

La redéfinition du rôle des médecins de famille : un défi majeur pour l'avenir des soins de première ligne au Québec

Nancy Côté, Ph. D., Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Andrew Freeman, erg., Ph. D, Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Marie-Dominique Beaulieu, C.M., C.Q., M.D., M. Sc., FCMF

FAITS SAILLANTS

- L'accès aux soins de première ligne constitue un enjeu crucial avec des implications importantes pour le rôle des médecins de famille.
- Le rôle des médecins est traversé par des tensions qui ont des répercussions majeures sur l'attractivité de cette profession, la santé au travail et l'engagement professionnel.
- Les principales tensions soulevées sont : (a) l'accroissement des pressions externes sur l'autonomie des médecins; (b) l'écart entre l'idéal et la réalité de pratique; et (c) un décalage entre la culture professionnelle traditionnelle et les nouvelles aspirations de carrière.

Les pistes de solutions visent : (1) l'optimisation du rôle des médecins au sein des équipes interprofessionnelles; (2) des modèles organisationnels et de pratique plus flexibles; (3) l'ajout de ressources pour soutenir les équipes interprofessionnelles; (4) une révision des modes de rémunération; (5) l'investissement dans la formation continue et le soutien professionnel; et (6) un dialogue ouvert entre les parties prenantes pour mieux aligner les attentes et les réalités du terrain.

PROBLÉMATIQUE

Des enjeux d'accès aux soins de première ligne et les implications pour les médecins de famille

L'accès aux soins de première ligne (SPL) constitue un enjeu crucial dans de nombreux pays, engendrant des répercussions significatives sur la santé des populations et l'équité dans l'accès aux services de santé (1). Au Québec, les médecins de famille font face à des pressions croissantes pour accroître leur contribution à l'offre de soins dans un contexte de pénurie d'effectifs, qui se traduit par un nombre croissant d'usagers sans accès à une source régulière de services de première ligne pour assurer les prises en charge et les suivis cliniques requis. Cette situation les incite à intensifier leur rythme de travail et à adopter une pratique médicale axée sur le volume, communément appelée médecine « à débit », tout en étant confrontés au discours des décideurs politiques que les médecins de famille ne font pas leur juste part. Cette approche soulève des questions importantes quant à la qualité des soins prodigués et à l'équilibre entre les aspirations professionnelles des médecins et les besoins du système de santé (2). La mise en place

d'équipes interprofessionnelles s'est également imposée comme une stratégie prometteuse pour améliorer l'accès à des soins et services de proximité (3). Cependant, l'efficacité de ce modèle repose sur l'ajout de professionnels au sein des équipes, une optimisation des rôles professionnels et l'établissement de relations plus égalitaires entre les différents professionnels de la santé et des services sociaux (4). Il repose également sur des équipes stables composées de différents professionnels du social et de la santé afin de mieux répondre aux problèmes des usagers.

Des tendances préoccupantes sur le désengagement des médecins de famille

Parallèlement à ces changements, on observe plusieurs signes d'une certaine démobilisation, voire d'un désengagement plus profond des médecins de famille envers leur profession ou le système public de santé. Depuis plusieurs années, on constate une diminution significative de l'attractivité de cette profession, qui se reflète dans les postes de résidence en médecine familiale non pourvus (5). Plusieurs pays font face à une pénurie de médecins de famille (6). Au Canada, un nombre croissant de médecins de famille choisissent de quitter le système de santé financé par l'État (7). Nos travaux récents montrent que certains médecins de famille se désengagent de la pratique en cabinet avec l'objectif déclaré de ne plus avoir la responsabilité d'une clientèle et de la continuité des soins (2). Les recherches révèlent également une forte tendance des médecins de famille à opter pour une retraite anticipée (8). De plus, un nombre important de médecins de famille ont connu un épuisement professionnel ces dernières années (9). Pris ensemble, ces phénomènes illustrent une crise pour ce secteur médical avec des implications potentiellement importantes pour l'organisation des services en première ligne et l'accès de la population à des soins de santé de qualité.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

L'urgence d'une réflexion concertée

Les constats présentés soulignent l'urgence d'une réflexion concertée sur les besoins de la population en matière de services de santé et les défis auxquels font face les médecins de famille dans leur pratique quotidienne. La crise actuelle que traverse la médecine familiale met en lumière l'importance cruciale de créer des conditions favorables au soutien d'équipes interprofessionnelles intégrées et au maintien de l'engagement professionnel des médecins de famille.

