Tous les acteurs.....	119
5.5 Recherches futures	120
Chapitre 6 Conclusion.....	122
Références.....	125
Annexes	i
Annexe I : Test sociométrique	ii
Annexe II : Courriel de recrutement	v
Annexe III : Contenu de la communication téléphonique	vii
Annexe IV : Grille des discussions de groupe.....	ix
Annexe V : Formulaire de consentement écrit à participer à l'étude.....	xi
Annexe VI : Questionnaire	xviii
Annexe VII : Approbation éthique Université de Montréal.....	xxi

Annexe VIII : Approbation éthique Université McGill.....xxiii

Liste des tableaux

Tableau I : Données statistiques de recrutement de leaders par sociogramme.....	37
Tableau II : Taux de réponse aux questionnaires.....	87
Tableau III : Sommaire des réponses aux questionnaires.....	88

Liste des figures

Figure 1. Adoption d'une innovation selon la théorie de la diffusion des innovations de Rogers.....	20
Figure 2. Modèle conceptuel des différents facteurs pouvant influencer le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine.....	26
Figure 3 : Facteurs influençant le choix d'un programme de résidence en médecine.....	77

Liste des sigles et abréviations

AAFP : American Academy of Family Physicians

AMP : Activités médicales particulières

APP : Apprentissage par problèmes

CaRMS : Canadian Resident Matching Service

CMFC : Collège des médecins de famille du Canada

CQMF : Collège québécois des médecins de famille

FMF : Forum en médecine familiale du CMFC

FMEQ : Fédération médicale étudiante du Québec

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FMRQ : Fédération des médecins résidents du Québec

GIMF : Groupes d'intérêt en médecine de famille

MF : Médecine de famille

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

PM : Programme de médecine

PREM : Plans régionaux d'effectifs médicaux

ROC : *Rest of Canada* (Canada sans le Québec)

UdeM : Université de Montréal

UdeS : Université de Sherbrooke

UL : Université Laval

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier les étudiants en médecine qui se sont prêtés au difficile travail de remplir les sociogrammes et aux leaders qui ont accepté de participer aux discussions de groupe. Certains d'entre eux sont allés jusqu'à valider la traduction de documents alors que d'autres se sont montrés autant organisateurs que participants. C'est probablement là l'avantage de travailler avec des leaders...

Je remercie mon directeur, Pr Régis Blais, et mon codirecteur, Pr François Lagarde, dont les conseils et les bons mots ont su me garder sur la bonne voie.

Merci à mes subventionnaires : l'Université Laval, l'ASSS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la FMOQ, le CMFC et le CSSS de La Côte-de-Gaspé. Leur apport a certainement contribué à me motiver à me rendre au bout de ce long voyage.

Je remercie mes parents et amis qui ont enduré mes ruminations, pas toujours constructives.

Un merci tout spécial à Justin Jefferson-Falardeau pour son assistance précieuse dans les discussions de groupe, mais aussi pour son indéfectible soutien psychologique tout au cours de ma formation en administration de la santé et la rédaction du présent mémoire.

Enfin, plus que tout, merci à la femme de ma vie et mère de mes deux adorables enfants, présente au quotidien pour me suivre dans mes jours enflammés et passionnés comme dans ceux les plus sombres. Ce mémoire t'appartient presque autant qu'à moi Isabelle. Merci!

Chapitre 1 Introduction

1.1 Problématique

À l'instar de nombreux pays occidentaux, le système de santé canadien questionne aujourd'hui sérieusement ses assises et fondements [1]. Au coeur des grands courants de réforme se trouve l'éternelle quête d'efficience que mènent les décideurs [1]. Dans cette perspective, de nombreuses études démontrent l'intérêt de systèmes de soins fondés sur une première ligne bien établie [2] et proposent des moyens de consolider cette première ligne. La médecine de famille (MF) constituant la pierre angulaire de ces soins de base [3] et la principale porte d'entrée dans le système de soins, il va de soi que les citoyens et leurs élus y accordent une attention particulière, surtout quand on sait que près du quart de la population québécoise est sans médecin de famille [4]. Or malgré cette attention marquée pour la médecine de première ligne, les étudiants en médecine boudent comme jamais auparavant la MF [5]. Partout au Canada, leur intérêt pour cette spécialité périclité, atteignant au Québec un creux historique de 31 % de premier choix en 2009 [6], soit 235 étudiants. Sachant que ce pourcentage devrait atteindre au moins 45 % (341 étudiants) afin d'assurer la seule pérennité des effectifs actuels en MF au Québec [7], ces chiffres inquiètent.

Dans ces circonstances, de nombreuses initiatives et recherches se sont donc penchées sur ce désintérêt [8], mettant en lumière plusieurs hypothèses causales, mais aussi quelques pistes de solution porteuses [9]. Les groupes d'intérêt en médecine de famille (GIMF), en raison du consensus qu'ils suscitent [10], constituent l'une de ces voies prometteuses [10].

Un GIMF [11] est un regroupement plus ou moins formalisé d'étudiants en médecine (toutes années du programme de formation confondues) partageant un intérêt commun pour la MF. Ces groupes visent à accroître l'exposition à la MF durant un cours de médecine, à promouvoir la spécialité et la pratique de la MF et à améliorer l'image générale de cette spécialité. Les GIMF suivent un modèle semblable, généralement constitués sur la base d'initiatives étudiantes et, bien que soutenus par les départements de MF et des programmes de médecine, demeurent hors du curriculum formel. Les activités organisées par les GIMF varient elles aussi assez peu d'un GIMF canadien à l'autre. Elles consistent surtout en ateliers pratiques (principalement techniques), en rencontres d'échange entre étudiants, en conférences données par des médecins de famille venant de milieux ou d'orientations de pratique diversifiés et en une variété de stages cliniques hors curriculum de type mentorat. Les activités sont offertes à tous les étudiants en médecine et sont sans frais pour les participants.

Chaque faculté de médecine québécoise possède actuellement au moins un GIMF [8]. Si ces groupes d'intérêt ont démontré une certaine efficacité dans le reste du Canada (Rest of Canada — ROC) [12] et aux États-Unis [13, 14], les données probantes quant à l'efficacité

de ces groupes font toujours défaut au Québec. Or, si le désintérêt des étudiants pour la médecine de première ligne semble généralisé au Canada, le Québec diffère à plusieurs égards [15]. D'une part, les groupes d'intérêt étudiants y sont peu nombreux et peu connus [8]. D'autre part, l'intérêt pour la MF apparaît plus lent à s'accroître [6]. L'influence positive des GIMF au Québec demeure donc encore incertaine.

1.2 Objectifs

Les objectifs de cette recherche sont de trois ordres. Premièrement, il s'agit de décrire l'influence actuelle des GIMF en tant qu'instruments de promotion et de valorisation de la spécialité de MF auprès des étudiants en médecine du Québec. Deuxièmement, cette recherche vise à comprendre les facteurs qui guident les étudiants en médecine vers la MF ou d'autres spécialités. Troisièmement, elle veut contribuer au développement futur des GIMF afin d'accroître leur influence en s'inspirant de la théorie de la *diffusion des innovations* [16]. Cette théorie postule qu'il est possible de maximiser l'adhésion à une innovation en misant sur l'influence qu'exerce un système social et ses leaders.

Ainsi, en précisant comment les GIMF influencent certains leaders étudiants en médecine à choisir la MF, on pourrait mieux développer la gamme d'activités offertes par ces groupes pour mieux répondre aux attentes de ces importants acteurs du système social de diffusion.

Ces mêmes leaders, ayant définitivement confirmé leur choix de la MF, influenceront naturellement à leur tour leurs pairs, étendant d'autant l'influence des GIMF.

Cela dit, avant de s'avancer davantage, il importe de s'appuyer sur une rigoureuse recension des écrits.

Chapitre 2 État des connaissances et cadre conceptuel

2.1 État des connaissances

2.1.1 Choisir la MF

Du début des années 1990 au milieu de la précédente décennie, l'intérêt pour la MF n'a cessé de décroître chez les étudiants en médecine canadiens [6]. De 1992 à 2003, le pourcentage d'étudiants inscrits dans un programme de médecine (PM) choisissant la MF comme premier choix est passé de 44 % à 23 % à l'échelle nationale [6]. Grâce à l'intervention de nombreux acteurs, dont le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'intérêt pour la MF a depuis repris un peu de vigueur dans le ROC, suivant une tendance en dents de scie [6]. Au Québec, la même tendance a été observée, mais avec un peu de retard et un peu plus de labilité, les taux oscillant entre 30 et 40 % chaque année depuis 2006. Selon les données du Canadian Resident Matching Service (CaRMS), qui ne sont disponibles que depuis 2006 pour les facultés de médecine des universités de Montréal (UdeM), Laval (UL) et Sherbrooke (UdeS), les demandes de résidence en MF atteignaient un creux historique de 31 % de premier choix en 2009, et 19 % des postes demeuraient vacants [6].

Ailleurs dans le monde, les scénarios varient. En Grande-Bretagne, où les médecins de famille ont acquis une place centrale dans le système de soins (notamment avec la venue de la capitation, ce mode de rémunération des médecins s'appuyant sur le nombre de patients inscrits au nom dudit médecin ou du groupe dont il fait partie), l'intérêt pour la MF a progressé [17]. Aux États-Unis cependant, le problème de pénurie était tel que l'American Academy of Family Physicians (AAFP) a fait de l'intérêt des étudiants pour la MF une priorité pour 2009-2010 [3]. La réforme proposée par l'administration Obama semble avoir contribué à inverser cette tendance alors que les plus récentes statistiques américaines montrent un regain d'intérêt pour les spécialités de base [18].

Malgré les conséquences potentiellement désastreuses que peut exercer ce désintérêt sur le futur de la médecine de première ligne au Canada [19], les écrits scientifiques portant sur l'attractivité de la MF demeurent rares. La plupart des documents récents sur la question relèvent d'une littérature grise constituée de sommaires et de présentations données par des acteurs clés tels que les associations médicales [4], les universités ou les ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux. Il n'en demeure pas moins que l'opinion de tous ces intervenants sur la question fait consensus : le désintérêt pour la MF constitue un problème de taille [10]. Pour pallier cette tendance, des universités ont modifié leurs programmes de formation ou ont créé des codes d'éthique afin de résoudre certains des problèmes bien connus liés à la popularité de la MF [20], comme les commentaires désobligeants de collègues d'autres spécialités (*curriculum caché* ou *hidden curriculum*, ces *programmes* officieux générés par la répétition de commentaires visant à décourager les

étudiants de s'intéresser à une spécialité donnée en adoptant une attitude et en formulant des commentaires récurrents défavorables [21]) et le manque d'exposition à des médecins de famille en cours de formation. D'autres se sont plutôt tournées vers le marketing afin de trouver de nouveaux moyens concrets de valoriser et promouvoir la MF [20, 22]. Le Collège des médecins du Québec a aussi mis l'épaule à la roue alors qu'il admettait, en novembre 2010, la MF parmi les 54 spécialités officiellement reconnues au Québec [23].

En 2007 à Toronto, Kerr faisait une excellente synthèse des facteurs les plus étudiés relativement à la modulation de l'intérêt pour la MF [12]. Il divisait ces facteurs en deux catégories selon qu'ils exerçaient leur influence avant ou pendant la formation en médecine. Parmi ces facteurs préexistants favorisant l'intérêt pour la MF, il citait : 1) avoir vécu une expérience de vie rurale; 2) provenir d'un milieu socio-économique défavorisé; 3) être issu d'une famille où les revenus et le niveau d'instruction des parents sont faibles; 4) être d'un âge plus avancé (au moment d'entreprendre les études de médecine); 5) présenter un intérêt social marqué (c'est-à-dire favorable à l'intérêt de la société avant l'intérêt individuel). Kerr avançait deux autres facteurs souvent évoqués informellement au sein des communautés universitaires dont l'influence serait plutôt neutre sur cet intérêt avant l'entrée en médecine, soit : 6) être membre d'un groupe ethnique minoritaire et 7) avoir des antécédents universitaires (c'est-à-dire un cheminement ayant comporté certaines activités universitaires comme la recherche ou l'enseignement).

Concernant les facteurs ayant démontré leur influence pendant le PM, Kerr mentionnait ceux qui accroissent l'intérêt pour la MF : 1) avoir participé à des programmes visant une augmentation de l'intérêt pour la MF (comme des rencontres avec des médecins de famille par exemple); 2) suivre le programme d'une faculté misant davantage sur le généralisme, que définissait Sir William Osler, éminent médecin canadien père de la médecine moderne, comme le caractère de la pratique d'un médecin possédant une ou plusieurs connaissances spécialisées délimitées et jumelées à un besoin social (certaines facultés sont réputées pour valoriser davantage la spécialisation); 3) souhaiter pratiquer la MF en début de PM; valoriser certains types de pratique comme 4) la pratique rurale ou en milieu défavorisé; 5) une pratique flexible, prévisible et variée; 6) une pratique permettant de maintenir des activités hors du travail et un mode de vie sain; 7) une pratique favorisant la relation patient-médecin (c'est-à-dire où l'établissement d'une relation avec le patient relève une importance particulière); 8) une pratique favorisant les défis et stimulante intellectuellement. Enfin, Kerr soulignait qu'une exposition accrue à la MF en cours de programme augmente l'intérêt des étudiants, notamment 9) des stages, des cours ou d'autres activités, 10) des contacts directs avec des résidents en MF ou des médecins de famille mentors.

À l'opposé, les facteurs réputés diminuer l'intérêt pour la MF en cours de programme étaient : 1) entretenir des attentes salariales élevées ou percevoir un faible potentiel de revenus rattaché à la MF; 2) suivre un programme dans une faculté traditionnellement favorable à la spécialisation (en opposition à la variable précédemment citée); 3) présenter

un intérêt marqué pour la pratique hospitalière, la recherche ou une carrière universitaire; avoir évolué dans un contexte dévalorisant la MF notamment 4) un contexte universitaire hostile à la MF (influence des *programmes cachés*) ou 5) la fréquentation de contremodèles (médecins de famille aux compétences ou à l'attitude jugée médiocre par les étudiants). Kerr cite encore le fait de percevoir 6) un manque de prestige associé à la MF ou 7) un faible défi intellectuel relié à cette discipline. Il rapporte ici encore un certain nombre d'autres facteurs, souvent évoqués informellement par différents acteurs du milieu, qui ne semblent pourtant pas exercer d'influence durant le PM soit : 8) les modalités de sélection des candidats (entrevue et critères d'admission) et 9) les mandats législatifs (transformation insidieuse des guides de pratique clinique en règles inflexibles dont le clinicien ne devrait pas déroger [24]).

Par ailleurs, depuis 2007, différents groupes ont proposé d'autres facteurs pouvant exercer une influence sur l'intérêt des étudiants en médecine pour la MF. C'est le cas de l'UdeS [25], de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) [26] et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) [4] qui ont avancé l'effet défavorable de facteurs tels que 1) le manque de soutien à la pratique (FMOQ), 2) le grand nombre d'activités médicoadministratives en MF (FMRQ, UdeS) et 3) la trop courte durée de la formation en MF (pour que l'étudiant se sente compétent) (UdeS). Un coup de sonde impromptu de la FMRQ auprès de médecins résidents en MF réalisé en 2010 soulignait de manière flagrante (au centre de 60 % des commentaires reçus) à quel point les futurs médecins de famille semblaient rebutés a priori par la *prise en charge et le suivi* de patients

principalement en raison des facteurs ci-haut mentionnés. Cela dit, les suggestions de ces universités et associations professionnelles ne s'appuient pas sur des études empiriques, mais plutôt sur une littérature grise souvent constituée de propos recueillis auprès d'étudiants de manière informelle ou par des sondages auprès de leurs membres par exemple. Sans négliger ces facteurs plus récemment identifiés, il serait probablement prématuré de les considérer au même titre que les précédents.

En 2010, Karazivan avançait quant à lui dans son mémoire de maîtrise [27] une théorie novatrice pouvant expliquer pourquoi les efforts actuels de valorisation de la MF n'avaient pas généré jusqu'ici les résultats escomptés. Cette théorie, construite sur la base d'entrevues avec de jeunes médecins de famille surspécialisés, stipule que les choix professionnels de médecins d'urgence se basent d'abord et avant tout sur des valeurs très individualistes telles que la qualité de vie et la liberté, la compétence, la performance, la valorisation et la satisfaction. Par contre, la responsabilité sociale et le sens du devoir envers la population, valeurs traditionnellement associées à la MF, ne figurent pas au coeur de leurs préoccupations.

En janvier 2011, Scott et ses collègues [28] publiaient une imposante étude prospective réalisée auprès de 1 542 étudiants de huit facultés de médecine du Canada et visant à identifier les caractéristiques des étudiants à l'admission qui comportait la meilleure valeur prédictive de choisir la spécialité de MF au terme de leur doctorat. Leurs résultats soutenaient que les caractéristiques démographiques et attitudinales suivantes étaient les

plus enclines à prédire le choix de la MF : être plus âgé, être engagé dans une relation amoureuse stable, avoir des parents sans formation post-graduée, n'avoir aucune famille ou amis médecins, avoir participé à du bénévolat dans des pays en voie de développement, ne pas avoir fait de bénévolat auprès de personnes âgées, souhaiter une pratique variée, présenter une orientation sociétale, présenter un faible intérêt pour la recherche, exprimer le souhait de compléter une formation post-graduée de courte durée et exprimer une préférence moindre pour les aspects médicaux que sociaux.

De son côté, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), en collaboration avec l'UL [29], a elle aussi entrepris de préciser en 2008-2009 les facteurs conduisant les étudiants à choisir la MF. À l'aide d'un questionnaire rigoureux administré à 1 560 étudiants des quatre facultés de médecine du Québec, la FMEQ a mis en évidence certains facteurs clés propices à conduire un étudiant en médecine à s'orienter vers la MF. Ainsi, chez les étudiants s'orientant vers la MF, les aspects humains, le mode de vie associé à la MF et la durée de la résidence revêtaient tous trois une très grande importance. La possibilité de pratiquer en région ou être originaire d'un milieu rural semblait être modérément important alors que des stages de formation en région, une expérience communautaire positive et une expérience de stage en milieu rural avaient une importance faible, mais aussi favorable. En contrepartie, certains facteurs semblaient éloigner les étudiants de la MF. C'est le cas notamment des faibles occasions de carrière de recherche (importance disproportionnellement grande chez les répondants), le prestige déficient, les expériences heureuses dans d'autres spécialités et les revenus moindres associés à la MF.

Bien que le questionnaire produit par la FMEQ ait contribué à soutenir plusieurs des conclusions de Kerr, le manque de détails sur les thèmes avancés en réduit l'intelligibilité. C'est tout particulièrement le cas du *mode de vie*, abondamment évoqué sans être concrétisé. De plus, très peu d'informations permettent d'y préciser l'influence des GIMF sur les choix de carrière des étudiants québécois.

L'étude descriptive de Vanasse et son équipe [30], basée sur les données du sondage national des médecins et publiée en juin 2011, allait dans le même sens que ses confrères. Portant sur l'attrait de la MF pour les étudiants en médecine, l'étude soulevait combien la dette accumulée et l'intérêt pour la recherche avaient une relation inverse très forte avec le choix d'un programme de résidence en MF au Canada.

Enfin, il importe de préciser que les études sur lesquelles s'appuie Kerr, Vanasse, Scott et les auteurs qu'ils citent incluent peu de données québécoises ou n'y sont pas spécifiques. Quant aux données de Karazivan ou de la FMEQ, si elles éclairent les facteurs d'influence des choix professionnels de jeunes médecins, elles s'intéressent avant tout au choix du type de pratique et non à celui d'une spécialité. Cela dit, même si ces données soulèvent certaines des nombreuses similitudes qui existent entre les facultés québécoises et les autres facultés canadiennes, il semble légitime de remettre en question leur applicabilité à la réalité du Québec où les MF partagent plus leurs activités entre le cabinet et les établissements que partout ailleurs au Canada [4].

2.1.2 Solutions au désintérêt pour la médecine de famille

Face à cette situation épineuse, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a mis sur pied en 2008 une table de concertation portant spécifiquement sur la valorisation de la MF afin de préciser la problématique et de déterminer des pistes de solutions [31]. Parallèlement, de nombreuses autres initiatives ont vu le jour [8]. Toutes ces réflexions ont permis de soulever plusieurs hypothèses causales, mais aussi de dégager quelques pistes de solutions prometteuses. Parmi celles-ci, une plus grande reconnaissance de la MF sur tous les plans, une meilleure rémunération, un plus grand soutien à la pratique, un plus grand apport des médecins de famille à la formation prédoctorale et un mentorat plus systématique constituent les éléments les plus souvent rapportés [9].

Ensuite, un projet financé par Santé Canada [32] regroupant l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le CMFC, le CRMCC et le CMQ appelé *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada* s'est intéressé à identifier l'influence de la formation postdoctorale en matière de carrière des étudiants et résidents en médecine. Dans son rapport présenté à l'été 2010, ce groupe, piloté par Nicole Leduc et Alain Vanasse, a proposé un modèle original du processus décisionnel qui concluait à l'efficacité d'une exposition précoce et prolongée aux spécialités de première ligne et aux stages en milieux ruraux pour intéresser les étudiants à choisir la MF. Ils soulignaient aussi que les données canadiennes et internationales montrent que la MF est perçue comme une spécialité intellectuellement moins stimulante que les autres et ne présente pas d'opportunités de

recherche aussi attrayantes. L'équipe attribuait cette perception à la rareté des modèles de rôle et de mentors en MF tout en soulignant que ces facteurs étaient modifiables. Par ailleurs, ils soulignaient la tendance du système de santé à la spécialisation, y compris au sein de la MF. Ils évoquaient aussi le désintéressement à l'égard de l'aspect entrepreneurial de la profession médicale, traduisant l'importance de redéfinir les besoins de la population et du soutien en ressources humaines pour mieux définir les champs de pratique médicaux pertinents. Le modèle présentait aussi la place prépondérante accordée par les étudiants à l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle et l'importance de ne pas en faire abstraction dans les prévisions des besoins de main-d'oeuvre médicale. Le rapport préliminaire présenté par ce consortium, en novembre 2011, avançait aussi certaines recommandations afin d'assurer la pérennité du système de santé au pays. Parmi celles-ci, il proposait de favoriser l'équilibre entre MF et autres spécialistes sur les plans de la répartition et du nombre d'enseignants, de cliniciens-chercheurs et de leaders dans les facultés. Il encourageait enfin à revoir le modèle d'évaluation de la compétence des étudiants en utilisant des modalités multiples et des commentaires des intéressés, des superviseurs, des pairs, d'autres professionnels de la santé, des patients et des familles.

Par contre, ces pistes de solution comportent leurs limites : image sociale longue à modifier, contraintes budgétaires ministérielles, pénurie concomitante d'infirmières (dont les médecins de famille attendent impatiemment l'aide et le soutien pour le suivi des patients), culture historique d'enseignement universitaire par des médecins issus d'autres spécialités que la MF et pénurie de médecins de famille (laissant présager une charge de

travail accrue pour de nouveaux médecins de famille). C'est pourquoi il apparaît important d'explorer des pistes de solution alternatives ou complémentaires à celles mentionnées. Les GIMF, en raison du consensus qu'ils suscitent auprès des acteurs de la promotion et de la valorisation de la MF, constituent certainement l'une des solutions les plus prometteuses [4, 10].

2.1.3 Les GIMF

Le consensus autour des GIMF apparaît d'autant plus tangible que chaque campus de médecine québécois possède aujourd'hui au moins un GIMF (UdeM — Montréal et Trois-Rivières —, McGill, UL, UdeS — Sherbrooke et Saguenay —). Ces groupes sont soutenus de manière variable par les universités, par différents acteurs du domaine de la MF, notamment le CQMF avec ses démarches ministérielles et son soutien au réseautage, le CMFC avec sa section des étudiants et la FMOQ avec la création récente du magazine *Première ligne*, revue en ligne des GIMF. Ces associations et le MSSS y ont ainsi investi des sommes croissantes dans ces groupes depuis la création des premiers d'entre eux au Québec (UdeM, UdeS, UL et McGill) il y a près de dix ans [4, 9]. Pourtant, les GIMF demeurent peu étudiés. Mis à part deux études américaines qui font état de groupes d'intérêt en médecine interne et en MF au milieu des années 1990 [14, 33], la littérature à l'égard de ces groupes est muette jusqu'au tournant du siècle. Inspirées par le modèle américain, des facultés de médecine canadiennes aux prises avec le même problème de

désaffection pour la MF que leurs voisins du sud optent alors pour la création de GIMF. C'est le cas de l'Université de la Saskatchewan qui créait le premier GIMF canadien en 2001 [9]. Peu à peu, devant l'enthousiasme suscité par cette création, toutes les autres facultés de médecine canadiennes se doteront de GIMF [20], notamment avec le soutien du CMFC [34]. Ce sont en fait les membres des 17 facultés de médecine du pays rassemblés par la section des étudiants de ce collège qui ont progressivement convenu de déployer partout ces groupes. Au Québec, les GIMF sont nés dans les quatre facultés de médecine en 2006. Bien que certaines différences existent entre les GIMF, ils comportent tous à peu près la même structure de base présentée plus haut, dans l'introduction (ex. : initiative étudiante organisant certaines activités cliniques et conférences mettant à l'avant-plan les médecins de famille).

Malgré le consensus des facultés canadiennes, ce modèle demeure peu étudié en Amérique du Nord et, à notre connaissance, pas du tout au Québec ou ailleurs dans le monde. En effet, une revue extensive de la littérature de langue anglaise et française corroborée par le service de bibliothèque spécialisé en MF du CMFC confirme l'inexistence de publications portant sur quelque forme de groupe d'intérêt associé au domaine de la formation médicale où que ce soit ailleurs qu'en Amérique du Nord. De plus, la majeure portion des informations sur lesquelles s'appuient les organisateurs de GIMF du Canada relève d'études de cas de type journalistique (sondages et articles non révisés par les pairs). Seule l'étude rigoureuse de Kerr [12] appuie l'apport des GIMF sous leur forme actuelle comme moyen d'affermir l'intérêt des étudiants en médecine canadiens pour la MF. Il avance ainsi

que chez ceux qui se disent intéressés par une carrière en MF, les GIMF 1) constituent une source d'information significative; 2) aident les étudiants à se sentir supportés dans leur choix de la MF; 3) diminuent le sentiment d'isolement perçu et 4) contrebalancent le dénigrement de la MF dans les facultés. Chez les étudiants qui pensent à la MF comme à d'autres spécialités, les GIMF maintiendraient l'intérêt des étudiants pour la MF. Enfin, chez les étudiants qui ne considèrent pas la MF comme possibilité de carrière, les GIMF ne sembleraient pas exercer d'influence particulière, mais paraîtraient utiles pour transmettre de l'information sur la MF et encourager à chercher plus de formation en MF. Toutefois, ses travaux ne précisent pas l'influence de ces groupes sur le choix des programmes de résidence des étudiants.

Par ailleurs, il n'y a aussi que l'étude de Kerr [12] qui soutient que certaines des activités offertes par les GIMF sont plus efficaces ou utiles que d'autres pour affermir l'intérêt des étudiants pour la MF. C'est aussi la seule étude qui aborde avec rigueur la nature des activités proposées par les GIMF en avançant que les ateliers pratiques et les conférences données par des médecins de famille constituent les activités les plus populaires. Cela dit, il importe de préciser qu'au Québec, l'affluence aux différentes activités n'est pas encore formellement comptabilisée. Malgré cette convergence apparente, les GIMF ne peuvent pas expliquer à eux seuls les étonnantes fluctuations de l'intérêt pour la MF observées année après année à la grandeur du pays. Il semble légitime de s'interroger sur les raisons de ces fluctuations de l'intérêt pour la MF et l'influence de leaders d'opinion pourrait faire partie de la réponse comme en témoignent différentes communications que nous avons eues avec les directions de programmes de résidence en MF de UL et UdeS.

2.1.4 Diffusion de l'innovation et marketing social

Il existe une abondante littérature sur la diffusion des innovations [35-38], mais l'exploration détaillée de ce vaste champ de connaissances dépasse le cadre de la présente recherche. Les éléments les plus pertinents à l'étude sont détaillés ci-après.

La théorie de la diffusion des innovations est attribuée à Rogers [38] qui l'a développée dans les années 1990. Il définissait cette théorie comme un processus par lequel une *innovation* (1) est *communiquée par différents canaux* (2) dans le *temps* (3) au sein des membres *d'un système social* (4). Le processus décisionnel par lequel se produit la diffusion des innovations répond selon lui à cinq stades. La *connaissance* (1) consiste simplement à l'exposition à une innovation sans chercher à en savoir plus. C'est au stade de la *persuasion* (2) que l'individu se met à s'intéresser activement à la nature précise de l'innovation et recherche de l'information pour mieux la connaître. Au stade de la *décision* (3), l'individu pèse les avantages et désavantages de l'innovation et décide d'en faire l'adoption ou de la rejeter. Au moment de *l'implantation* (4), l'innovation est utilisée à un degré variable selon différentes situations afin de préciser ou d'optimiser son utilité. Au dernier stade, celui de la *confirmation* (5), l'individu affirme sa décision de continuer son utilisation de l'innovation.

L'adoption d'une innovation par les membres d'un système social se fait d'après Rogers [38] à un rythme variable. Ce rythme peut être mesuré à partir du temps requis pour qu'un

certain pourcentage d'individus du système adopte l'innovation et varie selon le modèle d'adoption de chaque individu. L'auteur classe ainsi les membres d'un système social en cinq catégories en fonction de leur propension à adopter une innovation. Il qualifie aussi le leadership exercé par chaque catégorie d'individus dans la diffusion de l'innovation. Les *innovateurs* (1) sont les premiers à adopter une innovation. Leur originalité et leur adoption très précoce des innovations n'en fait classiquement pas des leaders. Suivent les *réceptifs précoces* (2), exerçant typiquement le plus fort leadership d'influence sur leurs pairs dans leur décision d'adopter une innovation, tout en se faisant plus discrets que les innovateurs. La *majorité précoce* (3) est constituée d'un grand nombre d'individus adoptant l'innovation plus rapidement que la moyenne, mais à un rythme variable, souvent beaucoup plus lent que les deux premiers groupes d'individus. Leur leadership est mineur. La *majorité tardive* (4) est constituée des individus adoptant l'innovation après la majorité des membres du système social, notamment en raison de leur scepticisme. Ceux-ci exercent un leadership marginal. Les *retardataires* (5), comme leur nom l'indique, adoptent les innovations en dernier en raison d'une aversion au changement ou de leur valorisation du traditionalisme. Leur leadership est à toutes fins utiles nul.

Dans tous les cas d'introduction d'une innovation dans un système social donné, le taux d'adoption atteint à un moment donné une masse critique d'utilisateurs. L'innovation parvient alors à assurer la pérennité de son utilisation sans intervention ultérieure. Rogers [38] recommande différentes stratégies pour parvenir à ce stade critique, notamment celle de s'assurer de l'adoption de l'innovation par des individus respectés de leur réseau social.

La figure 1 ci-après résume le modèle d'adoption d'une innovation décrit plus haut. On y présente la croissance du taux d'adoption (en pointillé) en fonction de l'adhésion des différents types d'individus présentés plus haut (ligne pleine). Les courbes se croisent donc au moment où la majorité de ceux-ci a adopté un comportement donné.

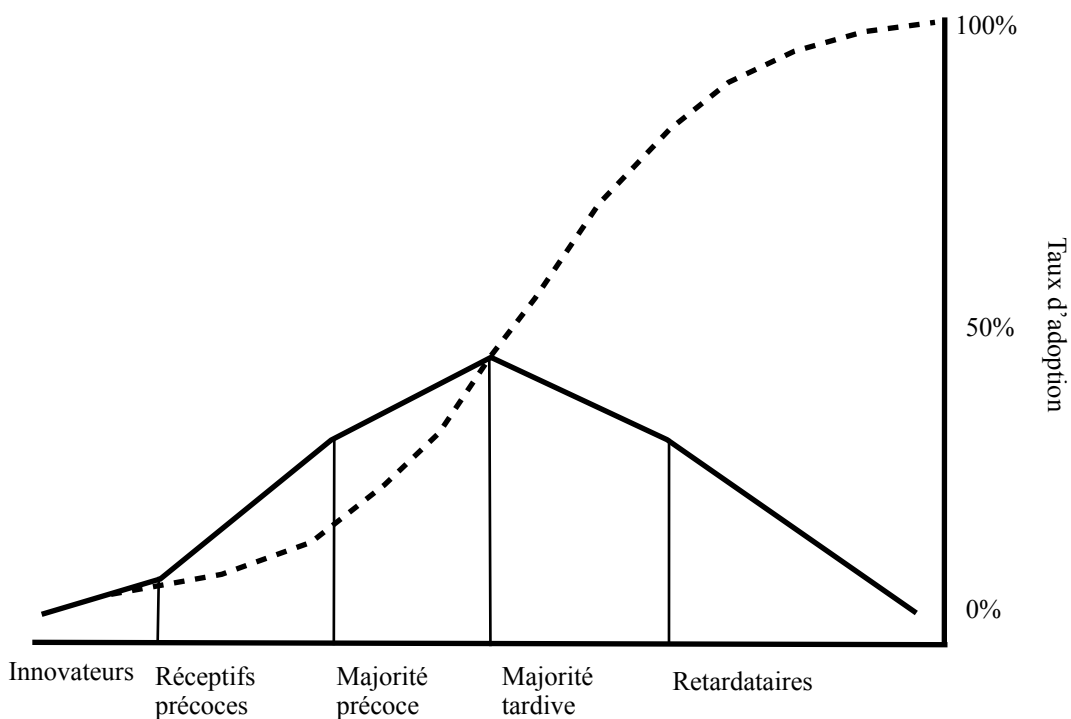


Figure 1. Adoption d'une innovation selon la théorie de la diffusion des innovations de Rogers

Il importe de préciser que la définition d'une innovation de Rogers [38] va largement au-delà de la simple innovation technologique. Toute idée nouvelle répond selon lui à cinq caractéristiques qui exerceront un effet favorable sur la rapidité de diffusion d'une innovation : ses *avantages* (1), sa *compatibilité avec la vie de l'individu* (2), sa *facilité d'essai* (3), son *aisance d'observance* (4) et sa *faible complexité* (5).

La théorie de la diffusion des innovations a inspiré plusieurs stratégies de changement comportemental, comme dans le marketing social [39]. Dans le cadre de la présente étude, choisir la MF constitue l'innovation à adopter. Les GIMF et les autres initiatives décrites plus haut incarnent les différents canaux de communication employés pour en faire la valorisation. Le temps tient à la période sur laquelle s'échelonnent ces interventions. Quant au système social sur lequel repose la théorie, l'étude en fait la pierre angulaire de sa méthodologie. La décision de choisir la MF ne pouvant pas être imposée, elle doit être influencée. Rogers [37] avance que de nouvelles idées et pratiques se répandent surtout par le biais de contacts interpersonnels et d'influence de leaders. Même si de nombreux facteurs contribuent à la diffusion de l'innovation, ces contacts influenceraient de manière très importante l'adoption de certains comportements. Les travaux subséquents de Valente [35], un contemporain de Rogers, éclairent la pertinence d'avoir recours à certains membres particuliers d'un groupe pour diffuser une innovation. Ses recherches laissent ainsi entendre que, dans tous les types de population, des leaders exercent un pouvoir important pour diffuser une innovation. Le dictionnaire Antidote 2009 définit un leader comme un chef, un meneur, un dirigeant. Dans le cas de la présente étude, un leader étudiant en médecine constitue un leader identifié au sein d'un groupe d'étudiants en médecine [40]. De plus, conformément à la théorie de Rogers [38], il est possible d'affirmer que ces leaders font vraisemblablement partie du groupe des réceptifs précoces, ceux-ci étant réputés exercer le plus grand pouvoir d'influence comme décrit plus haut.

Rogers [38] ajoute que ces contacts interpersonnels peuvent être représentés à l'aide d'outils de type analyse de réseau (*network analysis*). Ces *analyses de réseau social* apparentées aux sociogrammes consistent en un ensemble de méthodes permettant d'identifier des individus plus centraux au sein d'une communauté et, par conséquent, plus influents. Ce travail d'identification des individus centraux s'effectue à l'aide de questions portant sur l'influence qu'exercent des individus d'un groupe sur celui-ci ou sur le souhait des membres d'un groupe à être associés à certains individus plutôt qu'à d'autres [35].

D'autres notions issues du marketing social permettent de raffiner les outils sociométriques en les ajustant pour permettre une segmentation des différents types d'individus [36]. Kotler [41] définit ce type de marketing comme ayant recours aux principes et aux techniques du marketing, mais dans le but particulier d'amener un public cible à accepter, à rejeter, à modifier ou à délaisser volontairement un comportement dans son intérêt, dans l'intérêt d'un groupe ou dans celui de l'ensemble de la société. La technique de la segmentation permet entre autres d'identifier quels sont les individus les plus influents auprès des personnes qu'il est le plus utile d'influencer [36]. En effet, il n'est ni nécessaire ni efficace de tenter d'influencer tous les individus d'un groupe à adhérer à un choix donné (d'ailleurs, il ne serait pas souhaitable que 100 % des étudiants choisissent la MF). La technique permet donc d'estimer auprès de quels individus un leader d'opinion donné peut exercer une influence optimale et dans quelles conditions. Au final, cette technique accroît les chances de choisir les meilleurs leaders pour exercer une influence favorable sur l'intérêt pour la MF par exemple.

Quant aux critiques portant sur la théorie de la diffusion des innovations, elles se limitent à la difficile corrélation entre ses applications reconnues et les mesures sociométriques. En effet, son expérimentation se limite dans la littérature à certains types de grandes communautés dans lesquelles il est difficile de soumettre la presque totalité des membres aux mesures sociométriques. L'utilisation de cette théorie soulève aussi la question de savoir dans quelle mesure les leaders identifiés se sentent à l'aise dans ce rôle qui leur est dévolu (explicite dans certaines études empiriques de Valente [35]). Par contre, cette dernière limite affecte peu la présente étude puisque les leaders identifiés ne se verront jamais explicitement confier le rôle d'inciter les étudiants à choisir la MF.

Par ailleurs, la théorie de la diffusion de l'innovation et la segmentation tendent à soutenir l'hypothèse émise par les directions de programmes de MF voulant que des leaders étudiants en médecine puissent exercer une influence significative au sein de leurs groupes en induisant une variabilité perceptible de l'intérêt pour la MF. De surcroît, ces notions laissent percevoir un avantage majeur pour la présente étude en permettant de vérifier comment améliorer un programme comme celui des GIMF en s'intéressant spécifiquement aux individus les plus à même de diffuser efficacement l'intérêt pour la MF.

Enfin, à notre connaissance, aucune recherche ne porte spécifiquement sur l'utilisation de la théorie de la diffusion ou de la segmentation dans la perspective d'optimiser l'influence de groupes d'intérêt.

2.1.5 Résumé de l'état des connaissances

En somme, le désintérêt pour la MF apparaît constituer un problème répandu et aux conséquences désastreuses sur le plan des coûts sociaux générés. De nombreux facteurs, plus ou moins bien documentés, sont réputés influencer l'intérêt des étudiants en médecine pour la MF à différents égards et moments de leur cheminement. Parmi les pistes de solutions porteuses envisagées, les GIMF font consensus, mais seule une étude torontoise semble leur attribuer un pouvoir d'attraction vers la MF. De plus, des variations annuelles quant au choix de la MF comme spécialité laissent perplexes. La présente étude, appuyée par certains éléments de la théorie de la diffusion des innovations prétend apporter un éclairage novateur sur cette situation. De fait, aucune étude québécoise rigoureuse ne traite des facteurs influençant les étudiants à choisir leur spécialité ni de l'influence des GIMF sur ce choix. De surcroît, des notions issues de la théorie de la diffusion des innovations laissent croire qu'en s'intéressant à certains leaders étudiants, il serait possible de mieux comprendre l'influence des GIMF tout en déterminant de manière efficiente le meilleur moyen d'en accroître l'influence. Ce sont ces importantes lacunes que prétend combler la présente étude dans le but de stimuler, avec le plus d'efficacité possible, l'intérêt fuyant des étudiants en médecine pour cette spécialité essentielle que constitue la MF.

2.2 Cadre conceptuel

2.2.1 Modèle conceptuel initial

Le modèle conceptuel présenté ici est celui à partir duquel la collecte de données a été menée (Figure 2). Il s'appuie sur les données présentées dans la revue de littérature ci-dessus et plus spécifiquement sur la synthèse de Kerr [12], concernant les facteurs qui influencent le choix de carrière en MF et l'effet des GIMF. Les rares facteurs absents de l'étude de Kerr sont ombragés. Le modèle présente l'évolution de l'intérêt des leaders étudiants en médecine pour la MF, débutant avant leur entrée dans un PM jusqu'au moment du choix de leur programme de résidence. La partie supérieure et la partie inférieure du modèle présentent différents facteurs réputés accroître (facteurs favorables), réduire (facteurs défavorables) ou n'exercer aucun effet (facteurs neutres) sur l'intérêt pour la MF en fonction du moment où ils opèrent dans le cheminement des étudiants dans un PM (avant le programme : partie inférieure du modèle ; pendant le programme : partie supérieure du modèle). Il importe de préciser que les facteurs considérés *neutres* dans la littérature scientifique ont été inclus dans le cadre afin d'en vérifier l'influence spécifique au Québec : ces facteurs sont en effet souvent évoqués par les acteurs du milieu médical pour expliquer le désintérêt pour la MF. De plus, tel que décrit dans l'état des connaissances, l'influence attendue des GIMF varie en fonction de l'intérêt des étudiants pour la MF (partie centrale de la figure). L'organisation dynamique des variables présentées

dans ce modèle a permis d'orienter la collecte de données plus efficacement en fonction des objectifs de l'étude.

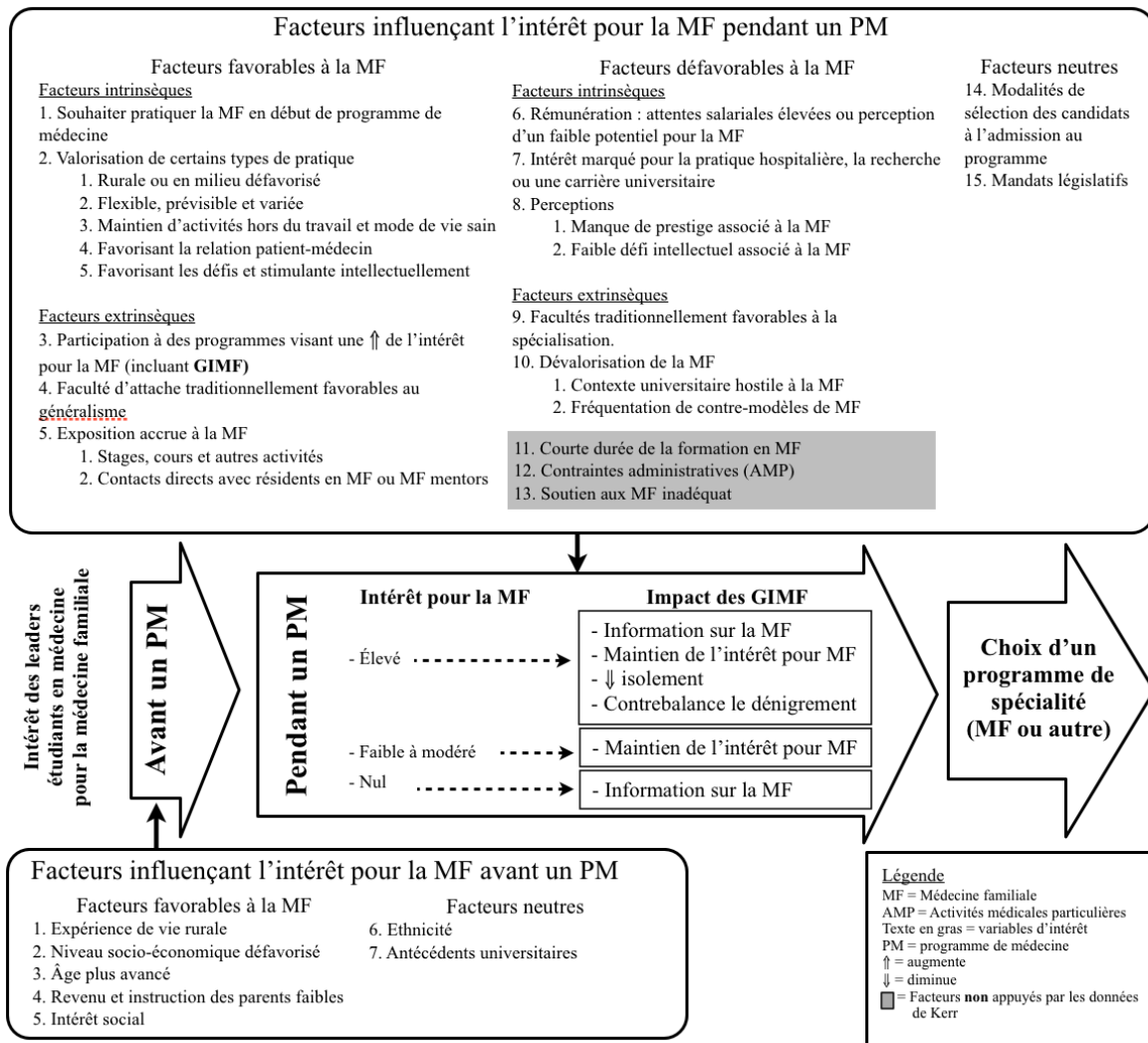


Figure 2. Modèle conceptuel des différents facteurs pouvant influencer le choix de programme de résidence des étudiants en médecine basé sur les données de Kerr [12].

2.2.2 Hypothèses et questions de recherche

La première hypothèse de la présente étude (H1) soutient que les GIMF influencent les leaders étudiants en médecine à choisir la MF. La seconde hypothèse (H2) suppose quant à elle qu'il est possible de rendre les GIMF plus efficaces pour exercer cette influence auprès de l'ensemble des étudiants en médecine à l'aide d'une meilleure connaissance de leurs pairs leaders. Afin de vérifier ces hypothèses, deux questions de recherche émergent :

- 1) Quels sont les facteurs les plus importants qui influencent les leaders étudiants en médecine du Québec vers la MF ou vers d'autres programmes de résidence?
- 2) Comment les GIMF influencent-ils le choix du programme de résidence de ces leaders et comment pourraient-ils le faire plus efficacement?

Pour répondre à ces questions, une stratégie maximisant la validité des résultats a été utilisée. Cette stratégie est présentée au chapitre suivant.

Chapitre 3 Méthodologie

3.1 Stratégie de recherche

La présente recherche s'inscrit dans un paradigme constructiviste. La stratégie de collecte proposée est une approche synthétique (étude qualitative) développée à l'aide d'un devis utilisant l'étude de cas multiples à un seul niveau d'analyse et des groupes de discussion (*focus groups*) de type délibératoire (semi-dirigé) comme principale source de données. Cette étude est avant tout descriptive. Elle vise à permettre une meilleure compréhension de la place relative occupée par les GIMF parmi l'ensemble des facteurs influençant le choix de carrière des étudiants en médecine. Sa finalité se veut quant à elle instrumentale. En effet, l'étroite collaboration que nous entretenons avec les responsables des GIMF et les principaux commanditaires du projet inscrit l'étude dans une démarche théorique axée sur la recherche-action. Concrètement, en décrivant de manière approfondie comment les GIMF ou d'autres facteurs influencent les leaders étudiants en médecine à choisir la MF, les responsables des GIMF ou les responsables facultaires peuvent disposer d'outils précieux permettant d'accroître la capacité de ces groupes à intéresser les étudiants à la MF. De plus, s'inspirant du marketing social et de la théorie de la diffusion des innovations, la recherche mise sur la sélection de leaders et la mise en évidence de leurs opinions, plutôt que de celles de l'ensemble de la population estudiantine. Ce faisant, la portée de la recherche prend une tout autre dimension en proposant des pistes novatrices aux utilisateurs de ses résultats.

Ultimement, une synthèse des données récoltées dans les facultés de médecine québécoises peut permettre de dresser un portrait par analyse transversale de l'influence des GIMF sur ces étudiants pour l'ensemble du Québec.

Le choix d'un devis synthétique apparaît nécessaire pour aborder un concept aussi vaste et difficile à quantifier que celui du choix d'une carrière, compte tenu des multiples facteurs qui l'influencent [42]. L'étude de plusieurs cas contribue à enrichir le discours et les points de vue exprimés par les participants aux groupes de discussion dans la perspective d'en faire une analyse plus complète [42]. Enfin, comme aucune étude semblable n'a été réalisée au Québec, une approche multisites (différentes facultés de médecine) s'impose, les différences observées entre les différents milieux d'enseignement permettant de pousser l'analyse des GIMF dans une perspective plus critique. Par contre, ce type de devis comporte certaines limites et il importe d'en préciser la validité.

3.2 Validité

De prime abord, le potentiel de validité d'une telle étude de cas multiple semble élevé [43]. Toutefois, un risque important de la démarche concernant la neutralité repose sur la possibilité d'orienter les questions lors des discussions de groupe (*focus groups*) en fonction de la perspective de l'interviewer qui cherche à voir ce qu'il veut voir (biais associé aux attentes de l'expérimentateur). Pour minimiser ce risque, une introspection

constante quant à cette possible orientation des questions a été systématisée et documentée dans un journal réflexif [42] et discutées avec un assistant de recherche au projet pour chacune des entrevues de groupe. De plus, les données recueillies ont été restituées et validées auprès de plusieurs acteurs clés aux perspectives variées (médecins de famille chercheurs, représentants du Collège québécois des médecins de famille (CQMF), du CMFC, de la FMOQ et directeurs de programmes et de départements de MF du Québec) afin de s'assurer qu'aucun facteur ne soit omis. Bien entendu, les étudiants participants et responsables des GIMF, principaux intéressés par le projet, ont alimenté et interagi continuellement avec le chercheur en ce sens. Ce partage accroît indiscutablement la vraisemblance des données recueillies. Cette crédibilité s'avère aussi être bonifiée par la formation et l'expertise du chercheur, notamment par sa participation active à différentes tables de discussion portant sur la valorisation et la promotion de la MF telles que les Conseils d'administration du CQMF et du CMFC, les Conseils généraux de la FMOQ et différentes tables facultaires à UdeM et UL au cours des dernières années.

Bien entendu, ce statut particulier du chercheur aurait pu à l'opposé influencer les étudiants, les faisant hésiter à manifester leur désintérêt pour la MF de peur de déplaire (forme de biais de désirabilité sociale), en particulier sur certaines questions traditionnellement délicates. Toutefois, ce biais a pu être minimisé et la triangulation accrue à l'aide d'un bref questionnaire portant spécifiquement sur la perception du prestige, de la rémunération et de l'intérêt pour la MF. Par ailleurs, le fait qu'un seul et même individu ait assuré toutes les discussions de groupe a permis à la fois une plus grande homogénéité et

une meilleure flexibilité adaptative quant à l'orientation de ces discussions, afin de répondre au mieux aux questions de recherche. Cela dit, la fiabilité, la consistance et l'imputabilité procédurale ont tout de même été soutenues par la tenue d'un registre détaillé du processus de l'étude et des changements apportés en cours de projet (notamment l'abandon des données issues de l'une des quatre facultés). L'assistant de recherche, chiropraticien et étudiant à la maîtrise en administration de la santé, était présent lors de toutes les discussions de groupe pour agir à titre d'observateur externe. Celui-ci a ainsi contribué à la réflexivité de l'interviewer, mais aussi à l'ajustement des questions ainsi qu'à la validité de l'étude dans son ensemble. De surcroît, une vérification périodique auprès de professeurs d'université d'expérience a assuré une certaine forme de vérification externe. En ce qui a trait à la transférabilité de l'étude, la clarté du contexte d'étude et de la place occupée par le chercheur facilitent la généralisation des résultats au contexte nord-américain. En effet, la réplique logique des analyses dans les trois facultés de médecine du Québec étudiées accroît considérablement la robustesse de l'étude [43]. De même, les GIMF à l'étude s'avérant assez représentatifs des GIMF canadiens et américains dans leur forme, le principe de similitude offre une certaine possibilité de généralisation.