Une profession soumise à de multiples tensions

Sur la base de travaux antérieurs (2,3,10,11) et d'une analyse issue de notre étude récente (2,12), nous avons identifié trois tensions fondamentales au cœur de cette crise. Ces tensions ont des répercussions significatives sur l'autonomie professionnelle et l'attractivité de la médecine familiale, soulevant des questions sur l'évolution et l'adaptation future de cette profession.

1. Tensions entre autonomie professionnelle et pressions externes

La première tension concerne l'autonomie professionnelle face aux pressions externes. La bureaucratisation croissante de la médecine familiale est un irritant majeur, réduisant le temps disponible pour les soins directs aux patients. L'émergence d'équipes interprofessionnelles, bien que généralement perçue positivement, soulève des questions sur la spécificité de la médecine familiale dans un contexte où d'autres professions peuvent désormais accomplir des tâches traditionnellement réservées aux médecins. Ce

questionnement est particulièrement aigu concernant le rôle des infirmières praticiennes qui sont formées pour diagnostiquer et traiter la majorité des problèmes courants et des maladies chroniques sous contrôle, un champ de pratique qui représente une proportion élevée de l'activité des médecins de famille. S'il y a un certain consensus au sein du système professionnel que l'optimisation des rôles repose sur l'expertise des médecins de famille pour la prise en charge de problèmes indifférenciés et plus complexes, la question du « comment y arriver » concrètement dans l'organisation du travail pose problème. De plus, les médecins de famille comblent souvent les lacunes du système de santé en prenant en charge des cas complexes hors de leur expertise directe, redéfinissant leur rôle en fonction des besoins non satisfaits des patients plutôt que de leur expertise spécifique. Ceci est particulièrement flagrant pour les problèmes de santé mentale, les problèmes musculosquelettiques et l'accès à certaines spécialités médicales. La non-dotation de postes prévus au contrat GMF, le roulement important du personnel non médical, facilité par certaines règles syndicales et des opportunités professionnelles, ainsi que le manque de ressources professionnelles stables qui en résulte, accroissent la pression sur les médecins.

2. Écart entre l'idéal et la réalité de pratique

La deuxième tension révèle un écart croissant entre l'idéal professionnel inculqué lors de la formation et la réalité quotidienne de la pratique. Les difficultés d'accès aux soins primaires exercent une pression considérable sur les médecins pour qu'ils augmentent leur volume de patients, les poussant vers une pratique « à débit » caractérisée par des consultations plus courtes et ciblées. Cette approche entre en conflit direct avec l'idéal d'une médecine familiale holistique et personnalisée, ancrée dans une relation thérapeutique de confiance. Cette situation oblige les médecins à prioriser certaines actions au détriment d'autres, comme la prévention, pourtant considérée essentielle. Paradoxalement, la pratique d'une médecine plus expéditive, bien qu'elle semble améliorer l'accès aux soins à court terme, affecte négativement l'efficacité perçue des médecins, engendrant une perte de sens au travail qui peut avoir des répercussions sur leur engagement professionnel et leur satisfaction.

3. Une culture professionnelle en tension avec les aspirations en carrière

La troisième tension concerne l'évolution des aspirations professionnelles et personnelles, remettant en question la place traditionnelle du travail dans la vie des médecins de famille. De nombreux médecins cherchent désormais à redéfinir l'équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle, s'éloignant du modèle de dévouement total à la profession qui a longtemps prévalu. Cette tendance se manifeste par un désir de limiter l'emprise du travail sur leur vie et de s'investir dans d'autres domaines, reflétant une volonté de se réaliser au-delà de leur carrière médicale. Cependant, cette évolution ne se fait pas sans difficulté : de nombreux médecins rapportent des obstacles pour établir des limites, confrontés à la culture médicale et aux attentes des patients.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'analyse de la situation actuelle de la médecine familiale au Québec révèle un système en tension, cherchant à concilier les besoins d'accès aux soins occasionnés en partie par un manque d'effectifs médicaux et d'autres professionnels avec la préservation de la qualité et de la continuité des services. Les défis auxquels font face les médecins de famille sont multiples et interconnectés, nécessitant une approche holistique pour y

répondre efficacement. Si ces tensions ne sont pas prises en considération, plusieurs effets à long terme sont à envisager : une diminution de l'attractivité de la médecine familiale, une augmentation de l'épuisement professionnel, et ultimement, une détérioration de la qualité des SPL. Cette situation agit sur toutes les dimensions du quintuple objectif en compromettant l'expérience des usagers des SPL et la capacité des équipes de SPL d'agir efficacement pour améliorer la santé. Elle occasionne également des pertes de productivité et d'efficience, ne permettant pas d'optimiser le rendement des ressources injectées, et aussi des iniquités, car ce sont souvent les usagers vulnérables qui sont touchés plus durement.