3.3 Population à l'étude

3.3.1 Population cible

La présente étude cherche à décrire l'influence des GIMF au Québec en ayant recours à des concepts utilisés en marketing social. Trois groupes de six à neuf étudiants issus de trois GIMF du Québec (ceux des facultés de médecine des campus de McGill, UdeM et UdeS) y incarnent les unités d'analyse (ou les cas). Précisons qu'en raison d'un malentendu entre le chercheur et les responsables facultaires de l'UL, une rencontre avec le mauvais groupe d'étudiants en médecine (3e plutôt que 4e année) avait été organisée. Malheureusement, en raison de la structure du PM de l'UL, il a été par la suite formellement impossible de rencontrer les étudiants espérés de cette université. Quant aux étudiants des campus satellites que constituent Trois-Rivières et Saguenay, ils ont été exclus puisque l'existence des GIMF y était trop récente et les activités encore peu développées au moment de la collecte de données.

Afin de constituer les trois groupes, des étudiants en médecine en dernière année de leur cursus médical (externat senior) ont été recrutés pour incarner les unités d'observation. Comme présenté plus haut, plutôt que de s'intéresser à l'ensemble des étudiants en médecine, la recherche a ciblé spécifiquement les leaders issus de chacune de ces classes. Cette stratégie, issue de la théorie de la diffusion des innovations, donne en effet une portée beaucoup plus vaste à l'étude [35]. Elle permet de réduire considérablement le nombre des

sujets à recruter tout en accroissant de manière importante le potentiel d'influence des individus retenus pour exercer un éventuel effet boule de neige sur leurs pairs.

La première étape de la recherche a donc consisté à identifier ces leaders parmi les étudiants en médecine. Cette identification s'est effectuée au cours du mois d'avril 2010 auprès des étudiants en médecine en dernière année de leur programme et après le *Match Day* annuel du CaRMS. En effet, ce *Match Day*, établi pour l'année 2010 au 8 mars, incarnait la date précise à laquelle les étudiants étaient confirmés dans leur choix de programme de résidence. Il importe de préciser qu'aucun changement de programme n'est possible une fois le match réalisé. Un second tour suit le premier match environ un mois plus tard pour pourvoir les postes laissés vacants. Afin d'éviter une certaine contamination des étudiants laissés dans l'incertitude de leur choix de carrière, il aurait été prématuré de les convoquer à des discussions de groupe avant le mois de mai. C'est donc seulement après cette dernière étape que tous les étudiants en médecine de chacune des classes (une par faculté) ont été soumis à un sociogramme (voir section 3.3.1.1), avec l'approbation des directions de PM de chaque faculté. Le chercheur a lui-même présenté les sociogrammes dans les facultés de Montréal et McGill. Pour l'UdeS, en raison de contraintes diverses, cette tâche a été déléguée au responsable des études universitaires prédoctorales. Les analyses de ces tests ont permis d'identifier un certain nombre de leaders de types différents au sein de chacune des facultés à partir de l'analyse de la fréquence à laquelle des individus répondent à certaines caractéristiques de leader au sein d'un groupe. Les travaux de Valente

[35] suggèrent de retenir environ les 10 % des individus identifiés le plus souvent comme leaders réels.

À propos de l'identification des leaders d'un groupe, Valente [35] ajoute que l'identification par l'ensemble des collègues constitue la méthode la moins biaisée pour sélectionner les sujets et la plus représentative de la réalité. Les leaders d'opinion ainsi identifiés constituent des acteurs clés (souvent des modèles de rôles) dans la diffusion d'une pratique donnée qu'ils peuvent promouvoir [44]. Hamilton et Valente [45] ajoutent que la qualité des leaders identifiés de cette manière est grande, notamment par leur pouvoir de bien représenter l'ensemble des membres du groupe dont ils sont issus. Ils soulignent aussi la grande vraisemblance de l'influence que ces leaders peuvent exercer sur leurs pairs [16]. Quant à lui, Childers [46] a démontré la transférabilité des sociogrammes d'un groupe d'individus à un autre, rendant possible l'utilisation de l'outil dans une population comme celle des étudiants en médecine, où il n'avait pas encore été validé.

3.3.1.1 Sociogrammes

Il a été convenu, pour la présente étude, de réaliser de tels sociogrammes, dont le modèle est reproduit en annexe I. Le sociogramme demandait aux répondants d'identifier les étudiants qui avaient eu, le cas échéant, une influence sur leur choix de la MF comme spécialité. Le sociogramme a été distribué aux 365 étudiants présents en classe, sur un total

possible de 554 étudiants des classes de dernière année des universités de Montréal, Laval et Sherbrooke. Il a été complété par 176 étudiants (52 % du total des étudiants présents). À partir des données tirées de ce test, 54 étudiants ont été identifiés comme leaders (10 % du total des étudiants pour chaque classe).

Une fois les leaders identifiés, ceux-ci ont tous été contactés personnellement par courriel après avoir donné leur autorisation écrite lors de l'achèvement du sociogramme (un exemplaire de ce courriel est disponible en annexe II). Les leaders qui n'avaient pas complété de sociogramme (absents ou ayant possiblement refusé de le compléter), ont pu être retracés grâce aux interventions personnelles d'autres leaders pour les inviter à entrer en contact avec le chercheur. Les leaders ont été invités à répondre au contact courriel afin d'indiquer quand et comment les joindre pour confirmer leur intérêt à participer à des discussions de groupe. Un modèle du type de communication téléphonique qui a été utilisé est présenté en annexe III. Au final, $n=54$, soit une moyenne de 89 % des leaders ont été joints (ont répondu au courriel de contact) pour l'ensemble des trois facultés de médecine.

Tous les étudiants joints ont semblé souhaiter participer aux groupes de discussion. Malheureusement, en fin d'année, plusieurs ont dit préférer étudier en vue de leurs examens finaux ou se trouvaient à l'extérieur de la ville dans le cadre de stages optionnels. Aux dires des leaders joints, ceci explique en bonne partie leur taux de participation observé de 47 %.

Les sociogrammes réalisés ont permis différents constats. D'abord, bien que les tests aient paru difficiles à comprendre ou accepter par les étudiants de prime abord, ceux-ci les ont complétés de manière très satisfaisante dans la vaste majorité des cas.

De plus, la facilité à identifier les leaders à partir du système proposé par Valente [35] s'est avérée étonnante. Le pourcentage de leaders identifiables s'est aussi avéré systématiquement conforme à celui rapporté par cet auteur, avançant qu'environ 10 % des membres d'un groupe sont susceptibles d'être reconnus influents. Comme prédit, des étudiants affirmaient avoir été influencés par d'autres, eux-mêmes influencés par d'autres qui ultimement, affirmaient n'être influencés que par eux-mêmes ou certains médecins. Ainsi, plusieurs se sont spontanément nommés influents, sauf à UdeS. C'est aussi dans ce groupe que l'erreur la plus fréquemment commise s'est produite. Les étudiants y ont en effet nommé plusieurs médecins plutôt que des étudiants ou des résidents, comme c'était pourtant demandé dans le test. Quant aux groupes de McGill et UdeM, il est intéressant de souligner que la très grande majorité des étudiants ayant aussi identifié des résidents ou médecins étaient aussi presque tous identifiés par leurs pairs comme des leaders.

Par ailleurs, le fait de nommer des individus suscitait beaucoup de questions en classe « dois-je vraiment écrire des noms de personnes? ». Par contre, les refus ou les réponses loufoques n'ont jamais dépassé 10 % des réponses. Autre particularité, à UdeS, la surreprésentation de médecins-résidents parmi les leaders laisse perplexe. Si les répondants

des deux autres facultés ont nommé quelques résidents, la disproportion dans cette faculté détonnait avec les deux autres.

Le tableau I résume les statistiques les plus pertinentes concernant le recrutement de leaders par sociogrammes.

Tableau I : Données statistiques de recrutement de leaders par sociogramme

Universités	Nombre d'étudiants présents/ dans la classe	Nombre de sociogrammes complétés/ distribués	Nombre de leaders identifiés (% du total dans la classe)	Nombre de leaders joints (% du total identifiés)	Nombre de leaders joints ayant accepté de participer aux groupes de discussion (%)
McGill	120/179 (67 %)	56/113 (50 %)	18 (10 %)	17 (94 %)	6 (35 %)
UdeM	100/230 (43 %)	74/100 (74 %)	22 (10 %)	19 (86 %)	6 (32 %)
UdeS	145/145 (100 %)	46/145 (32 %)	14 (10 %)	12 (86 %)	9 (75 %)
Total	365/554 (70%)	176 (52%)	54 (10%)	48 (89%)	21 (47%)

3.3.2 Échantillon

L'échantillonnage proposé dans la recherche est non probabiliste. Il combine à la fois le volontariat et le choix raisonné. Ce choix d'échantillonnage est idéal pour une étude de cas [47]. En effet, le choix raisonné de s'intéresser à des leaders est avant tout avantageux pour

accroître l'utilité de l'information recueillie, conformément à la théorie de diffusion des innovations [35]. De plus, en réduisant le nombre d'éléments à inclure (quelques leaders plutôt qu'un groupe entier), il s'avère tout désigné pour restreindre l'ampleur de l'analyse. De surcroît, l'effet délétère du volontariat sur la représentativité des leaders étudiants en médecine a certainement été atténué par la nature des individus sélectionnés. En effet, engagés par définition, les leaders ont répondu favorablement dans une proportion de près de 50 % favorablement à l'invitation à participer aux discussions de groupe en dépit de l'approche de leurs examens (voir tableau I ci-dessus). De surcroît, l'échantillonnage homogène proposé (tous les sujets incarnant des leaders étudiants en médecine) se prêtait particulièrement bien aux discussions de groupe et en facilitait l'analyse des données [48].

Enfin, la taille de l'échantillon n'avait pas besoin d'être déterminée. En effet, le nombre de leaders retenus a moins d'importance dans ce type d'étude que la qualité et la variété des idées exprimées. D'ailleurs, puisqu'une redondance certaine a été atteinte au terme de trois discussions de groupes, il ne s'est pas avéré nécessaire de chercher à constituer d'autres groupes, comme suggéré par Calder [48] pour des études d'échantillons non probabilistes. Par ailleurs, afin de maximiser les possibilités d'échanges lors des discussions de groupe, un maximum de huit à dix étudiants par faculté était retenu initialement [49].

3.4 Définition opérationnelle des variables à l'étude

De nombreuses variables interviennent dans la présente étude. Avant de s'attarder aux facteurs influençant l'intérêt des leaders étudiants en médecine pour la MF, il importe de préciser la variable centrale à l'étude : l'influence qu'exercent les GIMF sur cet intérêt. L'influence peut être définie comme l'action qu'exerce quelque chose sur quelqu'un [40]. Dans la présente recherche, il est affirmé qu'un facteur n'influence l'intérêt de leaders que si l'un d'eux affirme l'avoir ressenti. L'influence est alors qualifiée de favorable (un facteur donné accroît l'intérêt de l'étudiant pour quelque chose), défavorable (diminue l'intérêt) ou nulle (n'exerce aucun effet sur l'intérêt).

Quant aux GIMF, même s'ils ont été décrits dans l'état des connaissances, il importe de préciser comment leur effet est interprété. En effet, bien que ces groupes d'intérêt ne constituent que des structures organisant et réalisant des activités, l'influence de leur existence dépasse celui des activités elles-mêmes. En effet, si la participation à certaines activités laisse croire à un possible effet des GIMF, leur simple visibilité dans les facultés de médecine peut exercer une certaine influence sur l'intérêt pour la MF.

Les différents facteurs identifiés par Kerr [12] sont décrits ci-après :

- a. Informer à propos de la MF : les GIMF permettent d'apprendre sur la MF et sa pratique.

- b. Soutenir l'intérêt pour la MF : les GIMF contribuent à soutenir un intérêt déjà présent pour la MF sans nécessairement l'accroître.
- c. Diminuer le sentiment d'isolement : les GIMF contribuent à atténuer le sentiment d'isolement que peuvent ressentir certains étudiants intéressés par la MF en pouvant discuter librement de leur intérêt.
- d. Contrebalancer le dénigrement : les GIMF font contrepoids aux commentaires dévalorisants à l'égard de la MF entendus durant la formation médicale.
- e. Soutenir l'intérêt : les GIMF contribuent à maintenir un intérêt déjà présent pour la MF.

Bien que l'objectif de la recherche ne soit pas de mesurer spécifiquement l'intérêt des étudiants pour la MF, cette variable mérite d'être opérationnalisée. Ainsi, l'intérêt dans son sens large peut être défini comme une bienveillance ou une curiosité à l'égard de quelque chose [40]. Appliqué à la MF, l'intérêt peut être classé selon différents niveaux. Kerr [12] n'en retenait que trois en les relativisant à l'intérêt pour entreprendre une carrière en MF : 1) intérêt nul; 2) intérêt faible à modéré; 3) intérêt élevé. La présente étude ne reprend cependant pas les mêmes entités croissantes d'intérêt pour la MF, s'en tenant à une vision plus dichotomique d'un intérêt ou d'absence d'intérêt.

Quant aux facteurs identifiés dans le modèle conceptuel initial, ils exercent un effet généralement bien documenté à partir duquel les entrevues de groupe ont été orientées pour recueillir l'information. La gamme des facteurs pouvant influencer positivement l'intérêt

pour la MF est vaste. Selon le modèle initial, ces facteurs diffèrent selon le moment où ils opèrent par rapport au stade d'avancement du programme (avant ou pendant).

1. Avant le PM

1. Expérience de vie rurale : avoir vécu au moins une année dans une région éloignée ou isolée au sens de la définition du MSSS [50].
2. Niveau socio-économique défavorisé : basé sur la scolarité des parents (aucun diplôme, diplôme de secondaire, postsecondaire ou universitaire) [51].
3. Âge plus avancé : âge au début du PM supérieur à 21 ans.
4. Revenus et niveau d'instruction des parents faibles : être issu d'une famille où les revenus sont inférieurs au revenu canadien moyen et le niveau d'instruction des parents est moindre qu'universitaire.
5. Intérêt social : lorsque l'intérêt de la société passe avant celui de l'individu.
6. Ethnicité : être membre d'un groupe ethnique minoritaire.
7. Antécédents universitaires : détenir au moins un diplôme universitaire au moment de l'admission en médecine.

2. Pendant le PM

1. Souhaiter pratiquer la MF en début de programme : intérêt élevé pour la MF en début de PM.

2. Valorisation de certains types de pratiques

1. Rurale ou en milieu défavorisé : milieu rural ou défavorisé tel que défini par le MSSS [50].
 2. Flexible, prévisible et variée : Disposer de souplesse et de contrôle dans le choix des activités et l'organisation de l'horaire de travail.
 3. Maintien d'activités hors du travail et mode de vie sain : capacité de disposer de temps pour les loisirs et le sport.
 4. Favorisant la relation patient-médecin : favoriser les interactions et le développement d'une relation mutuellement satisfaisante et durable avec les patients.
 5. Favorisant les défis et stimulante intellectuellement : demandant de maintenir une gamme étendue de connaissances dans des domaines de pratique variés.
3. Participation à des programmes visant une augmentation de l'intérêt pour la MF : avoir participé à au moins une activité organisée par un GIMF ou toute autre activité d'un programme de même nature.
4. Faculté d'attache traditionnellement favorable au généralisme : Programmes de médecine des universités traditionnellement réputées favoriser les formations plus générales telles que la MF, la médecine interne générale, la chirurgie générale...
5. Exposition accrue à la MF
1. Stages, cours et autres activités : Avoir profité d'un stage, d'un cours ou de toute autre activité spécifique au domaine de la MF

2. Contacts directs avec des résidents en MF ou des médecins de famille mentors :
avoir côtoyé de manière soutenue ou répétée des résidents ou des médecins de famille modèles.
6. Rémunération : attentes salariales élevées ou perception d'un potentiel de revenu différent selon les spécialités.
7. Intérêt marqué pour la pratique hospitalière, la recherche ou une carrière universitaire : démontrer un intérêt à exercer de manière prépondérante en milieu hospitalier, en recherche ou en enseignement.
8. Perceptions
 1. Manque de prestige associé à la MF : percevoir que la MF est une spécialité inférieure aux autres spécialités selon l'opinion des médecins et de la population en général.
 2. Faible défi intellectuel associé à la MF : percevoir que la MF ne permet pas l'atteinte d'un niveau de savoir et de réflexion aussi poussé que celui d'autres spécialités.
9. Facultés traditionnellement favorables à la spécialisation : Programmes de médecine des universités traditionnellement réputées favoriser les formations plus spécialisées telles que les surspécialités médicales et chirurgicales...
10. Dévalorisation de la MF
 1. Contexte universitaire hostile à la MF : avoir subi ou entendu des commentaires défavorables de certains enseignants ou ne pas avoir pu côtoyer de médecins de famille de manière soutenue ou répétée en milieu d'enseignement.

2. Fréquentation de contremodèles de MF : avoir été en contact avec des médecins de famille insatisfaits de leur pratique ou aux compétences perçues insuffisantes par les étudiants.
11. Courte durée de la formation en MF : juger qu'une formation de deux à trois ans est trop courte pour permettre de devenir compétent.
12. Contraintes administratives (Activités médicales particulières — AMP) : estimer que les AMP constituent une contrainte inacceptable ou très irritante.
13. Soutien aux MF inadéquat : percevoir que le soutien technique et professionnel aux médecins de famille est inférieur à celui des autres spécialistes.
14. Modalités de sélection des candidats à l'admission au programme : (impossible à évaluer par les informations recueillies chez des étudiants).
15. Mandats législatifs : avoir perçu que les guides de pratique clinique ne constituaient finalement que des règlements formels de pratiques inflexibles et simplistes.

3.5 Collecte des données

3.5.1 Méthode de collecte des données

La collecte des données repose exclusivement sur des informations fournies par les sujets. Les données ont d'abord été recueillies à l'aide des discussions de groupe dans une perspective exploratoire. Ces discussions correspondent à la définition d'*Élite Interviewing*

[52]. Elles ont été menées jusqu'à saturation théorique, c'est-à-dire jusqu'au moment où 1) aucune nouvelle donnée n'émerge à propos d'une catégorie, 2) le développement des catégories, en fonction de la chaîne de relations, est dense ou 3) les relations entre les catégories sont bien établies et validées [53]. Les questions des discussions de groupe ont été formulées de manière à répondre le plus précisément possible aux objectifs de la recherche, en se guidant sur le modèle conceptuel présenté plus haut. Les questions ont été brièvement prétestées par courriel auprès d'étudiants en médecine fréquentant l'UMF de Gaspé et le CQMF avant d'être formalisées. Les étudiants de ces milieux ont été choisis par simple commodité, le chercheur y travaillant respectivement comme enseignant et administrateur.

Aucun changement n'a été apporté aux questions suite à cette validation. En cours d'entrevue, ces questions ont été étoffées et complétées afin d'assurer la fluidité des discussions de manière à obtenir une information plus approfondie sur certains points. Les questions qui ont orienté les discussions lors des discussions de groupe ont été remises aux étudiants avant les rencontres et peuvent être retrouvées en annexe IV. Les rencontres se sont tenues lors de soupers regroupant de six à dix étudiants à la fois tel que suggéré par Lehoux et coll. [54]. Ces soupers étaient sans frais pour les étudiants participants et n'ont pas duré plus de trois heures. Les discussions ont été enregistrées sur support audio numérique après obtention du consentement écrit des participants (le formulaire utilisé peut être retrouvé à l'annexe V). Ceux-ci ont été clairement informés qu'ils pourraient consulter

les résultats sur demande. Certains d'entre eux ont été engagés involontairement dans la triangulation des données via leur participation dans les GIMF ou au CQMF.

Les discussions de groupe se sont avérées tout indiquées pour répondre aux questions de recherche puisque toute observation directe de l'influence des GIMF était impraticable et qu'aucune documentation écrite n'existait pour y parvenir autrement [55]. Cette approche s'est aussi révélée la meilleure puisque les questions proposées étaient complexes et imposaient des réponses élaborées [55]. La réactivité s'est avérée maximale pour l'ensemble des variables portant sur l'intérêt pour la MF. Ceci tient au fait que les discussions ont toutes été animées par le chercheur, lui-même médecin de famille. La présence de l'observateur externe a quant à elle enrichi la collecte de données en plus de contribuer à la réflexivité de l'exercice pour l'animateur, comme discuté plus haut.

Le recueil de données a ensuite été complété à l'aide d'un bref questionnaire remis en fin de repas dans des enveloppes préaffranchies pour retour postal. Ce questionnaire visait à permettre de répondre à des questions sensibles pour lesquelles la réactivité aurait pu exercer un impact négatif. C'est le cas des questions portant sur les perceptions (prestige et défi intellectuel) et la question de l'influence de la rémunération. Ce questionnaire se trouve en annexe VI.

3.5.2 Qualité des instruments de mesure

Le bref questionnaire nécessaire pour aborder les facteurs plus délicats constitue un nouvel instrument. Cela dit, les deux questions ouvertes qu'il proposait n'imposaient pas de validation formelle pour en assurer la fiabilité ou la validité en raison de leur simplicité. Il a malgré tout été soumis à quelques étudiants actifs au sein de GIMF de la province, choisis par commodité, afin de s'assurer de l'intelligibilité des questions.

Quant au sociogramme, il a aussi été prétesté auprès des mêmes étudiants afin de s'assurer d'une bonne compréhension de son utilisation par les étudiants en médecine. Cependant, tel qu'explicité plus haut, ce type d'outil présente généralement une bonne validité et transférabilité peu importe sa forme précise.

3.6 Analyse des données

L'ensemble du matériel qualitatif a été analysé à l'aide du cadre d'analyse tel que proposé par Contandriopoulos et coll. [55]. L'analyse effectuée dans la présente étude est exclusivement qualitative. Le verbatim des bandes audio des discussions de groupe a été transcrit par une professionnelle.

L'analyse initiale a consisté à faire ressortir les catégories émergentes pour ensuite extraire un sommaire des discussions en portant une attention particulière aux variables à l'étude. Dans un troisième temps, une analyse transversale du contenu des discussions de groupe a été effectuée pour l'ensemble des variables présentées plus haut, à l'aide du logiciel *N-Vivo 8*. Le travail de réduction et de catégorisation des données facilité par le logiciel a permis d'identifier les éléments relatifs aux variables à l'étude en fonction de thèmes d'intérêt et d'une codification référant à celles-ci. Ce faisant, les répétitions thématiques et les structurations discursives ont été mises en évidence et explicitées pour chaque groupe. De plus, cette analyse intercas a permis de soutenir l'absence de différences entre les unités à l'étude. Subséquemment, une analyse par appariement au modèle théorique initial a permis de faire évoluer celui-ci vers un modèle alternatif, plus représentatif des discussions relatives aux questions de recherche. Les éléments inattendus ayant émergé des discussions de groupe ont pu être mis en évidence et sont discutés plus loin. Enfin, les résultats tirés de l'étude ont été soumis régulièrement au cours de la dernière année aux subventionnaires, au CQMF et aux responsables des GIMF de manière à confirmer leur pertinence et leur vraisemblance, tout en permettant une certaine validation et stimulant une restitution optimale des données.

3.7 Considérations éthiques

La participation des étudiants à l'étude était tout à fait libre. Ils pouvaient se retirer de l'étude en tout temps sans préjudice. Les mesures nécessaires ont été prises afin d'assurer la plus stricte confidentialité des propos des participants tenus lors des discussions de groupe ou colligés par écrit. Les documents écrits (sociogrammes et questionnaires) ont été conservés sous clé avant d'être détruits et les documents numériques (enregistrements et verbatims des discussions de groupe) ont été chiffrés avant d'être aussi détruits. Les documents ne font jamais mention des noms ou prénoms. Enfin, les comités d'éthique de la recherche des facultés de médecine de l'UdeM et McGill ont donné leur aval à la présente étude (autorisation respectivement en annexes VII et VIII).

Chapitre 4 Résultats

Les résultats présentés ci-après visent à répondre de façon rigoureuse aux questions et hypothèses de la recherche formulées plus haut. Les données présentées sont exclusivement basées sur les informations recueillies lors des trois discussions de groupe. Il importe de préciser que des rencontres supplémentaires à celles tenues ne se sont pas avérées nécessaires, une saturation ayant été constatée au terme des trois discussions de groupe initialement prévues. De plus, aucun nouveau thème n'a émergé du dernier groupe de discussion.

Une analyse séquentielle des groupes combinée à l'ensemble de ce rigoureux exercice de triangulation a permis au modèle d'évoluer constamment jusqu'à celui, robuste, proposé ci-après. Cela dit, afin de respecter la stratégie de collecte de données, les résultats sont abordés en deux sections. La première présente l'analyse des groupes de discussion en prenant la forme d'un modèle conceptuel modifié pour mettre ensuite spécifiquement l'accent sur les GIMF, leur influence et comment les améliorer. La seconde section présente quant à elle une compilation des données tirées des questionnaires remis aux participants.

4.1 Groupes de discussion

4.1.1 Facteurs généraux influençant le choix de carrière des étudiants (modèle conceptuel modifié)

Le modèle à partir duquel les entrevues ont été menées s'est rapidement avéré insuffisant pour traduire l'orientation des commentaires des participants. Ceux-ci, tout en confrontant souvent la MF aux autres spécialités, faisaient régulièrement mention des caractéristiques de ces dernières. Un modèle alternatif à celui utilisé initialement, appuyé sur la temporalité de l'influence de certaines variables relativement à la réalisation d'un PM, plus intégrateur et moins centré sur la MF, a donc été élaboré. Celui-ci met plutôt l'accent sur l'influence de certains facteurs (société et gouvernements, facultés, famille, amis et collègues ainsi que facteurs personnels) sur un ensemble de caractéristiques que les étudiants attribuent, à tort ou à raison, à différentes spécialités. Or, l'intégration de ces caractéristiques par les étudiants influence de manière considérable leur choix de carrière.

Il importe de préciser que certains éléments ou caractéristiques ont paru exercer une influence plus importante que les autres pour les étudiants à la lumière de l'analyse des données. C'est le cas des éléments soulignés dans le modèle. Par ailleurs, certains éléments ont occupé une place prépondérante dans les échanges. Ils ont été mis en gras dans le modèle. Cependant, il importe de préciser que la redondance relevée dans l'analyse ne permet pas de mesurer l'ampleur de l'influence d'un élément, mais seulement la fréquence

de sa survenue dans les discussions de groupes. Ces mentions sont donc à considérer avec prudence. Le modèle modifié proposé est présenté à la figure 3 à la fin de l'analyse.

Ce modèle modifié, issu des différentes entrevues, reprend plusieurs des variables du modèle initial, en module certaines autres et en ajoute de nouvelles.

Dans le texte qui suit, pour chaque variable, une correspondance avec les variables du modèle initial est présentée entre parenthèses en fin de paragraphe, en mentionnant si ces numéros correspondent à la partie d'avant ou de pendant le PM. Par exemple, *pendant 14 et 15* signifie une correspondance à la partie *pendant* le PM aux numéros 14 et 15 du modèle initial. De plus, on y met en évidence les facteurs qui ont occupé une part plus importante des discussions de groupe (facteurs importants) et ceux qui ont occupé la place la plus importante (facteurs les plus importants). Les nouveaux facteurs y sont aussi mis en évidence avec une étoile.

1. **Société et gouvernements** : Rapidement, les discussions ont permis de cerner une force d'influence insidieuse dans le choix de carrière des étudiants. Cette force émanant du contexte culturel et socio-politique semble exercer une influence de fond sur les étudiants. Des orientations ministérielles, gouvernementales et sociales ont ainsi été évoquées de multiples façons par les participants, mais se résument à deux éléments principaux :

1. Contingents d'admission et de répartition des spécialités : Cet élément traduit l'influence qu'exerce le choix des instances ministérielles de limiter l'accès à certaines spécialités plus qu'à d'autres. Les étudiants ont notamment souligné cette influence en faisant allusion à celle que peut exercer un groupe d'intérêt étudiant : « The Government of Quebec is a pretty strong FamSIG in itself ». D'autres ont notamment exprimé leur désarroi quant aux méthodes de sélection des candidats pour l'entrée en résidence en MF : « le processus pour entrer en MF est un peu ridicule (...) ça se fait automatiquement ». Il en va de même des règles de répartition des spécialités sur le territoire, elles aussi déterminées par le ministère de la santé et exerçant une influence certaine selon les participants. (*Pendant, 14. et 15.*)

2. Valorisation de la spécialisation : Cet élément exprime la tendance sociale relevée par les participants à valoriser la spécialisation dans un sens large, au détriment du généralisme. En évoquant tout le prestige accordé aux prix les plus en vogue du monde scientifique, un étudiant affirmait avec le soutien de ses pairs « who are winning the Nobel prizes, the national king of science (...) family medicine would not be a necessarily very productive place ». En évoquant l'image générale des médecins de famille dans les médias ou les discussions de salon, un autre affirmait : « patients think that family doctors are less than specialists ». La recherche systématique de l'expert par le citoyen moyen s'exprimait aussi par des questions de

patients posées aux étudiants telles que : « comment ça se fait que c'est pas un pédiatre qui suit mon enfant ». (*nouveau facteur*)

2. Facultés de médecine : les écoles de médecine ont été largement pointées du doigt par les participants comme responsables d'une grande part de l'intérêt pour une spécialité ou une autre. Au cours des entrevues, les participants ont d'ailleurs été régulièrement ramenés sur les questions de recherche alors qu'ils tendaient à dériver volontiers sur toutes les actions concrètes que les facultés devaient entreprendre pour accroître la valorisation de la MF. Les facteurs d'influence les plus souvent évoqués en lien avec les facultés sont présentés dans ce qui suit.

1. Culture d'établissement (plus ou moins axée vers la spécialisation) : Les étudiants reconnaissent naturellement que certaines institutions semblent mettre davantage l'accent sur la formation de médecins généralistes alors que d'autres misent surtout sur la formation de surspécialistes. Un participant exprimait sa perception en affirmant « (...) at McGill, they really push research strong and research has always been really tied with specialty, not so much with family medicine ». Un autre renchérisait : « McGill tends to recruit people who (...) are more likely to end up in a specialty ». Bien que moins volontiers décriée comme un biais d'influence chez les participants de UdeM et UdeS, la reconnaissance de cette influence était unanime. (*Pendant, 4. et 9.*)

2. Enseignants et résidents : L'influence de ces deux groupes semblait s'exercer de multiples façons. Une chose est certaine, les étudiants attribuent une part importante de leur choix de carrière à des résidents ou enseignants influents, favorablement ou non. À cet effet, différents éléments résument les principales sphères d'influence :

1. Éthique (curriculum caché ou *hidden curriculum*) : Les étudiants ont été nombreux à rapporter les affirmations critiques de certains enseignants ou résidents à l'égard d'une spécialité ou d'une autre. Autant les participants déplorent vertement ces épisodes à leur avis dépourvus de sens éthique, autant ils affirment avoir pu être influencés par ceux-ci lorsqu'ils émanaient d'individus importants à leurs yeux : « moi ça m'affectait au bout. J'étais comme... est-ce que je vais être capable de dealer avec ça toute ma vie (...) alors que les gens réagissent toujours comme si c'était de la merde la MF »? Dans tous les cas rapportés par les étudiants, la MF était la spécialité pointée du doigt par d'autres spécialistes : « everytime I was doing a specialty, they would always say the typical, like you've got too good a brain to go into MF » (...) » ou encore « you're too smart for MF ». (*Pendant, 10.1*)

2. Leaders, mentors, modèles et contremodèles : Comme évoqué plus haut, la majorité des participants ont affirmé avoir subi l'influence ou la contre-influence de certains enseignants ou résidents côtoyés durant leur formation. Un étudiant

exprimait bien l'importance de cette influence ainsi : « getting people in MF was more of the lecturers that we had or the supervisors we had in clerkships [than anything else] ». Une autre disait que ce qui a déterminé son choix « ce sont vraiment les role-models (...) je m'identifiais plus aux médecins de famille qu'aux spécialistes dans l'attitude ». Pour certains, l'influence était telle qu'elle pouvait faire complètement changer le plan de carrière d'une étudiante qui a finalement opté pour une spécialité chirurgicale : « j'avais des préjugés très négatifs face aux chirurgiens avant de commencer mon stage de chirurgie, et j'ai eu d'excellents modèles de rôles en chirurgie et ça m'a fait wow! c'est super intéressant ». Plusieurs participants ont aussi précisé que l'influence qu'exercent certains individus tient avant tout à leur personnalité, leur attitude ou leurs compétences personnelles plus qu'à leur spécialité. En parlant d'un geste technique observé en classe, une étudiante ne sachant pas quelle était la spécialité de l'enseignant devant elle s'est dite agréablement surprise de constater « c'est un médecin de famille qui fait ça et qui nous l'enseigne et qui est bonne! ». *(Pendant, 5.2 et 10.2)*

3. Spécialités et caractéristiques propres au modèle influent : Les étudiants ont été unanimes à dire que la nature de la spécialité d'un enseignant ou d'un résident exerce une influence certaine sur l'orientation de carrière. La plupart des participants ont déploré l'exposition largement prédominante à des spécialistes autres que médecins de famille durant l'ensemble de la formation médicale :

« I'm only exposed to specialists at McGill, unless I'm on my family rotation »
 ou « je pense que ça aurait été vraiment mieux d'avoir plus de médecins de
 famille impliqués dans notre programme, dans notre formation » ou encore
 « c'est qui nos tuteurs (...), qui nous donnent nos cours (...) : tous des
 spécialistes ». Il en va de même pour les résidents alors que plusieurs étudiants
 déploraient l'absence de résidents en MF dans leur environnement « we don't so
 much work with family medicine residents, so we don't know what they know ».
 Par ailleurs, plusieurs ont aussi évoqué les caractéristiques personnelles propres à
 certains spécialistes comme facteur d'influence. Alors qu'on soulignait que les
 cours spécialisés étaient presque toujours donnés par des médecins en veston et
 cravate, ceux donnés par des médecins de famille avaient une allure en apparence
 moins professionnelle « when we had a family doctor coming in to teach us
 something, it was either like end of life care or whatever (...) always these sort of
 bohemian... ». (*Pendant, 5.2*)

3. Existence de programmes ou de groupes d'intérêt spécifiques : en dépit du sujet de la
 présente étude, les groupes d'intérêt n'ont occupé qu'une part modeste des
 discussions de groupe. Ce n'est que sous l'insistance de l'animateur que les étudiants
 sont parvenus à se prononcer sur l'influence de ces groupes sur leur choix de
 carrière. Trois éléments principaux ont pu être retenus comme cardinaux dans cette
 influence :

1. Autres groupes d'intérêt : À UdeM et UdeS, plusieurs étudiants ont souligné leur étonnement et leur incompréhension devant la création ou l'entretien de GIMF. À leur sens, l'existence de groupes d'intérêts spécifiques à la MF, mais pas à d'autres spécialités exerce un effet pervers, en donnant l'impression « qu'on est désespéré pour essayer d'attirer du monde en MF ». Cette perception n'a pas du tout été évoquée à McGill où les groupes d'intérêts de nombreuses spécialités semblent être légion depuis un certain temps. Pourtant, ces groupes ont une finalité différente de celle des GIMF étant davantage utilisés pour informer les étudiants des meilleurs moyens d'entrer dans une spécialité donnée. Cela dit, vu l'insistance des participants de UdeM et UdeS à décrier cette situation, il semblait clair que l'absence de groupes comparables aux GIMF dans les autres spécialités exerçait une influence délétère importante sur l'intérêt des leaders pour la MF. *(nouveau facteur)*

2. Bourses, prix ou participation à des congrès : Les participants ont rappelé avec enthousiasme leurs souvenirs de participation à différents congrès mettant à l'avant-plan l'orientation professionnelle ou une spécialité en particulier. Dans tous les cas, ils affirmaient que ces événements avaient exercé une influence certaine sur leur choix de spécialité. Le Symposium de recherche en MF de McGill, le Symposium annuel étudiant de MF et le Forum en médecine familiale (FMF) faisaient l'unanimité. Une étudiante parlait ainsi de sa première participation à un FMF : « avec le GIMF, je me suis retrouvée à Toronto, au FMF

et j'ai senti le pouls de la MF, j'ai capoté ben raide. J'ai vu tous les résidents et les médecins de famille autour de moi (...) y'avait de l'énergie là! ». Il en va de même de la récolte de prix et bourses. Les remises de prix (notamment ceux du CMFC) ont aussi été mentionnées plusieurs fois par les étudiants comme ayant contribué à soutenir leur intérêt pour la MF. (*Pendant, 3.*)

3. **GIMF** : cette influence est détaillée dans la partie **4.1.2 Influence spécifique des GIMF dans la valorisation et la promotion de la MF** ci-après. (*Pendant, 3.*)

4. Programmes : Les différentes facettes des programmes de formation médicale ont été largement citées par les participants comme ayant eu une influence certaine sur leur choix de spécialité. Ces aspects se résument aux trois éléments détaillés ci-après :

1. Milieux et nature des stages proposés : L'influence des stages réalisés au cours de leur formation a été évoquée par la presque totalité des étudiants comme ayant eu une grande influence sur leur choix de carrière. Les participants ont le plus souvent fait mention de l'importance de milieux favorables à certaines spécialités, notamment en raison de leur localisation géographique et de leurs caractéristiques (ex. la MF en région rurale vs en milieu urbain) : « There's really two different MF : rural MF where I must say I take off my hat for those docs (...) and then there's city MF, which to me is a different beast (...). It seems like MF sort of in the rural is like the MF on steroids » ou encore « j'ai fait un stage en

région à Chicoutimi (...) et c'est là que j'ai vraiment vu à quel point le milieu non universitaire est bien plus tripant ». Un étudiant caractérisait aussi l'influence que peut exercer un milieu universitaire sur son intérêt pour la MF : « one thing that is very toxic to the perception of family medicine at McGill is the CUSM system, which has zero family doctors apart from the emergency ». La plupart s'entendaient aussi pour dire que la nature des stages offerts avait eu une forte influence sur leur choix de carrière, d'abord parce qu'« il y a une grosse partie des étudiants qui sont une grosse pâte très malléable et c'est pour ça que des fois l'externat est très important » et qu'en ce sens, une exposition à une spécialité donnée peut avoir une grande influence : « ce qui a vraiment motivé mon choix, ça a été mon stage de première année [3 semaines d'immersion clinique à UdeS] (...). C'est à partir de ce moment-là que je savais que j'allais être médecin de famille (...) ». (*Pendant, 5.1*)

2. Méthodes d'enseignement et d'évaluation : Les étudiants ont souligné à plusieurs reprises combien les méthodes d'enseignement pouvaient exercer une influence sur leurs intérêts de carrière. Plusieurs participants ont notamment souligné que la méthode d'enseignement d'apprentissage par problème (APP) se prêtait bien à remettre en question l'omniprésence d'experts surspécialisés des milieux de formation. « Avec les APP, il y a plein de tuteurs. Pour l'APP de cardio, pas besoin d'être cardiologue ». En somme, si les cours de cardiologie élémentaire étaient donnés par des médecins de famille par exemple, l'influence sur leur

choix de carrière serait d'autant plus favorable à la MF. Cela dit, certains ont admis le risque inhérent à une telle influence en donnant l'exemple concret d'un APP portant sur la santé mentale « quand on a le médecin de famille qui nous apprend la psychiatrie, on est quasiment fâchés parce qu'il ne répond pas à toutes nos questions ». Les étudiants qui ont soulevé ce potentiel effet pervers ont admis avoir remis en question leur orientation de carrière suite à une telle déception. Enfin, d'autres ont souligné combien la méthode d'enseignement en petits groupes favorisait une interaction étroite avec l'enseignant, propice à mieux connaître et comprendre sa spécialité et éventuellement, s'y intéresser. Les méthodes d'évaluation s'inscrivent dans la même veine. Les participants ont ainsi affirmé que la manière traditionnelle de les évaluer occultait des caractéristiques inhérentes à certaines spécialités comme la MF ou la psychiatrie. Selon eux, en mettant davantage l'accent sur les notes que sur les attitudes, les facultés envoient un message univoque, défavorable aux spécialités dans lesquelles les habiletés relationnelles sont importantes. De la même manière, les examens ne présentent que rarement les questions dans une perspective holistique comme celle propre à la MF. Un étudiant résumait bien ce sentiment à partir de la lecture de son relevé de notes : « les commentaires, ils sont nulle part dans mon bulletin. Dans mon bulletin, j'ai que des lettres... ». (*Pendant, 5.1*)

3. Structure et nature des programmes offerts : certains programmes offrent des occasions de périodes d'observation clinique plus précocement que d'autres.

Dans plusieurs cas, la MF n'apparait que tardivement au cursus ce qui nuit à l'inclusion de la MF parmi les choix possibles de carrière : « [many people] kind of discover what MF is in third year and go, oh! wow! » ou encore « on le vit juste pendant l'externat, pendant le stage de MF et il est trop tard, les gens ont fait leur choix ». Les étudiants semblaient favoriser des stages d'immersion précoce : « implementing a more longitudinal program where you would be into the clinics earlier ». Certains programmes mettent l'accent sur des volets humanitaires ou sociaux alors que d'autres insistent sur les aspects plus scientifiques et techniques. Au final, le sentiment général évoqué quant aux programmes se résumait à ceci : « je la sens aucunement la MF dans le programme jusqu'à présent ». (*Pendant, 5.1*)

3. Famille, amis et collègues : L'influence de la famille, des amis et des collègues a été évoquée à de nombreuses occasions dans les discussions de groupe. Les étudiants ont ainsi admis avoir subi une influence puissante de la part de leurs pairs qui sont, selon plusieurs, difficiles à ignorer. Les opinions à l'égard des différentes spécialités seraient souvent cristallisées dans l'esprit de ces relations proches. Une étudiante parlant de son père citait celui-ci : « how can you choose to go into family medicine? ». Une autre parlant de la réaction de dégoût exprimée par ses amis à l'évocation de son choix de la MF se demandait : « est-ce que je vais être capable de dealer avec ça toute ma vie? ». Une autre encore, parlant du regard que posent ses collègues sur elle en raison de son

choix de la MF, admettait : « j'ai l'impression d'avoir perdu des fois le regard et le respect, même de certains collègues de mon année ». Un autre participant résumait de manière probante la force de cette influence, corroborée par tous les autres les participants avec des hochements de tête : « c'est bien de valoriser la MF auprès de nous, mais c'est nos parents, nos amis qui disent qu'on est juste des médecins de famille et qui nous influencent aussi ». (*nouveau facteur*)

4. Facteurs personnels : Comme pour la famille, les amis et les collègues, les participants ont reconnu l'influence importante de facteurs d'ordre plus personnel. Ceux-ci peuvent être regroupés dans deux sphères distinctes détaillées ci-après.

1. Expérience de vie ou de soins : L'influence de l'expérience singulière de vie de chacun et de ses contacts avec la maladie ou le milieu de la santé ont souvent été mentionnés. Les contacts vécus par les étudiants avec différents spécialistes dans des contextes personnels auraient ainsi exercé une influence certaine sur les rêves (ou cauchemars) de carrière qu'avaient certains participants avant même leur entrée en médecine : « before medical school, my only experience with doctors was like small town family doctors and that's sort of what I thought doctors were before I started medical school, and then I just kind of kept wanting to be that ». Un autre participant parlait de l'origine de son intérêt pour la MF, né d'une histoire personnelle avec un médecin de famille « you come in [dans un PM], wanting to be a general doctor like

that, but you don't really know why, it's just kind of like a vague feeling ». Cette influence semble aussi pouvoir s'exercer en cours de formation médicale comme en témoigne cette étudiante : « J'ai eu la chance d'avoir un médecin de famille et je me suis assise avec elle, j'ai dit parle-moi de ta réalité. Je cherchais là, j'étais avide d'un modèle de quelque chose qui viendrait me chercher, parce que nulle part dans mes deux premières années de médecine y'avait une fibre qui m'accrochait parce que c'était de la spécialité ». (*Avant, 1. 2. et 4.*)

2. Intérêt initial : Plusieurs participants ont affirmé avoir suivi étroitement leur intérêt premier dans leur choix définitif de carrière. Un étudiant résumait bien ceci en affirmant : « we kind of came into medicine with family medicine in our minds », immédiatement suivi d'un commentaire d'un collègue: « yeah, we kind of had it in our head first ». Cette prémisse semblait unanime chez les étudiants ayant fait le choix de la MF, mais moins chez les autres même si l'une d'elles affirmait que dès le début elle savait qu'elle était « plus du type chirurgical ». Cela dit, si cet intérêt initial en a influencé plus d'un, plusieurs participants ont affirmé qu'en entrant en médecine, « ils ne savaient pas encore » quelle serait leur spécialité et rejettent donc cette influence. (*Pendant, 1.*)

5. Caractéristiques que les étudiants en médecine attribuent aux différentes spécialités : comme mentionné plus haut, l'organisation des facteurs d'influence abordés

par les étudiants au cours des discussions de groupe a rapidement pu être catégorisée sous la forme de caractéristiques particulières que les participants attribuaient, à tort ou à raison, aux différentes spécialités. Ces caractéristiques perçues exercent à leur tour une influence importante sur le choix de spécialité des étudiants. Ces 14 catégories ont pu être regroupées en quatre grands thèmes.

1. La nature du travail : ce groupe rassemble les caractéristiques qu'attribuent les étudiants au travail quotidien propre à une spécialité donnée et à son programme de résidence. Cette nature varie par exemple selon les types de clientèles rencontrées, le caractère technique du travail ou encore le lieu de pratique (ex. en établissement ou non). Ces caractéristiques ont été regroupées en quatre catégories :

1. Contraintes administratives : Les AMP et les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) suscitaient invariablement une certaine frustration chez tous les participants. Par contre, lorsque questionnés sur l'influence réelle de ces contraintes sur leur choix de spécialité ou leur type de pratique, les réactions des participants étaient beaucoup plus mitigées. Pour une participante engagée dans des activités syndicales « ça a été un facteur contre la MF ». Pour d'autres, le caractère contraignant et paternaliste qu'ils attribuent à ces contraintes s'oppose aux perspectives sociales propres à la MF, accroissant d'autant l'irritation des intéressés de cette spécialité. (*Pendant, 12.*)

2. Nature de la résidence : la perception des caractéristiques et du niveau de difficulté associé à différents programmes de résidence, notamment en ce qui a trait au nombre d'heures travaillées, au niveau de stress vécu ou à la lourdeur des gardes a paru influencer certains participants. La courte durée de la résidence en MF de manière isolée semble avoir exercé une influence favorable notoire sur plusieurs étudiants : « I'm eager to be done and have my practice ». Cependant, cet empressement était bien davantage lié au besoin d'autonomie qu'à l'âge, un facteur plutôt esquivé par les participants. Par contre, pour d'autres participants, cette courte durée paraissait exercer une influence négative comme en témoigne un étudiant : « comment en deux ans suis-je capable de tout acquérir la somme de connaissances qu'il faut pour aller en MF? ». Par ailleurs, du point de vue de plusieurs, certains programmes de résidence accepteraient mal la conciliation entre études et vie familiale. Ces difficultés de conciliation peuvent s'exprimer par la critique implicite de participation à des activités de loisirs « si (tu) dis que tu as regardé la game de hockey, c'est sûr que c'est toi qu'ils quizzent » en parlant des questions posées au cours de groupe du lendemain, mais affectent aussi les projets familiaux. À cet égard, une étudiante soulignait avec l'approbation du groupe que certains programmes semblaient nettement moins bien s'adapter à cette recherche d'équilibre familial : « chir... j'allais pas choisir une résidence comme ça! » Une autre caractéristique influente de la résidence recherchée par les participants tenait à la possibilité d'« aller dans le milieu où on veut [pratiquer] tout de suite [dès la résidence] ». Nombreux étaient ceux qui

accordaient une grande importance à cette caractéristique dans leur choix de carrière. (*Pendant, 11.*)

3. Opportunités de recherche et d'enseignement : l'influence exercée par la perception de la propension d'une spécialité à mener à une carrière universitaire axée vers la recherche et l'enseignement a été évoquée à maintes reprises. Même si, de manière générale, les étudiants disaient percevoir que la MF offrait de moins bonnes possibilités de recherche, certains étudiants, surtout de McGill, affirmaient « I never felt that if I went into family medicine I would not have the opportunity to do research work in academic setting ». Mêmes commentaires à UdeM, en parlant des médecins de famille « si tu veux faire de la recherche, c'est pas un problème ». La troisième année de recherche en MF (programme complémentaire clinicien érudit) semble aussi avoir exercé un effet important dans le choix de certains participants. Dans le même esprit, les possibilités de pouvoir enseigner revêtaient un intérêt indiscutable pour les étudiants et auraient influencé le choix de plusieurs d'entre eux. Ainsi alors que des étudiants ayant fait le choix de la MF évoquaient avec résignation la crainte de ne pas pouvoir enseigner dans leur spécialité puisqu'on voit « très peu de profs en MF » dans le monde universitaire, d'autres soutenaient qu'avec le modèle actuel des UMF, on pouvait maintenant « faire de l'enseignement un peu partout au Québec sans se cantonner dans certaines régions [universitaires] ». Des étudiants de UdeS

allaient jusqu'à affirmer que c'était peut-être même plus facile d'enseigner en MF que dans d'autres spécialités. (*Pendant, 7.*)

4. Prestige : l'influence du prestige associé à la nature ou à l'exercice d'une spécialité a été abordée de manière systématique dans les discussions de groupe. La perception des étudiants s'étend du prestige lié à la spécialité elle-même (ex. la MF est moins prestigieuse que la cardiologie) à celui du travail qui y est réalisé (ex. la chirurgie colorectale est moins prestigieuse que la chirurgie ophtalmologique). Les étudiants reconnaissent ainsi assez unanimement une certaine hiérarchisation des spécialités, du moins en ce qui concerne la MF par rapport aux autres spécialités : « we all think to ascend the ladder to the top, top, top, but you wouldn't go to the top and say you should do MF ». L'utilisation fréquente du « just MF », entendue dans tous les groupes de discussion, soutient aussi bien cette hiérarchisation. Le simple fait de pouvoir accéder si facilement à un programme de résidence en MF a souvent été nommé comme un facteur d'influence défavorable majeur pour cette spécialité. (*Pendant, 8.1*)

2. Le degré de spécialisation : L'influence de la relation face à l'expertise s'est révélée importante pour les participants. Celle-ci a été scindée en trois catégories que voici :