Plusieurs pistes de solutions émergent de cette analyse :

1. Offrir les ressources et les conditions d'intégration nécessaires pour soutenir des équipes interprofessionnelles intégrées et stables en mesure de répondre aux besoins sociaux et de santé des usagers.
2. Repenser l'organisation du travail en équipe interprofessionnelle pour optimiser le rôle de chaque professionnel, incluant les médecins, tout en définissant la spécificité de la médecine familiale.
3. Développer des modèles organisationnels et de pratique, plus flexibles, permettant une meilleure conciliation travail-vie personnelle sans compromettre la qualité des soins.
4. Revoir les modes de rémunération pour encourager une pratique plus globale et moins axée sur le volume.
5. Investir dans la formation continue et le soutien professionnel pour aider les médecins à s'adapter aux changements du système de santé.
6. Favoriser un dialogue ouvert entre les décideurs politiques, les gestionnaires du système de santé et les médecins de famille pour mieux aligner les attentes et les réalités du terrain.

Ces pistes nécessitent une collaboration étroite entre tous les acteurs du système de santé pour assurer leur pertinence et leur efficacité. La transformation de la médecine familiale au Québec est un défi complexe, mais essentiel pour garantir des soins de qualité, accessibles et durables pour tous les Québécois. L'urgence d'agir est claire. En redéfinissant collectivement le rôle des médecins de famille et en leur donnant les moyens de pratiquer une médecine qui correspond à leurs valeurs et aux besoins de la population, le Québec peut renforcer son système de première ligne et améliorer la santé de sa population à long terme.

RÉFÉRENCES

1. OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care. Paris : OECD Editions.
2. Côté, N., Freeman, A., Desjardins, L. et Denis, J.-L. (2024). Redefining work engagement: identity crisis and the quest for meaning at work of family physicians in Québec. *SALUTE E SOCIETÀ*(2/2024), 17-32. <https://doi.org/10.3280/SES2024-002003>
3. Beaulieu, M.-D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L. et Boucher, L. (2008). Family practice. Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1153-1163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.019>

4. Côté, N., Freeman, A., Emmanuelle, J. et Denis, J.-L. (2019a). New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, 19(882), 1-10.
5. Drummond, D., Sinclair, D., & Gratton, J. (2022). Troubles in Canada's Health Workforce: The Why, the Where, and the Way Out of Shortages. C.D. Howe Institute.
6. Lawson, E. (2023). The Global Primary Care Crisis. *British Journal of General Practice*, 73(726), 3. <https://doi.org/10.3399/bjgp23X731469>
7. Ha, T. T., & Sun, Y. (2023, August 8). Why more Quebec family doctors are leaving the public health system. *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-quebec-family-doctors-public-private-care/>
8. Napier, J., & Clinch, M. (2019). Job strain and retirement decisions in UK general practice. *Occup Med (Lond)*, 69(5), 336-341. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz075>
9. Association médicale canadienne (AMC), Ipsos. *Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021*. Ottawa : L'Association; 2022 août 24. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque17> (consulté le 13 janv. 2025).
10. Côté, N., Fleury, C., Mercure, D., Doyon, H., & Savoldelli, M. (2019b). L'identité professionnelle des médecins de famille au Québec. *Recherches Sociographiques*, 60(2), 287-328.
11. Denis, J.-L., Germain, S., Régis, C. et Veronesi, G. (2022). *Medical Doctors in Health Reforms. A Comparative Study of England and Canada* (1 ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv273k4pq>
12. Côté, N., Fleury, C., Freeman, A., Denis, J.-L., Mercure, D., Beaulieu, M.-D. et Sylvain, S. (2019c). Évolution du travail chez les médecins de famille au Québec : Analyse des nouvelles formes de professionnalité, de coopération et d'engagement au travail. Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Programme Savoir : 435-2019-0651.

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.