1. Sentiment de compétence et tolérance à l'incertitude : Le besoin de se sentir compétent a souvent été mentionné par les étudiants. Ceux-ci l'ont surtout

associé à la durée de la formation (trop courte ou suffisante), mais son influence intrinsèque reste entière. Ainsi, il s'avérait unanimement impossible pour les étudiants de s'intéresser à une spécialité dans laquelle ils ne pourraient pas se sentir compétents. Cela dit, pour chacun, la compétence se définissait de manière différente. Alors que pour certains, il s'agit d'être le meilleur de son domaine, pour d'autres, c'était l'affaire d'être apte à gérer un vaste éventail de pathologies ou, comme en témoigne cette participante heureuse d'avoir choisi la MF : « moi, si mon patient est heureux, je vais être heureuse [et me sentir compétente] » ou encore « je gagne une super diversité et je perds d'être une experte et de connaître tout (...). En fait, je perds de la certitude ou une certaine zone de confort [mais pas de la compétence] (...) » Cette notion de confort, associée à la compétence s'avère intimement liée à une certaine tolérance à l'incertitude. Plusieurs étudiants ont admis avoir « l'impression qu'en spécialités (parlant des autres spécialités que la MF), les gens tolèrent moins l'incertitude, dans le sens qu'ils vont être experts et qu'ils doivent tout savoir de leur domaine ». En somme, pour ces participants, aller en MF signifie apprendre à vivre avec une incertitude plus importante que dans les autres spécialités. *(Pendant, 2.5 et 8.2)*

2. Soutien professionnel et degré d'autonomie : Les participants ont exprimé l'influence qu'exerce le sentiment d'être soutenu dans son travail par de bonnes ressources, des collègues (de sa spécialité ou d'autres spécialités) et d'autres professionnels et du niveau d'expertise que ceux-ci peuvent offrir. D'après eux,

ceci détermine dans une large mesure le degré d'autonomie dont jouit le médecin dans le sens où plus le soutien en ressources ou en experts est accessible, moins l'autonomie est grande comme en témoigne cet étudiant « if you are on a MF run ward, and somebody developed arrhythmia, whereas in the community, they go oh, I've seen this before, I can do this, but if you have a cardiologist downstairs, you kind of think, I think it's this, I'm pretty sure, but we may as well... ». Un autre, ayant choisi la MF, affirmait : « si la dermatologie me passionne, je peux suivre mes psoriasis longtemps (...) jusqu'à ce que mes limites (...) soient atteintes » ou une autre « j'avais peur de frapper mes limites rapidement en MF (...), mais je me suis rendu compte qu'au fond, la seule chose qui me limitait, c'était moi-même. (...) je peux suivre mes patients aussi longtemps que je le veux » et encore un « [en MF], je peux faire exactement ce que je veux faire, je peux avoir exactement la pratique que je veux ». Le côté très pragmatique de l'autonomie semblait aussi avoir de l'attrait pour certains participants « je trouve ça pratique d'avoir des connaissances générales sur plein de choses dans mon quotidien ». Autant ce grand besoin d'autonomie apparaissait influencer favorablement certains étudiants, autant il semblait exercer l'effet inverse chez d'autres : « ce que je trouve le fun, c'est que je vais toujours avoir quelqu'un pour m'appuyer parce que je trouve ça difficile de dire que je vais être la spécialiste dans mon domaine et c'est moi qui dois avoir la réponse finale si on me demande un avis ». La perception favorable d'une grande collaboration entre les MF a aussi été soulignée par plusieurs participants : « on a tellement de personnes-ressources

avec qui on peut interagir et collaborer et parfaire nos connaissances au fur et à mesure ». Ces commentaires évoquaient aussi le bon soutien spécialisé, lui-même propice à l'apprentissage de l'autonomie : « on va être en contact avec plein de spécialistes alors on apprend toute notre vie ». (*Pendant, 13.*)

3. Stimulation intellectuelle : le besoin de stimulation intellectuelle a souvent été avancé par les étudiants. Une large part de cette stimulation semblait trouver son origine dans la variété de la pratique pour les étudiants ayant choisi la MF, une spécialité « pleine de personnalités, pleine d'âges différents, pleine de milieux sociaux différents ». Pour les autres, la stimulation semblait venir plutôt des possibilités d'approfondir leurs connaissances : « je voulais aller plus loin (...) vraiment devenir spécialiste, apprendre en profondeur quelque chose ». (*Pendant, 2.5*)

3. Le mode de vie : l'influence associée aux caractéristiques propres au mode de vie s'est révélée importante aux yeux des participants. Elles s'articulent beaucoup autour de valeurs de liberté professionnelle. Voici les quatre regroupements retenus :

1. Flexibilité de la pratique et des horaires : Une spécialité offrant une grande latitude d'ajustement d'horaires et de pratique s'est avérée exercer une influence considérable sur les participants. Si bien que l'un d'eux, destiné à la MF, simplifie ainsi « we are always changing... and MF really allows for that ». Pour

les participants, pouvoir faire évoluer leur pratique de la médecine d'urgence au suivi en bureau semble apporter une valeur ajoutée considérable à la spécialité comme le spécifiait un étudiant : « work on some emerge shifts here, do some OB here, do this, do this, do this... ». Cette caractéristique a aussi semblé bien davantage applicable à la MF qu'aux autres spécialités. La plupart y voyaient une pratique « qui ne va pas être ennuyante, qui va toujours être différente ». Dans la même veine, la flexibilité des horaires qu'offrent une spécialité donnée et, surtout, le « pouvoir de choisir ses horaires » comptait aussi : « one day I want to work five hours, the next day I want to work 24 ». Ici encore, cette caractéristique semblait perçue comme plus accessible en MF qu'ailleurs.

(Pendant, 2.2)

2. Liberté de choisir un lieu de pratique : Pour la majorité des étudiants du groupe, la possibilité d'établir sa pratique dans le milieu de son choix, par exemple rural, périphérique ou urbain, importait beaucoup. Plus encore, pour certains, cette liberté s'avérait d'autant plus prisée qu'elle permettait de boulinguer : « I could go anywhere in the world! ». Plusieurs participants ont affirmé éviter systématiquement une spécialité qui inviterait à l'enracinement comme l'exprimait bien l'un d'eux : « I want to move a lot in my life! ». À cet égard, l'attrait pour les « locums », ces opportunités de travail temporaires pour remplacer l'absence d'un médecin établi (un modèle très populaire dans le ROC) suscitaient un intérêt évident chez les étudiants de McGill. *(Pendant, 2.1)*

3. Qualité de vie : Aux yeux des participants, ce facteur s'est avéré majeur et considérablement plus cité que les autres comme le facteur de premier ordre ayant influencé leur choix de résidence. Paradoxalement, la MF apparaît à la fois au nombre des spécialités mise au premier et au dernier rang pour la qualité de vie qu'on y retrouve, selon les étudiants à qui l'on pose la question. En effet, les uns y voient une qualité de vie exceptionnelle alors que les autres jugent que les gardes et l'éloignement que la MF impose sont délétères pour la qualité de vie. Une des raisons évoquées par les étudiants pour expliquer ces disparités est la définition très individuelle de la qualité de vie : « the criteria are not the same for everyone ». Pour certains, « lifestyle is the ability to choose what I want ». Pour d'autres, il s'agit d'une affaire d'heures travaillées, ou de liberté, comme présenté ci-haut. Il en va de même de la vie urbaine frénétique ou du milieu rural paisible, vu inversement sur le plan de la qualité de vie selon les participants à qui l'on pose la question. Dans tous les cas, l'influence importante qu'opère cette caractéristique est unanime. (*Pendant, 2.3*)

4. Rémunération : La prétendue délicate question de la rémunération avait été réservée pour le questionnaire. Contre toute attente, les étudiants se sont spontanément prononcés en groupes de discussion sur son influence quant à leur choix de carrière. Plusieurs ont reconnu que cette caractéristique avait exercé une certaine influence sur leur choix de résidence. Cela dit, c'est surtout en lien avec

la qualité de vie que permettait un salaire supérieur que dans le prestige d'un salaire élevé que les étudiants voyaient l'importance de cette caractéristique. Un étudiant expliquait ainsi que « the lifestyle that you would get in MF vs dermatology would not pay the same ». Le revenu absolu quant à lui semblait même produire un certain malaise chez plusieurs participants : « je me sentrais vraiment mal de gagner 750 000 \$ ». D'autres ont ajouté qu'avec le type de pratique attendu en MF, il serait bien gênant de gagner un salaire aussi élevé que celui gagné par certains autres spécialistes : « gagner 300 000 \$ par an, il me semble que je pourrais plus être le médecin du peuple parce que je serais comme au-dessus du peuple ». (*Pendant, 6.*)

4. Les types de clientèle : L'influence des caractéristiques attribuées aux clientèles rencontrées dans les différentes spécialités s'est aussi révélée importante pour les étudiants. Ces caractéristiques ont été regroupées dans les trois catégories qui suivent.

1. Intérêt familial, social et communautaire : Les spécialités dans lesquelles un accent manifeste est mis sur les interactions familiales, les liens et rapports sociaux ou communautaires auraient influencé plusieurs étudiants dans leur choix de spécialité. Autant de caractéristiques propices à faire des « médecins du peuple », comme se plaisait à le souligner une étudiante s'orientant vers la MF. Parmi les leaders participants, ceux ayant opté pour la MF ont beaucoup insisté

sur cette caractéristique. En particulier, la compréhension du patient dans son cadre familial donne à plusieurs le sentiment de mieux faire leur travail puisque « when you get to see everybody in the family (...) you know the background of where the patient is coming from », permettant de mieux comprendre le contexte unique du patient. D'autres ont simplement souligné le caractère purement social attribué à certaines spécialités, comme cette étudiante ayant choisi la MF « j'aime ça jaser avec mes patients et les connaître ». (*Avant, 5.*)

2. Conception holistique et importance de la relation patient-médecin : Les participants ont très souvent évoqué l'intérêt du suivi longitudinal des patients, de l'enfance à l'âge adulte, propice à l'élaboration d'une relation mutuellement satisfaisante entre patients et médecins. Les étudiants se disaient intéressés à la « santé globale » de leurs patients plutôt qu'aux problèmes ponctuels. La recherche de « liens de confiance avec les patients » a aussi été évoquée à plusieurs reprises par les étudiants. Un étudiant a même proposé une analogie entre le médecin de famille et un « coach de vie ». Dans tous les cas, les étudiants ont souligné l'influence de moment vécus durant lesquels la relation entre le médecin et le patient, inscrite dans un cadre relationnel prolongé dans le temps, était significative pour eux. Plusieurs étudiants ont ainsi manifesté leur penchant favorable à « traiter un patient plutôt qu'un organe ». (*Pendant, 2.4*)

3. Variété de la clientèle : Plusieurs étudiants se sont dit favorablement influencés par des spécialités dans lesquelles la variété des clientèles rencontrées était grande comme l'affirmait un étudiant : « I want to work with people who are old, young, male, female... ». Cette recherche de diversité était formellement opposée entre les étudiants qui avaient choisi la MF et les autres spécialités. Cette caractéristique s'est avérée importante et spécifique à l'éventail de patients et aux milieux dans lesquels ceux-ci sont rencontrés. (*Pendant, 2.2*)

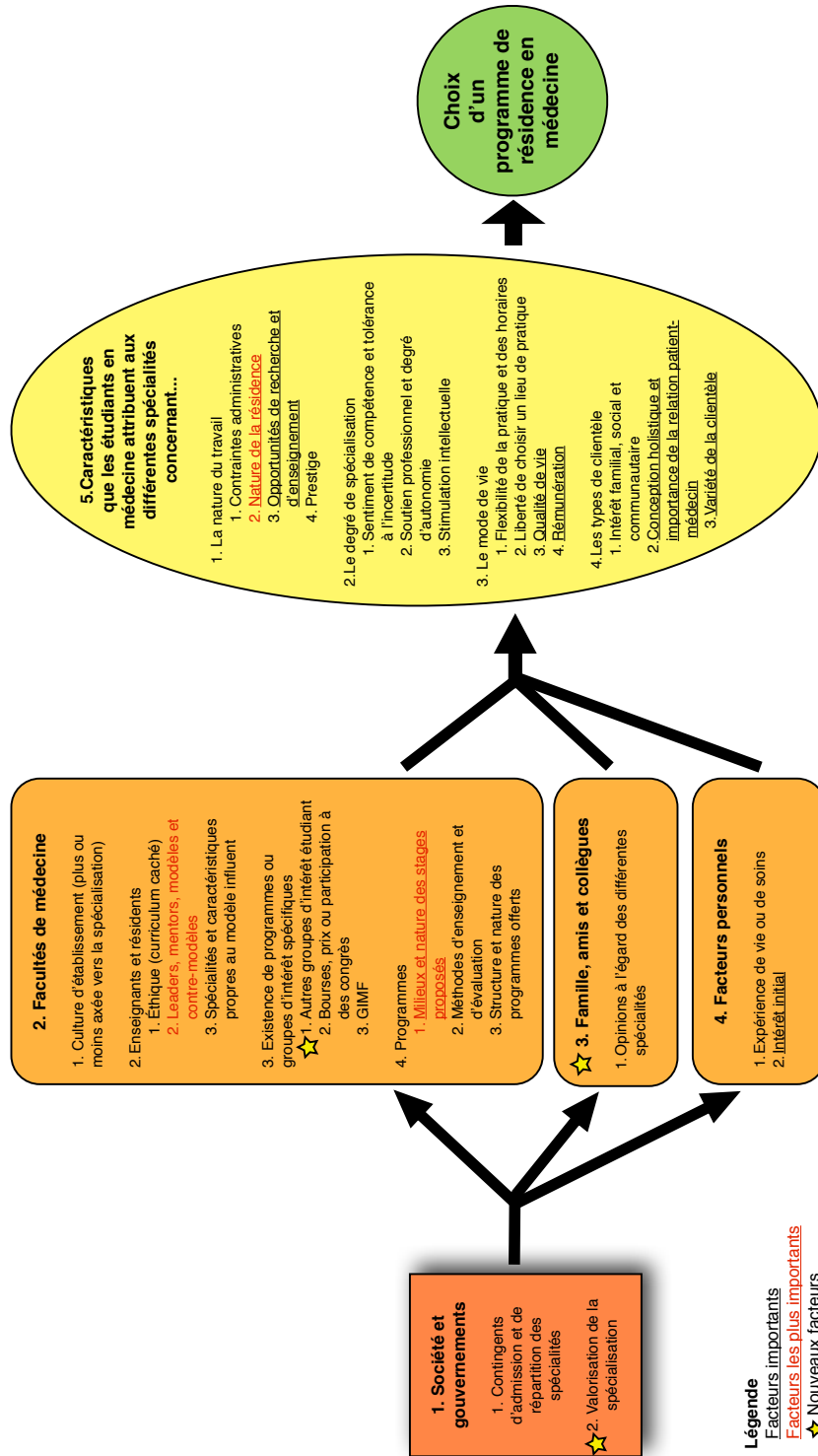


Figure 3. Facteurs influençant le choix d'un programme de résidence en médecine

4.1.2 Influence spécifique des GIMF dans la valorisation et la promotion de la MF

La présente recherche s'articule avant tout autour des GIMF. Les données tirées des groupes de discussion touchant spécifiquement l'influence des GIMF sont donc traitées ici de manière détaillée.

Il importe d'abord de préciser que, contrairement au modèle général d'influence de Kerr, modifié par les données de la présente étude, la modélisation des impacts des GIMF qu'il a proposée s'est avérée tout à fait valable à la lumière des discussions avec les leaders rencontrés. Voici le détail de ces constats, suivant les cinq impacts des GIMF selon Kerr :

1. Contrebalancent le dénigrement et le manque d'exposition à la MF : nombreux sont les participants qui ont reconnu cet effet des GIMF. L'un d'eux résumait ainsi la manière dont il avait lui-même perçu la chose : « voir des gens passionnés qui parlaient et étaient fiers d'eux en parlant de MF ».
2. Favorisent l'identification professionnelle (à des médecins et leurs pratiques) : Aux dires de plusieurs étudiants, les conférences organisées par les GIMF peuvent « vraiment marquer (...) être un tournant dans la vie ». Les présentations en classe ou lors d'ateliers techniques ont notamment été évoquées comme de bonnes occasions de ressentir une telle identification.

3. Instruisent sur la MF : Tous ont reconnu que les GIMF et leurs activités pouvaient informer les étudiants sur la nature de la MF. Un étudiant rapportait sa surprise d'apprendre, lors d'une participation à un atelier offert par les GIMF, que « (...) family doctors can actually suture, and they are actually quite good at it ». Un autre soulignait : « I really liked the fact that it showed some other aspects of family medicine, what you're actually able to do, and the research thing was also really great ». Plusieurs participants partageaient aussi l'avis de celle-ci qui critiquait certaines lacunes des programmes de formation et des stages : « Apprendre plus sur certaines choses, les PREMs, les AMP et tout ça, et vraiment pour comprendre en détail la pratique (...) » et « ça [permet] de voir différents types de pratique ».

4. Modulent l'intérêt pour la MF : les discussions de groupe ont toutes abordé cette question en détail compte tenu de l'objet de la recherche. Aux dires des participants, cette modulation est inéluctable. Par contre, elle peut être favorable ou non à la MF. Ainsi, les activités des GIMF convainquent définitivement certains « in mid-year, in my first year, we had the workshop and after that I was so convinced that I joined the executive [of FaMSIG] » ou en découragent d'autres, parfois pourtant presque convaincus d'opter pour la MF. Effectivement, comme présentés plus haut, certains leaders voient un effet pervers dans l'existence même des GIMF. « Je me suis dit, ils sont désespérés pour essayer d'attirer du monde en médecine. (...) Je trouvais ça tellement têteux » disait l'un d'eux en parlant de l'existence des GIMF. D'autres ont dit « j'avais l'impression que c'était comme... allons chercher des gens pour mettre des MF dans les régions » ou encore « on

n'a pas la mentalité anglo-saxonne d'appartenir à un groupe (...). Notre mentalité, c'est plutôt l'inverse, c'est essayer de s'éloigner de ces petits groupes-là qui font geek ».

5. Réduisent le sentiment d'isolement : tous les groupes ont soutenu que les GIMF exerçaient un effet certain pour réduire la sensation d'être isolé de ses collègues, amis, parents ou enseignants en choisissant la MF. Voici quelques citations éloquentes à cet effet : « (...) I felt that for once, like everybody that was there was actually interested in MF and it was actually OK and great that you wanted to go into MF » ou « make you feel like part of a bigger whole » ou encore « it's a breath of fresh air [since] you don't wander around going I want MF at McGill ». Pour certains, il s'agissait de donner l'impression que la MF est « de moins en moins stigmatisée ».

4.1.3 Comment améliorer les GIMF

En leaders, les participants ont spontanément et précocement proposé leurs solutions quant aux moyens d'améliorer les GIMF et de les rendre plus efficaces pour intéresser les étudiants à choisir la MF. Afin de profiter pleinement de l'échantillon de leaders pour accroître la portée de ces informations, l'animateur a pris soin d'inviter les participants à se prononcer sur ce qui aurait pu les intéresser personnellement dans les GIMF, plutôt que leurs collègues ou amis. Les données présentées ci-après incarnent donc les stratégies

proposées par les leaders pour rendre les GIMF plus efficaces à les intéresser eux-mêmes à la MF. Leurs suggestions ont été regroupées en 11 thèmes distincts.

1. Formation : Les participants ont dit aimer que les GIMF organisent certaines activités qui, tout en faisant connaître la MF, permettent d'améliorer leurs connaissances en plus d'offrir une exposition clinique supplémentaire. Les intérêts des étudiants restent selon eux avant tout cliniques. Ces activités devraient aussi permettre de voir que des médecins de famille pratiquent des techniques en apparence avancées : « la biopsie de l'endomètre (...) c'était un MF qui me l'apprenait, pour moi, c'était une révélation ». De plus, ces activités demeurent toujours attrayantes pour tous les étudiants : « a lot of people come who aren't necessarily interested in MF, because of an opportunity to learn procedures ». Pour ces raisons, les GIMF devraient selon les leaders étudiants maintenir un engagement dans cette voie de formation clinique.
2. Information : Les informations que disaient rechercher les participants sur la spécialité sont de plusieurs ordres. Le plus important à leur sens restait « d'amener le côté *thrillant*, le côté excellence, le côté recherche » à l'avant-plan pour passer l'information de manière plus implicite. Le soutien aux impératifs de la formation médicale comme les examens était au coeur de leurs intérêts : « tips on how to succeed in your family med rotations ». Il en allait de même avec certaines formalités souvent occultées par les facultés comme les contraintes administratives présentées plus haut : « how am I going to get a job as a family doctor with the PREM ».

3. Mentorat : Les leaders ont mentionné à plusieurs reprises que les GIMF pourraient soutenir un programme de mentorat, « avoir une espèce de gestionnaire de cas, un médecin de famille qui me suit à travers toutes mes études », en somme, un accompagnateur pour des étudiants intéressés (faute de le retrouver via les programmes actuels). Ceci pourrait selon eux donner l'occasion de faire connaître aux étudiants le suivi des patients, l'un des aspects les plus caractéristiques et appréciés de la MF. Comme l'un d'eux le disait, « c'est important de faire voir c'est quoi le suivi d'un patient ».

4. Modèles de rôle : Selon les leaders, les GIMF devraient profiter des conférences qu'ils proposent pour mettre à l'avant-scène des modèles de rôles potentiels plutôt que des médecins *moyens* : « bringing people who have really excelled in MF ». Des médecins oeuvrant dans des secteurs en vogue comme le « Sky Service (...), Médecins sans frontières... », et « profiter du glamour de ces médecins de famille qui font des choses hors du commun » pour motiver l'intérêt pour la spécialité. En somme, « il faut aller chercher des personnes connues et reconnues dans le milieu ». L'objectif premier de la présentation demeurant de faire rêver tout en montrant l'éventail de possibilités qui s'offrent aux étudiants. Comme présenté plus haut, les participants ont suggéré d'inviter ces individus sans nécessairement spécifier initialement leur spécialité afin de ne pas faire fuir les étudiants ayant déjà un parti pris en défaveur de la MF.

5. Observation : Les leaders ont souligné qu'on « ne peut pas vraiment savoir ce qu'un médecin fait en l'écouter parler. Il faut que tu le vives ». Par conséquent, ils proposent que les GIMF établissent ou facilitent un réseautage propice à des activités d'observation du travail d'un médecin de famille. L'idée se marierait bien, selon eux, avec la création de la banque de mentors qui pourrait permettre la réalisation d'activités d'observation clinique.

6. Partenariats : Les participants ont avancé que les GIMF gagneraient à collaborer davantage pour éviter d'avoir à perpétuellement réinventer la roue ou demander à leurs animateurs des investissements de temps et d'énergie dont des étudiants à temps plein ne disposent pas. Les leaders ont notamment souligné les succès indiscutables des Symposiums annuels de MF, développés grâce à une collaboration entre les GIMF des quatre facultés et les départements de MF. Il en va de même de la collaboration avec la Section des étudiants du CMFC qui promet un réseautage porteur avec les GIMF du ROC.

7. Plaidoyers : Les leaders ont aussi proposé que les GIMF puissent contribuer activement à « sensibiliser la population [à l'effet] que la MF, on n'y va pas comme deuxième choix ». Ici encore, ils ont suggéré de faire appel à la collaboration de différentes organisations afin de mener à bien cette idée sans consommer toutes les ressources disponibles au sein des groupes. L'utilisation de médias sociaux comme YouTube devrait aussi selon eux occuper une place de choix dans cet exercice.

8. Projets : Les participants ont proposé de limiter les projets et les cibler davantage vers des clientèles non conquises (indécises), une population plus importante à mobiliser en faveur de la MF que les convaincus. En effet, selon plusieurs, « once I was convinced, there were no coming back » ou encore « j'avais pas besoin d'être motivé davantage à aller en MF ».
9. Publicité : Les participants ont presque tous décrié la piètre publicité des activités des GIMF. Ceci s'est avéré d'autant plus probant lorsque les étudiants passaient à la portion clinique de leur formation et quittaient le milieu facultaire. Selon eux, une des raisons principales de leur faible participation tenait à un manque de visibilité ou une visibilité mal ciblée ou peu accrocheuse. En parlant d'eux, les étudiants de McGill soutenaient les propos de cet étudiant « when we hit the third year, fourth year, you loose contact (...) because we're all scattered ». Comme présenté plus haut, à leur avis, la publicité des différentes activités proposées ne devrait paradoxalement pas faire état du lien avec les GIMF. Plus globalement, la publicité « rejoint juste ceux qui sont assez motivés pour lire le courriel ». Les titres de courriel seraient ainsi trop génériques. Il faudrait selon eux quelque chose qui attire et fasse rêver, qui fasse naître des émotions dans le titre. Par ailleurs, les leaders affirment qu'ils s'identifient avant tout davantage à un type de pratique qu'à une spécialité « si tu leur dis tout de suite [que c'est un médecin de famille], c'est sûr qu'ils vont faire ah... MF... ah non ».

10. Réseautage : Facebook semble unanimement incarner l'outil de choix pour joindre le plus grand nombre d'étudiants de l'avis des participants. Les GIMF devraient donc, de l'avis des leaders, investir temps et énergie afin de mettre sur pied un système efficace de communication par le truchement de ce médium. Précisons que Twitter n'a pas fait partie des idées proposées lors des groupes de discussion.

11. Temporalité : Les leaders ont vertement critiqué les difficultés reliées à la temporalité des activités. Par contre, le « bon moment » en cours de formation variait beaucoup d'une faculté à l'autre. Une adaptation réfléchie avec les groupes cibles identifiés (indécis) devrait donc être réalisée dans chaque GIMF. Il faut aussi trouver des moyens créatifs de parer les difficultés inhérentes aux années de formation plus engageantes, comme l'exprimait un des participants « for me, one of the hardest things was just getting to a meeting ». Une autre approche suggérée par quelques participants était de tenter d'intéresser les étudiants avant même leur entrée en médecine. En ce sens, ils suggéraient que les GIMF offrent à des étudiants du CÉGEP ou de certains programmes universitaires des cours d'anatomie ou de points de suture.

4.1.4 Facteurs influençant la participation aux GIMF

La faible participation des leaders aux GIMF s'est avérée frappante dans tous les groupes.

La section *4.1.3) Comment améliorer les GIMF* détaille bien les facteurs qui

influenceraient favorablement la participation des leaders. Cela dit, au cours des discussions, nombreux sont ceux qui se sont plus spécifiquement prononcés à propos des activités qui les avaient amenés à s'intéresser davantage aux activités organisées par les GIMF. Ces activités se résument 1) aux événements d'envergure (tels que le Symposium en MF), 2) aux ateliers de formation clinique et technique et 3) aux rencontres avec des médecins de famille exceptionnels. Dans le même esprit, plusieurs se sont commis sur les raisons ayant freiné leur participation. Ces facteurs se résument à 1) une incompatibilité des horaires, 2) un intérêt déjà confirmé ou infirmé pour la MF ou 3) une publicité déficiente ou mal ciblée.

4.2 Questionnaires

Les questionnaires remis au terme des groupes de discussion n'ont finalement apporté que peu d'information nouvelle. La plupart des questions ayant été abordées indirectement au cours des discussions de groupe, les étudiants y ont notamment indiqué répéter certaines idées ou perceptions relatives aux sujets abordés.

Le taux de réponse au questionnaire s'est avéré bon, variant de 67% à 83 % comme en témoigne le tableau II.

Tableau II : Taux de réponse au questionnaire

Université	Réponses	Taux de réponse
UdeM	5/6	83 %
McGill	4/6	67 %
UdeS	7/9	78 %
TOTAL	16/21	76 %

Tous les étudiants ayant complété le questionnaire ont répondu à la totalité des questions. Il est pertinent de préciser que les étudiants semblaient accorder une grande importance à la distinction entre leurs propres réponses et celles qu'ils attribuent à leurs collègues, distinguant très systématiquement les unes et les autres.

Le tableau III résume bien les résultats du questionnaire, cohérents avec les propos recueillis dans les groupes de discussion.

Tableau III : Sommaire des réponses aux questionnaires

Questions	Sommaire McGill	Sommaire UdeS	Sommaire UdeM	Sommaire général
1. Perception du niveau de prestige associé à la MF	Faible prestige perçu en raison de la facilité d'admission, des faibles perspectives perçues en recherche et à l'attribution traditionnelle du prestige aux autres spécialités	Faible et clairement moindre que celui des autres spécialités	Faible en général, mais plus élevé au sein de ceux qui choisissent la MF.	Le niveau de prestige associé à la MF est faible, notamment en raison de la facilité d'admission, des faibles perspectives perçues en recherche et de l'attribution facultaire du prestige aux autres spécialités. Il est aussi clairement moindre que celui des autres spécialités et plus élevé au sein de ceux qui choisissent la MF.
2. Influence du niveau de prestige associé à la MF dans le choix de programme de résidence	Certaine, mais moindre chez ceux qui choisissent la MF.	Plutôt d'accord, même si dans une moindre mesure chez ceux qui choisissent la MF.	Partagé... plus important chez ceux qui choisissent les autres spécialités que ceux qui choisissent la MF.	L'influence du niveau de prestige associé à la MF dans le choix de programme de résidence apparaît certaine à McGill, mais plus partagée ailleurs. Dans tous les cas, elle est plus importante chez ceux qui ne choisissent pas la MF.
3. Influence de la rémunération actuelle des spécialistes en MF sur le choix de programme de résidence	Importance variable. Importante chez les indécis, mais moindre chez ceux qui choisissent la MF.	Faible importance, probablement plus importante pour ceux qui choisissent d'autres spécialités que la MF.	Facteur de faible importance pour ceux qui choisissent la MF, vraisemblablement plus important chez les autres.	L'influence de la rémunération actuelle des médecins de famille sur le choix de programme de résidence apparaît somme toute faible chez ceux qui choisissent la MF, mais probablement plus élevée chez ceux qui s'intéressent à d'autres spécialités.

Chapitre 5 Discussion

L'analyse des résultats présentés ci-dessus est réalisée dans la perspective des objectifs de la présente étude qui étaient :

1. Décrire l'influence actuelle des GIMF en tant qu'instruments de promotion et de valorisation de la spécialité de MF auprès des étudiants en médecine du Québec.
2. Comprendre les facteurs qui guident les étudiants en médecine vers la MF ou d'autres spécialités.
3. Contribuer au développement futur des GIMF afin d'accroître leur influence en s'inspirant de la théorie de la diffusion des innovations.

Les résultats relatifs à l'influence actuelle et spécifique des GIMF s'avèrent en grande partie conformes aux données issues de la littérature actuelle, à l'exception d'une différence notable concernant un effet pervers possible de l'existence même des GIMF, relevé dans les facultés de UdeM et UdeS : la MF doit être une spécialité en péril pour qu'on ait ainsi besoin de venir à son secours.

L'ensemble des facteurs influençant les étudiants en médecine dans leur choix de carrière s'avère conforme à ceux de modèles connus ou issus de la littérature grise. La présentation modifiée dans le nouveau modèle conceptuel proposé permet d'apporter certaines nuances quant à l'influence de ces facteurs les uns sur les autres tout en permettant une

compréhension globale de leur manière d'influencer les étudiants. Quelques facteurs apparaissent ainsi sous un angle nouveau sans trop surprendre. Le modèle apporte aussi une vision plus pragmatique visant l'action en permettant de mieux cerner les acteurs d'influence et leurs éventuelles cibles d'intervention. Dans la même veine, en mettant en relief les caractéristiques que les étudiants attribuent aux différentes spécialités, le modèle introduit une dimension émotionnelle souvent occultée jusqu'ici dans les études sur le sujet et la littérature grise.

Enfin, l'étude présente de nombreuses pistes de suggestions proposées par les leaders interviewés pour améliorer les GIMF. Conformément à la théorie de la diffusion des innovations, le fait que ces suggestions soient issues de leaders identifiés par leurs pairs plutôt que d'un échantillon aléatoire d'étudiants accroît considérablement la portée de ces suggestions et de l'étude au sens large.

Afin d'arrimer ces résultats de manière plus tangible avec la littérature et en mesurer la portée en lien avec les hypothèses et questions de la recherche, les prochaines pages détailleront le nouveau modèle conceptuel proposé et l'influence plus spécifique des GIMF. Les forces et limites de l'étude ainsi que ses implications futures seront finalement abordées.

5.1 Nouveau modèle conceptuel d'influence

Au fur et à mesure de l'analyse des données, il est devenu évident qu'une catégorisation des données sur la base du modèle utilisé pour les entrevues (appuyé largement sur les données issues du modèle de Kerr [12]) s'avérerait ardue. En effet, à la lumière des discussions de groupe, l'importance accordée aux caractéristiques attribuées aux différentes spécialités par les étudiants devait apparaître de manière beaucoup plus centrale dans la décision de choisir une spécialité plutôt qu'une autre. De plus, l'articulation de son modèle mettant en relief la question de *l'avant* ou du *pendant* un PM n'est jamais apparue cardinale. De surcroît, les aspects quantitatifs de Kerr liés au niveau d'intérêt, se prêtaient aussi mal à une étude qualitative. Si celui-ci évoquait à plusieurs reprises les perceptions des étudiants, le présent modèle les place au coeur de son articulation tant elles sont apparues centrales. Le modèle ainsi proposé à la figure 3 est issu de la catégorisation progressive des données et ne prétend d'aucune manière avoir été imposé à celles-ci, mais plutôt illustrer leurs relations de la manière la plus représentative possible. Il met aussi en relief le leadership et l'influence des pairs, de la famille, des facultés et de la société.

5.1.1 Société et gouvernements

Les participants rendaient ainsi la société et les orientations gouvernementales déterminantes dans les trois sphères d'influence prédominantes des facultés, des parents,

amis et collègues et des facteurs intrinsèques aux participants. Ce premier constat tranche quelque peu avec les données issues de la littérature grise ou du modèle de Kerr [12]. Les étudiants rendent les facultés de médecine imputables, sans admettre ou nommer une tendance sociale sous-jacente favorisant l'expertise ou contraignant les universités dans leurs décisions de contingents par spécialité par exemple. Kerr a lui aussi évoqué des facteurs tels que les contingents d'admission, mais sans leur accorder la même importance que les participants. Par contre, la valorisation sociale de la spécialisation n'est abordée nulle part dans la littérature de manière éloquente. On la retrouve plutôt implicitement à l'intérieur de facteurs imputables aux universités comme le fait de favoriser ou non la spécialisation ou le généralisme. En fait, sans rendre les politiques gouvernementales intégralement responsables du choix de carrière des étudiants en médecine, il apparaît évident que les choix sociaux favorisant la spécialisation exercent un effet plus profond que celui, très concret, mesuré dans les facultés de médecine. Le récent intérêt du gouvernement et des médias pour la MF [31], abordé en introduction, traduit aussi de manière éloquente cette influence sociétale s'exerce sur les orientations des facultés de médecine, l'opinion publique et les étudiants eux-mêmes. La lecture qu'ont faite les leaders de cette influence démontre à la fois une vision globale et une introspection concernant des facteurs ayant influencé leur choix de carrière.

5.1.2 Facultés de médecine

Quant à l'influence des facultés elles-mêmes, l'appariement avec le modèle de Kerr [12] et la littérature grise s'avère assez complet, mais surtout presque naturel. En effet, à l'exception du facteur lié à l'existence d'autres groupes d'intérêt (cette différence de taille est discutée plus loin dans la section portant sur *l'influence spécifique des GIMF*), tous les facteurs proposés dans le nouveau modèle trouvent une correspondance directe ou indirecte avec le modèle initial. Kerr accorde d'ailleurs aux années de formation médicale une importance telle qu'il en fait la partie centrale de son modèle. Rappelons que celui-ci, plus temporel que naturel, est effectivement basé sur l'intérêt avant ou pendant un PM. Il n'en demeure pas moins que l'influence des facultés de médecine a occupé une part importante des discussions de groupe, ce qui soutient avec force l'ensemble des données issues de la littérature et de l'étude de Kerr.

Au-delà de ce constat général, il est intéressant de souligner la place prépondérante occupée par deux facteurs facultaires. D'abord, l'importance considérable qu'ont accordée les participants à l'influence des leaders et mentors mérite certainement d'être soulignée dans une étude dans laquelle le leadership est à l'honneur. Non seulement cette question a-t-elle été spontanément et abondamment débattue par les étudiants, mais elle fait partie d'un groupe restreint de facteurs qu'il est certainement possible d'identifier comme majeurs quant au choix de carrière des étudiants. En effet, l'influence de modèles de rôles, en particulier en matière de compétence clinique, paraît exercer un puissant effet d'attraction

pour une spécialité donnée, au-delà même de la nature de la spécialité. Les étudiants semblent ainsi s'intéresser davantage à une compétence qu'à une spécialité donnée. Concrètement, un étudiant ébloui par la compétence d'un médecin de famille pratiquant un accouchement pourrait choisir la MF plutôt que l'obstétrique et gynécologie. Ce côté émotionnel et spontané de l'orientation de carrière, notamment appuyé sur des valeurs individuelles de compétence, de performance et de valorisation, s'inscrit bien dans le courant d'idées soutenues par Karazivan [27].

Ensuite, il importe de mentionner la place considérable occupée dans les entrevues par l'influence des milieux de stages proposés en cours de formation. Même si cette place prépondérante s'avère tout à fait conforme aux données retrouvées dans la littérature [12, 28-30], il est intéressant de souligner la fréquence à laquelle les participants ayant choisi la MF ont fait référence à des expériences de stages heureuses dans différents milieux ruraux. À l'inverse, les étudiants ayant fait le choix d'autres spécialités ont tous mentionné avoir connu des expériences de stages en MF en milieu urbain, ou en milieu rural trop tardivement (après leur choix du CaRMS). Ce constat confirme et soutient certaines interventions ministérielles et universitaires entreprises au cours des dernières années pour mousser l'intérêt envers la MF en permettant une exposition précoce à la MF ou en déployant des centres de formation ruraux dans cette spécialité.

5.1.3 Facteurs familiaux ou associés aux amis ou collègues

Aussi influencées par la société et les gouvernements, les opinions à l'égard des différentes spécialités partagées par la famille, les amis ou les collègues, ont été mises en relief dans le nouveau modèle. En effet, la littérature [12, 28] évoque souvent cette influence des proches sans en faire un facteur d'influence spécifique. Ainsi, Scott [28] parle de l'influence de l'éducation des parents ou de famille et amis médecins parmi les déterminants importants du choix de carrière des étudiants en médecine. Kerr [12] en fait aussi indirectement mention en évoquant qu'un faible niveau d'instruction ou de revenu des parents ou l'appartenance à un groupe ethnique minoritaire pouvaient favoriser le choix de la MF. Il est assez intéressant, et quelque peu paradoxal, de constater combien cette influence de pairs est grande dans une population de leaders, sélectionnés notamment en raison de leur nature a priori peu influençable comme en témoignaient les sociogrammes. Bien que l'étude ne permette pas clairement de distinguer le poids de l'influence de la famille par rapport aux pairs, elle invite à se demander si cette résistance apparente des leaders aux influences de leurs pairs, suggérée par les sociogrammes, est bien réelle. Dans le même esprit, les résultats laissent entendre que même chez des leaders, la famille exerce une influence plutôt négligée jusqu'ici dans les interventions visant à accroître l'intérêt pour une spécialité donnée.

5.1.4 Facteurs personnels

L'influence de facteurs personnels était attendue. En effet, Kerr [12] a mentionné l'expérience de vie rurale et Scott [28] celle du bénévolat. Bien que ce facteur ait été souligné par les participants comme ayant eu une influence sur le développement de l'image qu'ils se sont faite de différentes spécialités, il reste à leur sens nettement moins important que l'intérêt initial manifesté. Effectivement, pour la presque totalité des participants ayant choisi la MF, le choix de leur spécialité était clair au jour de leur entrée en médecine. Ceci renforce l'impression exprimée par les leaders que les efforts déployés pour inviter les étudiants à choisir la MF devraient être prioritairement tournés vers les indécis, notamment ceux n'ayant pas d'ores et déjà fait le choix d'une carrière en MF à leur admission en médecine.

5.1.5 Qualité de vie attribuée aux spécialités médicales

Ainsi, sous l'effet de ces influences variées, les étudiants en viennent à attribuer à différentes spécialités un ensemble de caractéristiques qu'ils juxtaposent à leur vision d'une résidence et d'une carrière souhaitée. Si la littérature [4, 12, 25] fait mention de telles considérations, un facteur est davantage ressorti dans l'étude. Effectivement, les participants ont longuement discuté de l'importance de la *nature de la résidence* comme ayant influencé leur choix. Ce dernier se serait donc effectué indépendamment des

perspectives de carrière attendues ou de la durée de la formation. Cette caractéristique traduit sans doute l'importance accordée par les étudiants à l'immédiat ainsi qu'à la qualité de vie et tranche avec le discours occulte (notamment vécu par le chercheur) de la fin du vingtième siècle selon lequel la résidence était un mauvais moment à passer avant de pouvoir jouir d'une carrière heureuse. Chez les participants, la longueur de la formation n'est pas tant critiquée comme dans les sondages de la FMEQ [29] ou les travaux de UdeS [25] en lien avec la compétence, mais plutôt avec la qualité de vie, la liberté et l'autonomie. Bien que la question de l'âge ait été peu évoquée, ce besoin de pouvoir rapidement entreprendre une vie professionnelle là où les étudiants voulaient vivre était plus manifeste chez les étudiants plus âgés. Le virage radical qu'a imposé la FMRQ [56] au gouvernement relativement aux gardes de 24 h, opéré au cours des années 2011-2012, soutient bien ce souci des étudiants de trouver une certaine qualité de vie dès leur entrée en résidence.

D'ailleurs, il est intéressant de mentionner combien cette épineuse question de la qualité de vie a alimenté les discussions des groupes de leaders. En fait, toutes les questions relatives au mode de vie ont été sans conteste les plus largement discutées des caractéristiques soulevées dans le modèle. Cela dit, en dépit de l'unanimité incontestable de l'importance de choisir une carrière où la qualité de vie est au rendez-vous, un consensus sur la définition de cette qualité s'est avéré impossible. Alors que Kerr [12] parle de *mode de vie sain*, Karazivan [27] de la *recherche d'une qualité de vie*, la FMEQ [29] du *mode de vie* ou encore Leduc et Vanasse [32] d'*équilibre de vie*, tous en donnent une définition un peu différente. En fait, l'interprétation foncièrement individuelle de ce que constitue le mode de

vie donne à cette caractéristique les allures d'une grande boîte de Pandore. Effectivement, promouvoir une spécialité sur la base de la belle qualité de vie pourrait autant attirer que repousser. Par exemple, valoriser le caractère paisible et relaxant de la vie en région rurale pourrait être perçu comme bien loin d'un mode de vie heureux pour un étudiant urbain, fêru de restaurants exotiques et d'art contemporain. Pour d'autres, l'astreinte à un système de garde ou à des horaires défavorables pourrait être interprétée comme une vie pénible en dépit de la satisfaction apportée par une belle variété de pratique.

Comme soutenu par Karazivan [27], les valeurs individualistes associées à la liberté et la flexibilité apparaissent occuper une place capitale dans le choix de carrière des étudiants. La question de la rémunération s'est d'ailleurs inscrite bien davantage dans cet esprit plutôt que dans son caractère absolu. Ainsi, les étudiants recherchent plus volontiers une spécialité leur offrant un salaire suffisamment élevé pour atteindre leurs objectifs de vie qu'une autre offrant un salaire royal. En fait, les étudiants choisiraient vraisemblablement une spécialité plus payante pour travailler moins. Ceci correspond tout à fait au concept de logique économique développé par Contandriopoulos [57] en 2003 et s'avère conforme aux tendances observées par les directions des services professionnels de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine [58] à propos de l'installation des nouveaux médecins dans leur région.

Ensuite, non seulement les participants ont-ils affirmé souhaiter un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, mais ils disent aussi chercher un certain équilibre dans leur vie professionnelle. Dans cette quête, l'importance de la variété de la

clientèle a occupé une place de choix. Celle-ci était particulièrement recherchée chez les étudiants ayant choisi la MF. Ceux-ci ont aussi mis à l'avant-plan de leurs préoccupations et des discussions le souhait de pratiquer une spécialité dans laquelle la relation patient-médecin occupe une place prépondérante. Bien que retrouvé dans le modèle de Kerr [12], cet aspect est peu mentionné dans la littérature grise et souvent occulté dans les activités de promotion de la MF.

Dans une certaine mesure, il en va de même de la question de la recherche et de l'enseignement. En effet, bien que ce sujet ait été au coeur des discussions et des priorités des leaders rencontrés, peu d'interventions concrètes pour montrer les opportunités de carrière en recherche ou en enseignement ont été relevées par les étudiants au cours de leur formation. Pourtant, Kerr [12], Scott [28] et Vanasse [30] ont tous souligné dans leurs travaux la place centrale qu'occupe l'intérêt pour la recherche dans le choix de carrière des étudiants. Le sondage de la FMEQ [29] soulignait *l'énorme importance* de cette question. Une des raisons pouvant expliquer la valse-hésitation à mettre à l'avant-plan ces opportunités de carrière universitaire tient possiblement au peu d'intérêt traditionnellement manifesté par les étudiants qui s'orientent vers la médecine de famille. En effet, certains travaux, dont ceux de Vanasse [30], ont clairement montré une relation inverse entre l'intérêt pour la recherche et la MF. Or, ce désintérêt contraste avec le vif attrait pour la recherche que présentent d'autres étudiants, souvent plus indécis, quant à leur choix de spécialité. L'étude de Kerr [12] en faisait ainsi un facteur d'attrait. Les discussions de groupes avec les leaders ont révélé explicitement cette contradiction. Alors que certains

rêvent de travailler en milieu universitaire, d'autres rêvent du contraire. Malheureusement, il est impossible de prédire qui se laissera charmer par de telles perspectives et qui s'éloignera. Chose certaine, pour nombre d'indécis, il est probable que de mieux faire connaître et soutenir la recherche, surtout dans une spécialité comme la MF, constitue un facteur d'attrait non négligeable.

Ces caractéristiques attribuées à la qualité de vie, la rémunération et la variété de la clientèle invitent à s'intéresser à une autre notion souvent retrouvée en marketing : la notion de concurrence. Kotler [41] définit celle-ci de différentes manières, mais en ce qui concerne la présente recherche, on pourrait résumer celle-ci comme les comportements que le public cible (les étudiants en médecine) préféreraient adopter (choisir une autre spécialité que la MF) plutôt que ceux dont la promotion est faite (choisir la MF). Face à des spécialités dont la nature laisse envisager retrouver les caractéristiques ci-haut mentionnées, McKenzie-Mohr et Smith [59] proposent différentes stratégies. Appliquées à l'étude, celles-ci suggéreraient différentes actions peu réalistes comme de réduire les difficultés d'accès à la MF (l'accès étant déjà très aisé) [6] et réduire les avantages des spécialités concurrentes. Par contre, les stratégies des auteurs inviteraient à restreindre l'accès aux autres spécialités, une action bien concrète que le MSSS aurait tout le loisir d'appliquer. Enfin, la concurrence pourrait toujours pencher en faveur de la MF si les avantages de cette spécialité étaient moussés, ce à quoi s'affairent notamment les GIMF.

5.1.6 Influence spécifique des GIMF

Le nouveau modèle proposé fait bien entendu mention des GIMF en tant que facteur d'influence du choix de carrière des étudiants. Bien que présentée davantage comme un facteur englobant un ensemble de caractéristiques que les étudiants attribuent à une spécialité, l'influence de ces groupes apparaît très semblable à celle décrite par Kerr dans le ROC. Ainsi, les données de l'étude soutiennent que les GIMF contrebalancent le dénigrement et le manque d'exposition à la MF, favorisent l'identification professionnelle, instruisent sur la MF, et réduisent le sentiment d'isolement. Ceci corrèle bien avec les stades du processus décisionnel décrit par Rogers [38] qui soulignent l'importance de bien connaître une innovation (connaissance) avant de se persuader de son intérêt (persuasion) et de l'adopter (décision).

Quant à la modulation de l'intérêt, il s'agit sans doute de la plus grande surprise de cette étude. En effet, il peut sembler paradoxal de constater que les GIMF, en raison de leur seule existence, puissent exercer, chez certains, une influence négative sur l'attrait pour la MF. Dans les milieux où les groupes d'intérêts ne font ni partie de la culture ni des habitudes (notamment à UdeM et UdeS), un groupe d'intérêt isolé se voit rapidement identifié par les leaders comme porte-étendard d'une spécialité désespérée, bien loin de stimuler l'attrait ou l'intérêt. À McGill, où les groupes d'intérêts étaient déjà légion au moment de l'étude, cet effet n'a effectivement pas été identifié. Cette importante distinction avec le monde anglo-saxon apporte une perspective inattendue et porteuse de pistes d'action.

Par ailleurs, les mêmes activités populaires identifiées par Kerr semblent l'être au Québec et les suggestions des participants pour accroître l'intérêt des GIMF et de leurs activités apparaissent peu surprenantes. Cela dit, les leaders ont insisté sur quelques éléments propices à orienter les GIMF dans leurs développements futurs. Ainsi, pour maximiser la participation aux activités, il reste primordial de répondre aux intérêts immédiats des étudiants dans leur réalité d'étudiants. Ceux-ci souhaitent avant tout apprendre la médecine, surtout dans sa sphère clinique. En ce sens, toute formation de nature clinique ou toute information pouvant contribuer à leur succès dans le PM resteront formellement intéressantes et attrayantes. Données par des médecins de famille, sans en informer nécessairement les étudiants, ces formations permettraient sans doute d'intéresser, voire surprendre, certains détracteurs de la MF. À cet égard, une publicité attrayante (utilisant notamment les médias sociaux tels que *Facebook*, *Twitter* ou *Youtube*) et personnalisée (adaptée ou différente pour les étudiants de chaque année du programme) devrait précéder ces événements, mais il serait superflu que les GIMF s'en annoncent les organisateurs. Ici aussi, l'effet recherché serait d'éviter de détourner les étudiants rebutés par les mots MF. Il en va de même des conférences dans lesquelles des médecins de famille exceptionnels ou modèles sont invités à parler de leur parcours. Plutôt que de parler de « conférence de Dr X, médecin de famille astronaute », la conférence devrait simplement titrer « conférence d'un médecin astronaute ». Comme le soutient Karazivan [27], l'identification à des modèles de rôle, à leur performance et à la valorisation de leurs activités et réalisations oriente bien davantage la carrière que le simple fait de connaître sa spécialité d'appartenance.

Un autre des messages clés des leaders tenait à orienter davantage les publicités vers les indécis. Les GIMF semblent en effet consacrer beaucoup de temps à soutenir l'intérêt des convertis et beaucoup d'énergie à tenter d'intéresser des détracteurs de la MF. Les règles élémentaires du marketing social [41], notamment celles touchant la segmentation comme décrit plus haut, contredisent pourtant radicalement une telle approche. Enfin, il est intéressant de rappeler que, conformément à la théorie de la diffusion des innovations [36, 38], un leader convaincu incarne lui-même un puissant moteur de promotion et de diffusion de son intérêt auprès de ses pairs. Il est conséquemment aussi désolant que préoccupant que les leaders se sentent si peu interpellés par les GIMF. Ce constat contribue à souligner l'importance capitale de changer certaines façons de faire de ces groupes pour rallier ces étudiants influents. À cet égard, les facteurs favorisant la rapidité de la diffusion d'une innovation de Rogers [38] comme mettre l'accent sur les avantages de la MF et sa compatibilité avec la vie de l'individu prennent toute leur importance.

5.1.7 Questionnaires

Les questionnaires n'ont pas permis de distinction entre les groupes à l'égard des questions posées. Ils n'ont pas apporté d'information nouvelle, la totalité des questions ayant été abordées en cours des discussions de groupe. Seul constat d'intérêt, le questionnaire semble indiquer que les étudiants qui ne choisissent pas la MF s'intéressent plus au prestige

professionnel que les autres. Dans la perspective où les étudiants à recruter sont justement ceux qui ne choisissent pas la MF, il serait tout indiqué de poursuivre les efforts pour accroître l'image de prestige associée à cette spécialité. Il en va de même pour la rémunération.

Cela dit, en voyant à quel point les sujets jugés délicats étaient finalement abordés spontanément en cours de discussion de groupe, la pertinence du questionnaire doit être mise en doute. Les réponses non anonymes reçues soutiennent aussi cette perception, soulignant combien les étudiants assument pleinement leurs idées. Un climat de confiance multifactoriel (animateur-collègue, collégialité, contexte informel de repas, etc.) pourrait aussi expliquer cette liberté. Il est aussi possible que les sujets présumés tabous l'aient été moins qu'attendu.

5.1.8 Modèle d'ensemble

En somme, le nouveau modèle conceptuel s'inscrit fort bien dans la littérature formelle et grise des facteurs d'influence du choix de programme de résidence des étudiants en médecine. Il soutient notamment comme attendu le modèle de Kerr [12] dans une large mesure et confirme une possible application au contexte québécois. Les quelques rares facteurs reconnus qui ne se sont pas illustrés dans l'étude, comme l'influence de l'âge avancé ou les antécédents universitaires, peuvent s'expliquer par le choix raisonné des

leaders. L'absence du facteur lié à l'ethnicité pourrait quant à elle être possiblement attribuée à la réalité populationnelle québécoise par opposition à celle du ROC, beaucoup plus multiethnique [60].

Outre ces différences, le modèle apporte un éclairage nouveau sur la construction du choix de carrière en mettant en relief certaines caractéristiques que les étudiants attribuent à différentes spécialités. En regroupant ainsi les facteurs d'influence de ces caractéristiques, les acteurs concernés devraient plus aisément identifier les pistes d'action les plus prometteuses les concernant.

Par ailleurs, il importe de préciser que conformément à la démarche théorique de recherche-action préconisée dans l'étude, les résultats préliminaires ayant fait suite aux groupes de discussions ont été périodiquement et systématiquement soumis à une validation par de nombreux acteurs clés, intéressés par les questions de la recherche et ses résultats.

Ainsi, de nombreux contacts ont notamment été réalisés dans le cadre des fonctions du chercheur de l'étude au CQMF, au CMFC, à la FMOQ ainsi qu'à UL et UdeM. Les résultats préliminaires ont été soumis tant à des médecins de famille cliniciens que des chercheurs et des représentants étudiants et médecins des GIMF du Québec. Tous ont souligné la rigueur du travail et la crédibilité des résultats avancés. Un directeur d'UMF mentionnait notamment que « le modèle semble exhaustif et reflète bien ce qu'on entend des étudiants ». Une étudiante confirmait explicitement cette impression en ces termes :

« Ce modèle m'apparaît très représentatif des choses que j'observe au quotidien dans ma classe ainsi qu'à la FMEQ ». Des médecins de famille chercheurs soulignaient quant à eux « [sa] grande clarté et structure » et « son élégance ». Quant à sa validité, elle semblait ne faire aucun doute.

Bien entendu, certains commentaires étaient plus nuancés. C'est le cas d'un médecin de famille chercheur, qui reprochait notamment au modèle son « apparence rationnelle », mais soulignait du même souffle sa pertinence relative aux incidents critiques (liés à l'expérience de vie). Un médecin de famille enseignant évoquait quant à lui certaines préoccupations relatives à l'application plus pragmatique du modèle : « Quels facteurs sont influençables et comment? Lesquels sont les plus importants »? Enfin, un autre mettait en doute le message principal du modèle laissant entendre que « la société et les gouvernements soient à l'origine de tout ».

5.2 Contribution théorique de cette étude

Bien que la vaste majorité des facteurs d'influence identifiés par Kerr [12] ou retrouvés dans la littérature soient confirmés dans la présente étude, celle-ci apporte un éclairage différent et novateur sur certains d'entre eux. Les données recueillies ont ainsi permis de conceptualiser autrement et d'enrichir le modèle initial.

D'abord, la place prépondérante accordée aux caractéristiques attribuées aux différentes spécialités a motivé la transformation de son modèle *avant-après* un PM en un modèle axé sur l'influence des facteurs reconnus sur cet ensemble de caractéristiques perçues par les étudiants.

Ensuite, l'étude met à l'avant-plan l'influence des pairs, de la famille et des facultés, jusqu'ici plutôt occultée dans la littérature. L'effet notoire qu'exercent la société et les gouvernements sur ces déterminants occupe une place importante qui n'apparaissait pas aussi explicitement dans les modèles théoriques connus.

Enfin, la contribution la plus significative tient indiscutablement à la forte influence de l'existence d'autres groupes d'intérêt que ceux de MF, paradoxalement défavorable à cette spécialité.

En somme, ces constats permettent à l'étude de soutenir avec une conviction certaine l'applicabilité des modèles de facteurs d'influence du choix de programme de résidence des étudiants en médecine pour le Québec. Nonobstant, elle apporte des nuances importantes quant à l'approche à privilégier dans les interventions visant à stimuler l'intérêt pour la MF.

5.3 Forces et limites de l'étude

5.3.1 Forces

L'une des grandes forces de cette étude tient sans doute aux liens étroits unissant le chercheur à son sujet. Dans un cadre de recherche-action, son expérience comme leader étudiant, son engagement au CQMF, à l'UL et en clinique ainsi que comme gestionnaire d'un établissement de santé en a fait un acteur crédible et privilégié de récolte et de diffusion d'information en lien avec l'objet de la recherche.

Cela dit, la plus grande force de cette étude tient sans doute au mode de sélection de ses participants. En effet, la pertinence du choix des leaders plutôt que d'un groupe aléatoire d'étudiants comporte plusieurs avantages. Parmi ceux-ci, l'économie de temps, de ressources et d'énergie pour un chercheur clinicien à temps plein en constitue une de taille. Bien appuyé par la théorie de la diffusion des innovations, il s'avère fort judicieux de s'intéresser à des individus identifiés comme leaders par leurs pairs. En comprenant mieux les facteurs qui influencent les leaders, il devient probable de pouvoir intervenir de manière plus spécifique pour les conduire dans une direction donnée. Or, leur leadership s'exerçant naturellement, leurs pairs les suivent beaucoup plus volontiers qu'ils ne suivraient des pairs choisis au hasard. Ce choix raisonné réduit donc d'autant le nombre de sujets à interviewer pour obtenir l'effet recherché dans une perspective de modifier un comportement (choisir la MF dans l'étude). Ces candidats sont aussi naturellement plus engagés, volontaires et

volubiles, se prêtant parfaitement à des entrevues de groupe. Bien entendu, cette approche n'est valable que si un rigoureux sociogramme est utilisé pour identifier ces leaders.

À cet égard, la réalisation des sociogrammes a permis différents constats. D'abord, bien que les sociogrammes aient paru difficiles à comprendre ou accepter par les étudiants de prime abord, ceux-ci les ont complétés de manière très satisfaisante dans la vaste majorité des cas. Bien que le présent sociogramme ait pu profiter d'un certain effet de nouveauté, propice à susciter la curiosité, la répétition de l'exercice permettra de voir si l'enthousiasme des étudiants se maintiendra. D'ailleurs, en dépit de leur force inhérente, les sociogrammes comportaient aussi leurs limites.

5.3.2 Limites

En complétant les sociogrammes, les étudiants paraissaient quelque peu hésitants à nommer des individus influents dans un questionnaire. De plus, la surreprésentation de leaders ayant choisi la MF laisse croire que le terme *médecine de famille* dans le texte de présentation du sociogramme ait pu laisser croire qu'il s'agissait d'un test spécifique aux futurs résidents en MF. Il est ainsi possible que les leaders éminemment pro-MF ou contre-MF, identifiés dans la recherche, aient eu des perceptions différentes des leaders généraux du groupe. Cela dit, compte tenu des objectifs de l'étude, les leaders choisis ici incarnent probablement tout de

même les meilleurs ambassadeurs de la MF auprès des indécis tant convoités. Par ailleurs, à UdeS, la surreprésentation de résidents parmi les leaders laisse perplexe. Si les répondants des deux autres facultés ont nommé quelques résidents, la disproportion dans cette faculté invite à imaginer un groupe aîné particulièrement influent (davantage perçu comme un modèle de rôle que des pairs par les étudiants) ou une simple mauvaise compréhension des demandes du sociogramme.

Ces quelques difficultés associées à l'utilisation de l'outil original que constitue le sociogramme se sont ajoutées à la principale limite de cette étude. Celle-ci tient à l'exclusion de la Faculté de médecine de UL où il s'est avéré impossible d'administrer adéquatement le sociogramme. En effet, il avait initialement été prévu que des étudiants de toutes les facultés participent à l'étude. Malheureusement, en raison des problèmes logistiques décrits plus haut, seuls les étudiants de McGill, UdeS et UdeM ont pu être joints. Différentes tentatives ont été faites pour pallier l'incapacité de rencontrer les étudiants. La Faculté de médecine a ainsi déployé de son propre chef une conversion électronique du sociogramme. Bien que 165 étudiants se soient rendus sur le site web, seulement 55 ont répondu au test. Pire, la moitié des réponses se sont limitées aux noms et adresses courriel, sans autre information. Quant à l'autre moitié des répondants, ils n'ont répondu de manière satisfaisante que dans quelques cas, rendant toute lecture du sociogramme impossible. La réalisation d'un sociogramme avec des étudiants d'une cohorte de 2011 a aussi été envisagée, mais abandonnée par crainte de reporter considérablement l'achèvement de l'étude.

Malgré tout, la bonne variété des milieux, la consistance des résultats entre les groupes et avec la littérature, mais surtout la saturation des thèmes limite les risques que cette quatrième faculté ait changé les résultats. Par contre, il reste indiscutable que ce groupe supplémentaire aurait permis une certaine validation des résultats obtenus dans les autres sites.

Une autre limite de l'étude tient à la présence parmi les participants d'organiseurs ou d'étudiants très engagés dans les GIMF. Effectivement, ces leaders étant souvent bien identifiés par leurs pairs comme de grands motivateurs pour la MF, il était probable qu'ils soient plus volontiers identifiés. Il est ainsi possible que cette présence ait pu limiter ou censurer les commentaires d'autres participants, de peur de les offenser. Ceci s'avère d'autant plus juste à la lumière des commentaires négatifs évoqués à propos de l'existence même des GIMF, décrits plus haut. L'affirmation de l'animateur à cet égard, mentionnant qu'il n'avait lui-même aucune idée préconçue de la pertinence de l'existence des GIMF, aura eu un effet de catharsis. Bien que cette affirmation se soit avérée un peu intrusive, elle aura permis de lever certaines réserves des participants à critiquer la pertinence des GIMF. Quant à l'origine de ces réserves, il semble légitime d'en attribuer la responsabilité à la présence de certains ténors des GIMF ou encore à la perception d'un préjugé favorable du chercheur pour les GIMF. Cela dit, cette confiance aura sans doute contribué au final à limiter les inhibitions des participants pour le mieux. De surcroît, s'il eut fallu exclure ces

participants militants des GIMF, la représentativité des leaders identifiés par sociogramme eut été affectée considérablement.

Par ailleurs, des contacts informels réalisés à l'été 2010 ont permis d'apprendre que le GIMF de Trois-Rivières était fort actif et bien vu par les étudiants du campus. Bien qu'il est probable que les activités de ce groupe aient cru significativement au cours de l'année 2009-2010, elle amène à remettre en doute le choix d'exclure ce groupe et celui de Saguenay. Le caractère plus rural et traditionnellement favorable à la MF [61] de ces campus laisse imaginer que les réponses auraient pu apporter un éclairage différent sur les facteurs d'influence identifiés, voire en générer de nouveaux.

Enfin, comme contrepartie à la crédibilité du chercheur, il faudrait peut-être mentionner l'influence qu'il ne peut s'empêcher d'exercer par sa présence sur les participants aux discussions. Être en même temps chercheur et animateur constitue un conflit de rôles qui a sans doute pu influencer les résultats.

5.4 Recommandations

La démarche théorique de recherche-action dans laquelle s'inscrit la présente étude convient naturellement à la formulation de recommandations. Les actions qui découlent des

résultats ne doivent pas figurer en fin d'étude, mais s'ancrer tout au long de la recherche avec les principaux acteurs concernés. À cet effet, le chercheur a été partie prenante des débats d'idées et des changements qui ont eu cours en lien avec les GIMF. Ainsi, les présents résultats suggèrent que si les principaux acteurs souhaitent accroître le nombre d'étudiants en médecine qui choisiront la MF, les recommandations suivantes pourront indiscutablement y contribuer. Les voici pour chacun de ces principaux détenteurs d'enjeux.

5.4.1 CQMF/CMFC

Président désigné du CQMF au moment du début de la recherche, le chercheur préside aujourd'hui cette organisation particulièrement proche des étudiants et résidents en MF. Ses interventions pour accroître l'intérêt de la MF par le truchement du Collège au cours des deux dernières années se sont toutes inspirées des résultats préliminaires de la présente recherche. C'est ainsi que les représentants des GIMF ont obtenu un certain soutien logistique, technique (notamment en matière de publicité) et financier de la part du CQMF qui s'emploie notamment à négocier un soutien ministériel au développement ainsi qu'au déploiement de ces groupes. Cet argent devrait prioritairement servir à mousser le succès des Symposiums annuels de MF dont la présente recherche supporte la valeur et la portée. Outre ce soutien capital, le CQMF devrait collaborer au cours des prochains mois à l'orchestration d'un système d'archivage pour favoriser le développement d'une certaine

continuité dans les activités des GIMF. Ce sera aussi une occasion de partage des meilleurs coups entre les GIMF. Dans le même esprit, le CQMF devrait davantage s'engager dans la coordination des activités des GIMF. De plus, un projet de mentorat d'envergure devrait donner l'occasion à de nombreux étudiants d'accéder à des médecins de famille en pratique afin d'accroître leur exposition à cette pratique dans le cadre de stages informels ou encore de présentations de groupe. Le CQMF devrait d'ailleurs travailler à assurer un soutien financier minimal aux médecins s'engageant dans cette voie. Suivant les mêmes résultats, le CQMF a créé un nouveau prix soutenant le leadership étudiant en MF. De tels prix devraient être maintenus, développés, valorisés et promus. Enfin, le CQMF devrait investir temps et énergie dans le soutien à la recherche en MF et en soins de première ligne en collaboration avec les autres acteurs clés québécois, notamment les quatre facultés de médecine.

5.4.2 Facultés de médecine

Les facultés de médecine occupent une place centrale dans la valorisation de la MF aux yeux des étudiants en médecine. Pour réussir à stimuler l'intérêt de leurs étudiants pour cette spécialité, elles devront agir à tous les niveaux de leur organisation.

Au préexternat, elles devraient remettre à l'avant-plan la puissance attractive de la relation patient-médecin, boudée en raison de sa théorisation chronique. Cet aspect de la pratique pourtant prisé des étudiants gagnerait beaucoup à s'ancrer davantage au monde réel et clinique qu'apprécient les étudiants. Le chercheur, en raison de ses fonctions professorales à UL, a d'ores et déjà contribué à cet effort en participant lui-même à la formation des étudiants de première année dans cet esprit.

À l'externat, les facultés devront poursuivre leurs efforts pour exposer précocement et suffisamment les étudiants à la MF dans des stages de qualité, particulièrement en milieu rural. Leur rôle à l'égard de l'amélioration de cette qualité doit aussi être au coeur de leurs préoccupations, les mauvaises expériences exerçant un effet délétère puissant. Situer les stages en MF durant la première année de l'externat, comme l'a fait depuis quelques années l'UL serait aussi certainement plus favorable qu'à la fin de la deuxième année, alors que les choix de résidence sont déjà faits. De plus, comme le soulignent aussi les travaux de l'AFMC [32], une révision des modes d'évaluation permettant de souligner les aptitudes humaines et relationnelles des étudiants devrait être sérieusement considérée, par exemple en sollicitant les commentaires des patients ou des professionnels autres que médecins. Par ailleurs, comme discuté plus haut, il serait paradoxalement favorable que les Facultés soutiennent la création et le développement d'autres groupes d'intérêt étudiant que les GIME, surtout dans les facultés francophones où ils ne sont pas légion.

Les responsables de la formation postdoctorale devraient pour leur part mettre l'accent sur la qualité de vie dans leurs programmes pour y attirer les étudiants. L'importance considérable accordée par les participants à la qualité de vie avant même la fin de leur formation de spécialiste peut surprendre, mais la conviction avec laquelle les étudiants affirment son influence devrait suffire à légitimer des interventions tangibles.

Par ailleurs, des efforts systématiques et vigoureux visant à soutenir la recherche et l'enseignement en MF devraient être déployés par les Facultés. La promotion, le soutien et la reconnaissance de la recherche en MF devraient s'inscrire au nombre des priorités pour accroître l'intérêt pour cette spécialité. En ce sens, il serait sans doute judicieux d'accorder plus de place à la recherche (notamment en MF) dans le cursus régulier de formation.

Enfin, de manière plus générale, les facultés devraient s'intéresser davantage à l'identification des leaders étudiants. Que ce soit à l'aide de sociogrammes ou de manière naturelle (présidents d'associations ou de comités, identifiés par leurs pairs, etc.), leurs idées et leurs préoccupations devraient plus systématiquement guider les orientations et décisions d'envergure affectant leurs pairs.

5.4.3 Gouvernement

Pour le gouvernement, le travail est de taille pour améliorer le sort de la MF. Concrètement, il lui faut d'abord mieux valoriser le généralisme à travers ses décisions et actions. Plus difficile encore, ceci doit se faire sans sacrifier l'expertise. Il s'agit donc de trouver le juste équilibre reconnaissant à la fois l'apport de l'un et de l'autre. Ensuite, en dépit de la pénurie actuelle de médecins de famille, il importe d'éviter d'accroître la pression sur cette profession surchargée. Les jeunes médecins rejettent ce mode de vie qui a caractérisé leurs aînés. Un médecin de famille qui travaille 40 h par semaine mérite-t-il vraiment d'être traité de paresseux? La bonne nouvelle pour le MSSS, c'est que les nouveaux médecins de famille sont prêts, en contrepartie d'une meilleure qualité de vie, à accepter une rémunération plus modeste sans menacer de quitter la province. Par ailleurs, un soutien indéfectible aux symposiums de MF s'avère indiscutablement un investissement porteur pour valoriser cette spécialité et une occasion en or d'y faire briller la recherche en soins de première ligne. Enfin, si le gouvernement tient à assurer une première ligne forte et faire des économies [62], il devra agir avec plus de détermination pour réduire la concurrence décrite plus haut en limitant la proportion de postes de résidence dans certaines spécialités au profit de la MF.

5.4.4 GIMF

Les résultats de la présente recherche soutiennent la pertinence des GIMF au Québec. Cela dit, ces derniers peuvent améliorer leur efficacité en suivant les recommandations spécifiques de la présente recherche. Dans le cadre du déploiement de ces efforts, les responsables devront miser sur la subtilité dans leurs interventions et leurs activités pour maximiser les impacts émotionnels sur les perspectives de carrière des participants. Un choix judicieux des segments les plus pertinents de la population estudiantine à atteindre en priorité devra aussi être fait. Par ailleurs, une collaboration plus active avec l'ensemble des GIMF de la province et d'ailleurs au Canada, serait aussi tout à leur avantage. Enfin, des interventions ciblées chez des étudiants destinés à la médecine (au collège ou dans certains programmes universitaires), pourrait certainement stimuler l'intérêt pour la MF avant même l'entrée dans un PM.

5.4.5 FMOQ

En conformité avec les travaux du chercheur au sein du Comité des jeunes médecins, force est d'admettre que la rémunération et le prestige qui y est associé comptent beaucoup aux yeux des jeunes médecins, surtout des indécis ou de ceux qui délaissent la MF. À cet égard, la Fédération devrait poursuivre ses efforts afin d'assurer une équité plus tangible entre la rémunération de ses membres et celle des autres spécialités défendues par la FMSQ. Il

importe aussi dans ces travaux de retenir que rémunération accrue et prise en charge accrue n'iront pas nécessairement de pair, les jeunes médecins semblant valoriser avant tout leur qualité de vie.

5.4.6 Tous les acteurs

La présente étude soutient avant tout la pertinence de la recherche en soins de première ligne comme vecteur de motivation de l'intérêt d'étudiants indécis, potentiellement intéressés par la MF. Cette considération devrait ainsi occuper une place de choix dans les orientations des actions de tous les acteurs soucieux de stimuler l'intérêt pour cette spécialité. Ensuite, tous les acteurs devraient se concerter afin de mieux soutenir les modèles de rôles en MF par des moyens traditionnels (comme les prix, concours, etc.) et novateurs (téléseries, médias sociaux, etc.). Par ailleurs, il apparaît capital de cesser de dépenser temps et argent pour prêcher aux convertis. C'est au segment des indécis qu'il faut penser et vers eux que doivent se tourner les interventions. Enfin, la boîte de Pandore de la *qualité de vie* devrait être ouverte avec le plus grand discernement. Si la MF y trône aujourd'hui en reine, les valeurs individualistes promues par les futurs médecins associées à une meilleure connaissance de la nature du travail propre à chaque spécialité pourraient reléguer la MF à un rang moins enviable. En effet, les horaires défavorables de travail (ex. : gardes de soir et de nuit aux urgences), les salaires moins généreux et le fardeau de la *prise en charge* de plus en plus spécifique à cette spécialité pourraient rapidement mener à une

perception défavorable de la qualité de vie qu'elle peut offrir. Il deviendrait alors d'autant plus urgent de trouver les fibres sensibles susceptibles de mobiliser les étudiants vers une résidence et une future carrière en MF.

5.5 Recherches futures

Cette recherche pourrait très bien constituer la base d'études comparatives subséquentes qui porteraient sur la capacité des GIMF à augmenter l'engouement des étudiants pour la MF. Les pistes d'action proposées par cette étude pourraient être testées dans différents milieux et on pourrait suivre l'évolution temporelle des choix de résidence. Des résultats en faveur de la MF seraient encore plus probants s'ils se manifestaient malgré la création ou le développement de groupes d'intérêt d'autres spécialités. De plus, il serait intéressant d'inclure dans ces études les GIMF de sites facultaires délocalisés (Trois-Rivières ou Saguenay), vu la tendance déjà forte qu'ont leurs étudiants à choisir la MF [6].

Enfin, hormis les difficultés inhérentes à la réalisation d'un sociogramme, l'économie de temps et d'énergie pour les chercheurs revêt indiscutablement un grand intérêt. Le succès de l'application de la méthode chez des étudiants en médecine dans la présente étude laisse présager un avenir encourageant pour cette technique jusqu'ici peu utilisée dans le monde médical. En ce sens, conformément aux résultats attendus en lien avec l'utilisation de la théorie de la diffusion des innovations [38], cette étude devrait inspirer d'autres chercheurs,

avides de temps et de ressources, dans leurs recherches avec des étudiants en médecine. Ceci serait d'autant plus pertinent si d'autres spécialités connaissaient le même déclin d'intérêt que la MF dans l'avenir. La méthodologie utilisée dans cette étude serait quant à elle applicable à une vaste gamme d'études qualitatives du même type, menées sur une grande variété de thématiques et de participants.

Chapitre 6 Conclusion

La présente recherche visait d'abord à préciser les facteurs les plus importants qui guident les étudiants en médecine du Québec dans leur choix de spécialité. Le modèle original issu de l'analyse des discussions de groupe soutient bien les données issues de la littérature, en les actualisant et les adaptant au contexte particulier du Québec. Il introduit aussi quelques facteurs jusqu'ici occultés tels que la valorisation sociale de la spécialisation et la forte influence des pairs et de la famille. Le modèle propose de plus des pistes d'action spécifiques au rôle tenu par les différents détenteurs d'enjeu.

L'étude visait ensuite plus spécifiquement à préciser le rôle que jouent les GIMF parmi ces facteurs d'influence. À cet effet, elle corrobore pour le Québec les effets défavorables attribués dans la littérature du ROC à ces groupes, mais y apporte une nuance de taille. En effet, la quasi-absence de groupes d'intérêts issus d'autres spécialités dans les facultés francophones peut avoir un effet pervers, mis en lumière pour la première fois dans la présente recherche.

Par ailleurs, en s'intéressant à des leaders plutôt qu'à un échantillon général d'étudiants, l'étude étend la portée de ses résultats tout en donnant du poids à ses recommandations, notamment à l'égard des GIMF, de leur soutien et de leur développement. Ainsi, les

nombreux moyens que l'étude propose pour accroître leur efficacité peuvent inspirer les acteurs concernés par le développement futur de cette stratégie d'influence.

Au final, cette recherche devrait contribuer de manière significative à la valorisation et la promotion de la MF au Québec, par l'action concertée de toutes les organisations qui y ont été associées. En effet, l'étude ayant été réalisée dans une perspective de recherche-action, un grand nombre des recommandations proposées et discutées dans l'étude ont déjà pu être mises en application.

Certains constats mis en évidence par cette étude amènent également la spécialité de MF à se redéfinir en regard des autres spécialités et des besoins futurs de la société québécoise. Ainsi certains freins socioculturels au développement d'une médecine généraliste, comme la valorisation sociale de la spécialisation et de l'expertise, méritent d'être analysés de plus près. La quête viscérale de la certitude dans un domaine aussi sensible que celui de la santé et la croyance au pouvoir illimité de la science et de la technologie peuvent-elles expliquer que les futurs médecins, les gestionnaires, les médias et la population poursuivent le mirage de la spécialisation au détriment du développement de la première ligne de soins? Pour les médecins de famille, qui affrontent quotidiennement des problèmes cliniques mal définis et doivent prendre le risque d'interventions empiriques, la seule certitude est trop souvent que rien n'est certain. À la lumière des développements de la recherche en soins primaires et des preuves qui s'accumulent concernant les gestes qu'ils posent, les médecins de famille deviennent eux aussi des experts cliniciens, tout en restant polyvalents.

La prise en charge par les médecins de famille et autres professionnels de première ligne de la quasi-totalité de la population du Québec pourrait se traduire un jour par une augmentation de la prévention et une baisse importante des hospitalisations, de la nécessité des soins spécialisés ainsi que des coûts sociaux associés à la maladie et à la mort prématurée [62]. Les GIMF, dans leur version optimisée, font sans doute partie du cortège de solutions mises de l'avant pour atteindre un tel objectif [10].

Références

1. Béland, F., et al., *Les assurances privées en santé : l'exception canadienne?*, in *Le financement privé. Un débat sans fin?*, U.d. Montréal, Editor. 2008, Presses de l'Université de Montréal: Montreal.
2. Hollander, M., et al., *Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings on the Contribution of Primary Care Services*. *Healthcare Quarterly*, 2009. **12**(4): p. 30-42.
3. Heim, L.J., *Report from the AAFP to the CFPC*. 2009, American Academy of Family Physicians. p. 1-5.
4. FMOQ, *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale*. 2008: Canada. p. 1-17.
5. Rosser, W.W., *The decline of family medicine as a career choice*. *Canadian Medical Association Journal*, 2002. **166**(11): p. 2.
6. CaRMS, *CaRMS - Statistiques*. 2009, CaRMS: Ottawa. p. 1-1.
7. *Projection de l'offre et de la demande en médecine familiale*. 2009, Direction de la main d'oeuvre médicale, MSSS. p. 1-20.
8. *Journée de réflexion sur la médecine familiale : des médecins de famille pour la population du Québec*. 2008, Direction de la main d'oeuvre médicale, MSSS. p. 1-10.
9. McKee, N., et al., *Cultivating interest in family medicine: Family medicine interest group reaches undergraduate medical students*. *Canadian Family Physician*, 2007. **53**(4): p. 661.
10. Feldman, K., *Factors that Relate to the Decline of Students Choosing Family Medicine; A review of the Litterature*. 2005. p. 1-30.
11. *Groupes d'intérêts en médecine familiale (GIMF)*. 2012 [cited 2012 2012.03.18]; Collège québécois des médecins de famille:[Available from: <http://cqmf.qc.ca/fr/groupes-interet-medecine-familiale/gimf.php>].
12. Kerr, J., et al., *The impact of interest: How do family medicine interest groups influence medical students?* *Canadian Family Physician*, 2008. **54**(1): p. 78.
13. *Survey : Active FMIGs May Boost Family Medicine Match Rates*, in *AAFP News Now*. 2005, AAFP. p. 1-2.
14. Baraka, S. and M. Ebell, *Family medicine interest groups at US medical schools*. *Family medicine*, 1995. **27**(7): p. 437-439.
15. Charbonneau, G., *Rapport du président du comité de direction CQMF 2009*, in *Conseil d'administration du CQMF*. 2009, CQMF: Montréal. p. 1-12.
16. Valente, T. and P. Pumpuang, *Identifying opinion leaders to promote behavior change*. *Health Education & Behavior*, 2007. **34**(881).

17. Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm, and F. Marty, *Family medicine in Switzerland: training experiences in medical school and residency*. Family medicine, 2007. **39**(9): p. 651-5.
18. Kavilanz, P. *Med Students Rush to Primary Care Programs*. 2011 [cited 2012 jan 29]; Available from: http://money.cnn.com/2011/03/23/news/economy/more_medical_students_pick_family_medicine/index.htm?section=money_latest&utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed:%20rss/money_latest%20%28Latest%20News%29.
19. CMFC, *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada; concept du "Medical Home"*. 2009, Collège des médecins de famille du Canada. p. 1-29.
20. *Valorisation et attractivité de la médecine familiale : plan d'action des facultés de médecine*. 2009, Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne: Lévis. p. 1-14.
21. Rosenfield, J., J. Rourke, and N. Busing, *Update from the Future of Medical Education in Canada Project*. 2009, Collège des médecins de famille du Canada: Toronto. p. 1-40.
22. Ivers, N. and R. Abdel-Galil, *Le marketing de la médecine familiale: Remettre en question les idées préconçues*. Canadian Family Physician, 2007. **53**(may).
23. CMQ. *Nouvelles spécialités reconnues au Québec depuis le 25 novembre 2010*. 2010 [cited 2012 jan 29th]; Available from: <http://www.cmq.org/medias/profil/commun/AProposOrdre/Infolettres/2010-11-25.aspx>.
24. Jacobson, P.D., *Transforming clinical practice guidelines into legislative mandates: proceed with abundant caution*. JAMA, 2008. **299**(2): p. 208-10.
25. Giroux, M., *Présentation du plan de marketing de la médecine familiale - Université de Sherbrooke*. 2008, Université de Sherbrooke: Montréal. p. 1-12.
26. FMRQ, *Journée de réflexion sur la médecine familiale*. 2008, Fédération des médecins résidents du Québec: Lévis. p. 1-7.
27. Karazivan, P., *La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins*, in *Faculté de médecine, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé*. 2010, Université de Montréal: Montréal. p. 81.
28. Scott, I., et al., *Determinants of Choosing a Career in Family Medicine*. Canadian Medical Association Journal, 2011. **183**(1): p. 8.
29. Beaumier, C.K. and A. Foucault, *Quelles sont les caractéristiques des étudiants en médecine du Québec qui les poussent à choisir une résidence en médecine familiale, à vouloir s'établir au Québec ou les amènent à vouloir quitter le Québec pour accéder à la formation médicale spécialisée de leur choix?* 2010, Fédération médicale étudiante du Québec: Trois-Rivières.
30. Vanasse, A., et al., *Attrait de la médecine familiale pour les étudiants en médecine*. Le médecin de famille canadien, 2011. **57**(Juin 2011): p. 20.
31. MSSS, *Communiqué : Mise en place d'une table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne*. 2009, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. p. 1-2.

32. AFMC. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada, projet postdoctoral*. 2011 [cited 2011 jan 29th]; Available from: <http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/index.php>.
33. Albritton, T. and R. Fincher, *Student interest groups: a practical and affordable way to expose students to* The American journal of medicine, 1997. **103**(5): p. 337-339.
34. CCFP, *Rapport annuel du CMFC 2008-2009*. 2009, Collège des médecins de famille du Canada. p. 1-32.
35. Valente, T. and R. Davis, *Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders*. The Annals of the American Academy of ..., 1999. **566**(55): p. 55-67.
36. Valente, T. and R. Fosados, *Diffusion of innovations and network segmentation: The part played by people in* Sexually transmitted diseases, 2006. **33**(7).
37. Rogers, E. and K. Scott, *The diffusion of innovations model and outreach from the National Network* Retrieved March, 1997.
38. Rogers, E.M., *Diffusion of Innovations*. 5th ed. 2003, New York: The Free Press, a Division of Simon & Shuster, Inc. 544.
39. Donovan, R. and N. Henley, eds. *Principles and Practice of Social Marketing : An International Perspective*. 2010, Cambridge University Press: Cambridge, UK.
40. in *Antidote*. 2012, Druide informatique Inc.: Montreal.
41. Kotler, P. and N. Lee R., *Social Marketing, Influencing Behaviors for Good*. Third ed, ed. Sage. 2008, Thousand Oaks. 444.
42. Patton, M., *Strategic Themes in Qualitative Inquiry*, in *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 2002. p. 37-73.
43. Yin, R.K., *Case Study Research*. 1984, Beverly Hills (CA): Sage.
44. Valente, T., *Social network thresholds in the diffusion of innovations*, in *Social Networks*. 1996, Elsevier. p. 69-89.
45. Hamilton, H., *Dimensions of self-designated opinion leadership and their correlates*. Public Opinion Quarterly, 1971. **35**(2): p. 266-274.
46. Childers, T., *Assessment of the psychometric properties of an opinion leadership scale*. Journal of Marketing Research, 1986. **23**(2): p. 184-188.
47. Patton, M., *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2e édition ed. 1990: Sage Publications Inc.
48. Calder, B., *Focus groups and the nature of qualitative marketing research*. Journal of Marketing Research, 1977. **14**(3): p. 353-364.
49. *Running Meetings*. Pocket Mentors. 2006, Boston: Harvard Business School Press. 97.
50. MSSS, *Carte de la rémunération différente des médecins omnipraticiens - région éloignée ou isolée*. 2003, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. p. 1-2.
51. Demissie, K., et al., *Concordance des mesures du statut socio-économique: mesures par région et mesures individuelles*. Maladies chroniques au Canada, 2000. **21**(1): p. 1S7.

52. Marshall, C. and G. Rossman, *Designing qualitative research*. 1989, Newbury Park: Sage.
53. Strauss, A. and J. Corbin, *Basics of qualitative research*. 1990, Newbury Park: Sage.
54. Lehoux, P., B. Poland, and G. Daudelin, *Focus group research and "the patient's view"*. *Social Science & Medicine*, 2006. **63**: p. 2091-2104.
55. Contandriopoulos, A.-P., et al., *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Chenelière éducation, ed. G.M. éditeur. 2005, Montréal.
56. Dussault, C. (2011) *Les gardes de 16 h : un défi pour le Québec, un impact pancanadien*. Fédération des médecins résidents du Québec.
57. Contandriopoulos, A.-P., *Inertie et changement*. *Ruptures*, 2003. **9**(2): p. 45-53.
58. Groulx, A., *Comité de concertation et de collaboration régionale des affaires médicales*. 2011: Gaspé.
59. McKenzie-Mohr, D. and W. Smith, *Fostering Sustainable Behavior*. 1999, Gabriola Island, BC, Canada: New Society.
60. Statistiques-Canada. *Certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la scolarité, de la population active et du revenu, langue maternelle, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement*,. 2006 [cited 2012 jan 29th]; Available from: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=6&LANG=F&APATH=3&DETAIL=0&DIM=3&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=771240&GK=1&GRP=1&PID=99015&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=70&VID=17821&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>
61. CaRMS, *CaRMS - Statistiques*. 2009: p. 1-1.
62. Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi, *Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States*. *International journal of health services planning administration evaluation*, 2007. **37**(1): p. 111-126.

Annexes

I. Test sociométrique

II. Courriel de recrutement

III. Grille des discussions de groupe

IV. Questionnaire

V. Détails des dépenses prévues

VI. Contenu de la communication téléphonique

VII. Approbation éthique UdeM

VIII. Approbation éthique McGill

Annexe I : Test sociométrique

Titre du projet : Influence des groupes d'intérêt en médecine de famille (GIMF) sur le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine du Québec.

Organismes subventionnaires : Université Laval, Collège des médecins de famille du Canada, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Description du projet : Nous vous demandons de répondre aux questions qui suivent afin de nous permettre de sélectionner certains d'entre vous pour participer à notre projet de recherche. Si vous êtes sélectionnés, vous serez contactés et invités sur une base strictement volontaire à participer à la tenue d'une discussion de groupe et à remplir un questionnaire. Que vous soyez sélectionnés ou non pour participer au projet, les données récoltées aujourd'hui ne seront utilisées que pour le présent projet et seront détruites immédiatement après la sélection des participants pressentis.

Liberté de participation : Votre contribution est volontaire et vous êtes libre d'accepter ou non de remplir ce sociogramme.

Personne-ressource : Antoine Groulx, MD, CCMF, professeur de clinique à la faculté de médecine de l'Université Laval et chercheur principal

Nom : _____

Matricule : _____

*Courriel (*important*) : _____

Questions

1. Nommez le/les collègue(s) de classe auquel/auxquels vous pensiez...

- a. En contemplant l'idée **d'exclure** la médecine de famille de vos demandes de programmes de résidence?
- b. En contemplant l'idée **d'inclure** la médecine de famille de vos demandes de programmes de résidence?

2. Parmi vos collègues de classe ou vous-même, nommez celui ou ceux qui pourraient influencer certains autres collègues de classe ou vous-même à...

- a. S'**intéresser** à la médecine de famille?
- b. Se **désintéresser** de la médecine de famille?

3. Avant de prendre votre décision de choisir ou non d'inclure la médecine de famille à vos choix de programmes de résidence, lequel (lesquels) de vos collègues de classe avez-vous consulté?

a. Dans quelle mesure son (leur) opinion importe-t-elle? (*encercler*) peu
moyennement beaucoup

4. Lors de vos choix de programmes de résidence... (cochez une seule fois)

Vous avez inclus la médecine de famille comme premier choix.

Vous avez inclus la médecine de famille parmi d'autres choix, mais pas en premier.

Vous avez exclu la médecine de famille.

Merci!

Merci de glisser vos réponses dans l'enveloppe jointe afin d'assurer la confidentialité de vos réponses. Seul le chercheur principal aura accès à vos réponses.

NB. Une version anglaise du sociogramme a été produite.

Annexe II : Courriel de recrutement

Madame, Monsieur,

Je suis médecin de famille et j'occupe le poste de chercheur principal dans un projet de recherche visant à préciser l'influence des Groupes d'intérêt en médecine de famille (GIMF) sur le choix de programme de résidence chez des leaders étudiants en médecine du Québec dans la perspective du désintérêt inquiétant pour la médecine de famille.

J'ai le plaisir de vous annoncer qu'à la suite d'un test complété par plusieurs étudiants de votre programme, vous avez été identifié comme un leader important de votre groupe.

J'aimerais donc beaucoup avoir la chance de vous contacter brièvement par téléphone afin de vous préciser comment vous pourriez contribuer à l'avancement de mes travaux. Je vous saurais donc gré de bien vouloir répondre au présent envoi par un courriel (*reply*) en indiquant votre numéro de téléphone et le meilleur moment pour vous joindre.

En vous remerciant d'avance de votre collaboration, veuillez croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Antoine Groulx, MD, CCMF

Étudiant à la maîtrise en administration des services de santé

Faculté de médecine de l'Université de Montréal

NB. Une version anglaise de ce courriel a été produite.

Annexe III : Contenu de la communication téléphonique

- Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion.
- Présentation de la raison d'être de l'étude : mesure de l'impact des GIMF sur l'intérêt des leaders étudiants pour la MF.
- Technique de recherche utilisée : étude qualitative avec recueil de données par discussions de groupe (*focus groups*).
- Raison pour laquelle la participation du leader est souhaitée : brève explication sur les principes du marketing social voulant que les leaders exercent une grande influence chez les indécis, nombreux en MF. Par conséquent, leur opinion permettra de préciser comment rendre les GIMF plus efficaces en les rendant plus intéressants pour ces leaders.
- Bienfaits : Rendre les activités des GIMF plus intéressantes et les soutenir avec la plus grande efficacité possible.
- Inconvénients : confidentialité des propos tenus lors des discussions de groupe.
- Mécanisme du respect de la confidentialité : discussions de groupe et verbatims numérisés et chiffrés avant d'être détruits. Aucun nom réel dans l'analyse ou le mémoire.
- Durée de participation : Un seul souper d'environ trois heures suivi d'un questionnaire de trois questions (horaire précis et lieu à déterminer) . Aucune étude de suivi obligatoire prévue.

- Règles : la participation du sujet se limite aux discussions de groupe. Aucun coût pour le participant. Souper aux frais du chercheur et déplacements remboursés selon une estimation raisonnable. Aucune rémunération supplémentaire ne sera accordée.
- Droits : droit du sujet de retirer son consentement à participer en tout temps et sans pénalité.
- Confirmation de la participation ou non au projet dans un délai d'une semaine de l'entretien téléphonique.
- Remerciement et temps pour les questions.

NB. Une version anglaise de cette communication a été produite.

Annexe IV : Grille des discussions de groupe

- A) Remerciements pour la participation à l'étude.
- B) Brève introduction rappelant les objectifs et la nature de l'étude.
- C) Définition des GIMF.
- D) Rappel des procédures de confidentialité et de retrait
- E) Tour de table de présentation avec motivations des participants.
- D) Principales questions des discussions de groupe
 - a. Quels sont les facteurs les plus importants qui ont orienté votre choix de programme de résidence?
 - b. Quelles sont vos impressions générales à l'égard des GIMF?
 - i. En cas de blocage : Qu'est-ce qu'un GIMF? Qu'en savez-vous?
 - c. Comment les GIMF ont-ils influencé votre choix de programme de résidence?
 - i. En cas de blocage : Comment qualifiez-vous votre intérêt actuel pour la MF?
Et avant d'entrer en médecine? Quels sont les facteurs qui influencent votre intérêt pour la MF actuellement?
 - d. Quelles ont été les activités organisées par les GIMF que vous avez préférées ou qui ont le plus contribué à vous intéresser à la MF?
 - e. En cas de blocage : Certaines activités ont-elles freiné votre intérêt pour la MF?
 - f. Comment les GIMF et les activités qu'ils proposent pourraient-ils être améliorés?
 - i. En cas de blocage : Certaines activités devraient-elles être cessées? Les GIMF devraient-ils continuer d'exister?

En cas de blocage général d'idées, il pourra être utile de questionner sur la formation antérieure et l'origine géographique des candidats (contribue à faire émerger des informations sur des facteurs moins spontanément abordés comme ceux exerçant leur influence avant l'entrée dans un PM) ou d'autres questions de même nature susceptibles d'apporter des détails sur les facteurs moins liés aux principales questions des discussions de groupe.

NB. Ces questions ne sont évidemment pas définitives. Elles pourront être modifiées ou complétées au cours des discussions de groupe de manière à obtenir une information plus approfondie sur certains aspects.

NB. Une version anglaise des questions de discussions de groupe a été produite.

Annexe V : Formulaire de consentement écrit à participer à l'étude

Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet : Influence des groupes d'intérêt en médecine de famille sur le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine du Québec : une étude qualitative inspirée du marketing social

Nom des chercheurs :

Antoine Groulx, M.D., CCMF, professeur de clinique, département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

Régis Blais, PhD, professeur titulaire, département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal

François Lagarde, MSc., professeur adjoint, département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Organismes subventionnaires : Université Laval, Collège des médecins de famille du Canada, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Description du projet :

Cette étude vise à comprendre comment les GIMF influencent les leaders étudiants en médecine dans leur choix d'un programme de résidence.

Procédures :

Vous avez été sélectionnés pour participer à cette étude en raison de la reconnaissance par vos pairs de vos aptitudes de leader. Votre collaboration se limite exclusivement à la participation à une discussion de groupe tenue en soirée et à un bref questionnaire qui vous sera remis à la fin d'un repas aux frais des chercheurs. Les rencontres de groupes d'une durée de 2 à 3 heures auront lieu en mai et juin 2010 dans un lieu à déterminer (restaurant ou salle de classe/salon étudiant réservé). Les discussions porteront sur les facteurs qui ont influencé votre choix de programme de résidence et la place que jouent les GIMF au sein de ces facteurs. Le questionnaire devra quant à lui être rempli dans un délai d'une semaine de la tenue des discussions de groupe et retourné dans l'enveloppe timbrée remise avec celui-ci. Vous aurez toujours le choix de ne pas répondre à ces questions ou de ne pas retourner ledit questionnaire.

Vous serez immédiatement informés si jamais des modifications étaient apportées à l'étude ou si de nouveaux renseignements devenaient disponibles.

Avantages et bénéfices :

Vous ne tirerez aucun avantage direct de votre participation à cette étude. Cela dit, cette recherche permettra peut-être de trouver des moyens de stimuler l'intérêt des étudiants en médecine pour la médecine de famille et ultimement, réduire la pénurie de médecins de famille.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients :

Aucun préjudice connu n'est lié à la participation à cette étude.

Critères d'exclusion :

Vous devez être âgé de plus de 18 ans pour participer à cette étude.

Confidentialité

La confidentialité sera respectée et aucune information révélant l'identité du participant ne sera diffusée ou publiée sans consentement, à moins que la loi ne l'exige.

Le chercheur est en mesure de promettre la confidentialité de l'information, mais ne peut pas promettre que les participants respecteront la vie privée des autres.

Seuls le chercheur principal, son directeur et son codirecteur auront accès aux données recueillies. La personne chargée de la rédaction du verbatim des discussions de groupe n'aura accès aux données que durant son emploi.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal qui adhère à une politique de stricte confidentialité.

Les documents écrits (sociogrammes et questionnaire) seront conservés sous clé avant d'être détruits et les documents numériques (enregistrements et verbatims des discussions de groupe) seront chiffrés avant d'être aussi détruits une fois la soutenance de mémoire réalisée. Les documents ne feront jamais mention des noms ou prénoms qui seront codés. Au besoin, des noms fictifs seront utilisés pour distinguer les participants. De surcroît, l'identité des participants ne sera en aucun cas dévoilée.

Enfin, les résultats pourront être présentés dans des congrès ou publiés dans des revues scientifiques, mais l'identité des participants ne sera pas révélée.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons. Ce faisant, vous pourrez demander que les données vous concernant soient retirées de l'étude en tout temps.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses :

Les frais relatifs à votre transport jusqu'ici ainsi que les frais de repas sont à la charge du chercheur. Aucune autre compensation financière n'est prévue.

Personnes-ressources :

Pour toutes questions concernant cette étude ou pour obtenir un aperçut des résultats, prière de communiquer avec : Antoine Groulx, MD, CCMF.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (L'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant

ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps. J'accepte aussi d'être enregistré pendant ma participation aux discussions de groupe (*focus group*).

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude et d'en assurer la confidentialité.

Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date

Informations de type administratif :

— L'original du formulaire sera conservé au secrétariat du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant

— Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (date) :

— No de référence : CERFM...

— Date de la version du présent formulaire : 2010.03.09

NB. Une version anglaise de ce formulaire a été produite.

Annexe VI : Questionnaire

Bonjour,

Le présent questionnaire vise à récolter de l'information sur des aspects de votre intérêt pour votre futur programme de résidence qui auraient pu s'avérer délicats à aborder lors des discussions de groupe. Nous préférons donc nous en remettre à la confidentialité du présent questionnaire. Nous vous saurions gré de bien vouloir le retourner le plus tôt possible à l'aide de l'enveloppe réponse-affranchie jointe.

En vous remerciant une fois de plus de votre participation à ce projet de recherche,

Confraternellement,

Antoine Groulx, MD, CCMF

Chercheur principal

Question 1. Comment croyez-vous que vos collègues étudiants qualifient le niveau de prestige associé à la médecine de famille?

Question 2. Croyez-vous que certains de vos collègues ou vous-même avez pu être influencés dans votre choix de programme de résidence en raison du niveau de prestige associé à la médecine de famille?

Question 3. Quelle influence la rémunération actuelle des spécialistes en médecine de famille (d'environ 50 % inférieure à celle des autres spécialités) a-t-elle exercée sur le choix de programme de résidence de vos collègues étudiants ou le vôtre?

Parmi vos choix de résidence, aviez-vous présenté une demande en médecine de famille?

Oui _____

Non _____

Quel programme de résidence entreprendrez-vous au terme de votre cours de médecine?

Encerclez :

Quel est votre âge :

moins de 20 ans

20-25

26-30

31-35

plus de 35 ans

Quel est votre sexe : H F

Merci!

NB. Une version anglaise de ce questionnaire a été produite.

Annexe VII : Approbation éthique Université de Montréal

No de certificat : **CERFM 2009-10 #391**

Faculté de médecine

Vice-décanat à la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre du projet : Optimiser l'efficacité des groupes d'intérêts en médecine de famille pour intéresser les étudiants en médecine à choisir un programme de résidence en médecine de famille en utilisant l'influence des leaders étudiants en médecine

**REQUÉRANT : Antoine Groulx, Étudiant au MSc., DASUM, FdM, UdeM,
#GROA10107800**

SOUS LA DIRECTION DE : Régis Blais, Professeur titulaire, DASUM, FdM, UdeM

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFM.

Selon les exigences éthiques en vigueur, un **suivi annuel** est minimalement requis pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi vous sera transmis par courriel avant l'échéance du présent certificat et peut être consulté sur la [page Web du CERFM](#).

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
(CÉRFM)**

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Dianne Audet, coordonnatrice CÉRFM

Approuvé : 1er avril 2010 Certificat valide jusqu'au 1er mai 2011

C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (QC) H3C 3J7

Isabelle Boutin-Ganache, présidente CÉRFM

Téléphone : 514-343-6904 / Télécopieur : 514-343-5751

http://www.med.umontreal.ca/recherche/informations_chercheurs/ethique_recherche.html

cerfm@umontreal.ca

Annexe VIII : Approbation éthique Université McGill



McGill

Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

13 December 2011

Dr. Robert Primavesi
Associate Dean
Undergraduate Medical Education
McIntyre Medical Building
Room 601

RE: IRB Study Number A04-E17-10B
Quebec's family medicine special interest groups (FaMSIG) influence on medical students' leaders' choice of residency programs

Dear Dr. Primavesi,

Thank you for submitting an application for continuing ethics review for the above-referenced study.

The study progress report was reviewed and we are pleased to inform you that a full-board re-approval for the study was provided on December 12, 2011 at a meeting of the Institutional Review Board. The renewed ethics certificate is valid until **April 25, 2012**. The original renewal certification document is enclosed.

The Institutional Review Board notes a change in the local Investigator responsible for this study; Dr. Robert Primavesi replaces Dr. Joyce Pickering in this role.

If there are any study revisions or unanticipated developments prior to the next scheduled review, please inform the IRB promptly.

Regards,

Serge Gauthier, MD
Chair
Institutional Review Board

Cc: Dr. Antoine Groulx
A04-E17-10B

