

COMPÉTENCES ET EXERCICE DU RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE - FICHE SYNTHÈSE

Pour citer ce document

Côté, N., Denis, J.-L., Freeman, A., Fleury, C., Beaulieu, M.-D., Doyon, H., Mercure, D., Sylvain, S. et Desjardins, L., (2025) *Compétences et exercice du rôle des médecins de famille. Fiche synthèse*. VITAM - Centre de recherche en santé durable. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Vitam_MDF_Fiche%20synth%C3%A8se.pdf

Coordonnées

Nancy Côté : nancy.cote@rlt.ulaval.ca

PROBLÉMATIQUE

L'accès aux soins de première ligne constitue un enjeu crucial au Québec, avec des répercussions sur la santé des populations et l'équité dans l'accès aux services. Dans un contexte de pénurie d'effectifs, les médecins de famille font face à des pressions croissantes pour accroître leur contribution à l'offre de soins. L'évolution des contextes de pratique et des besoins en santé redéfinit les attentes envers les médecins de famille, qui doivent désormais conjuguer expertise clinique étendue, habiletés en gestion, en collaboration interprofessionnelle et en résolution de cas complexes, tout en naviguant dans un environnement marqué par des contraintes organisationnelles accrues.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

Portrait des participants

- 74% sont des femmes
- 23% ont moins de 35 ans
- 6% ont 65 ans ou plus
- 42% ont pour milieu de travail principal un GMF/cabinet privé
- 14% ont pour milieu de travail principal un GMF-U Établissement
- 6,3% ont pour milieu de travail principal une salle d'urgence

Le questionnaire en ligne nous a permis d'évaluer l'importance accordée à 15 compétences inspirées du référentiel CanMEDS, ainsi que la capacité à les mobiliser lorsque jugé nécessaire. Ces compétences ont ensuite été regroupées en quatre catégories principales grâce à une analyse factorielle (tableau 1).

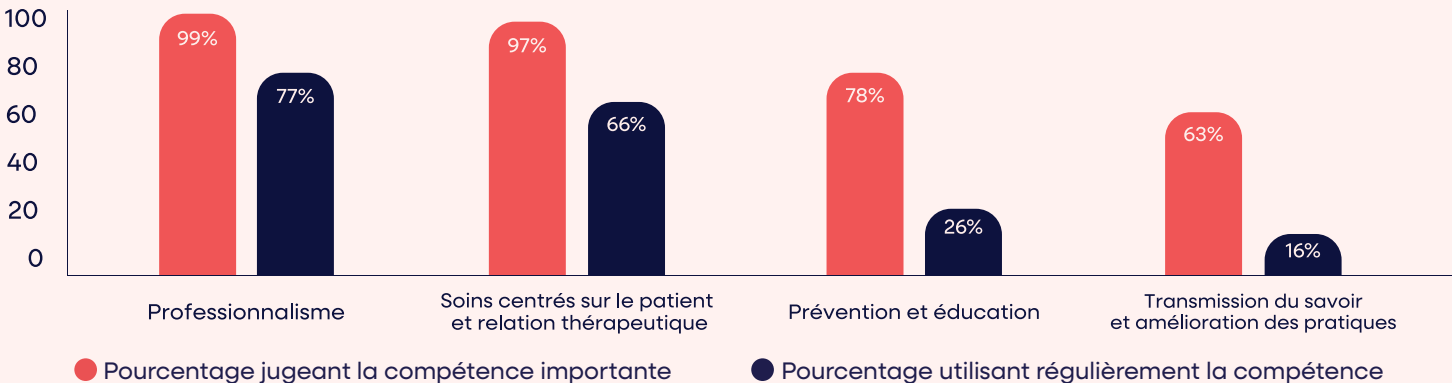
Tableau 1 : Regroupement des 15 compétences en 4 catégories principales

PROFESSIONNALISME	SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT ET RELATION THÉRAPEUTIQUE
PRÉVENTION ET ÉDUCATION	TRANSMISSION DU SAVOIR ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Nos résultats montrent que ces compétences sont largement reconnues comme importantes (graphique 1), mais leur utilisation pose de nombreux défis. Les compétences en prévention et éducation (26%) ainsi qu'en transmission du savoir et amélioration des pratiques (16%) sont les plus problématiques en termes d'utilisation régulière. Les difficultés d'utilisation des compétences varient selon le milieu de pratique et l'âge des médecins (se référer au [rapport abrégé](#) pour davantage de détails). Les médecins exerçant en salle d'urgence, établissement et GMF-U rapportent davantage de difficultés avec la prévention et l'éducation, tandis que ceux en cabinet privé éprouvent plus de défis pour transmettre leur savoir. Les médecins de moins de 50 ans, particulièrement ceux âgés de 35 à 49 ans, rapportent davantage de difficultés à utiliser leurs compétences.

Graphique 1

Proportions de médecins jugeant le type de compétence important versus l'utilisant régulièrement (pourcentages)



- 69% sont des femmes
- 18% ont moins de 35 ans
- 8% ont 65 ans ou plus
- 44% travaillent principalement en GMF/cabinet privé
- 13% travaillent principalement en GMF-U Établissement
- 3% travaillent principalement dans une salle d'urgence

Le volet qualitatif du projet nous a permis d'explorer les expériences vécues des médecins de famille. L'analyse thématique des entretiens a mis en lumière trois tensions majeures qui influencent et remettent en question certains aspects de leur pratique et de leur l'identité professionnelle.

a) Tensions entre l'autonomie dans l'exercice du rôle et les pressions externes

Cette tension fait référence à l'autonomie des médecins de famille dans l'exercice de leur rôle et aux pressions externes qui conduisent à la redéfinition de ce rôle. Les principales pressions sont :

1. La bureaucratisation croissante de la médecine familiale.
2. Une diminution du temps pour les soins directs aux patients.
3. Le sentiment d'empiètement des autres professions sur le « cœur » de la médecine familiale.
4. Un rôle de plus en plus utilisé pour compenser les lacunes du système de santé.

b) Écart entre l'idéal et la réalité de pratique

Cette tension révèle un écart entre les idéaux de pratique intégrés lors de la formation et la réalité quotidienne, ce qui a un impact sur l'engagement au travail et la satisfaction professionnelle. Elle renvoie à :

1. Un flou concernant la spécificité de la médecine familiale au sein d'équipes interprofessionnelles.
2. Des pressions pour exercer une pratique à haut débit, en contradiction avec une identité professionnelle ancrée dans une approche globale de la médecine familiale.
3. Un sentiment de négliger les dimensions essentielles de la médecine familiale, telles que la prévention et la dimension relationnelle des soins.
4. Une remise en question de l'efficacité perçue des médecins.

La collaboration interprofessionnelle : entre l'idéal et la pratique

Concernant la collaboration interprofessionnelle, l'enquête quantitative révèle que les deux tiers des médecins participent à des échanges formels ou informels avec d'autres professionnels de la santé, et la moitié traite fréquemment des cas nécessitant une collaboration. Les analyses des données qualitatives montrent que les principaux obstacles à la collaboration ne sont pas liés à un manque de **motivation** à collaborer, mais plutôt au roulement important des professionnels au sein des équipes, ce qui limite la **capacité** à collaborer efficacement et nuit à la continuité des soins.

c) Une culture professionnelle en tension avec les aspirations en carrière

Cette tension reflète un conflit entre les exigences du rôle professionnel des médecins de famille et d'autres rôles sociaux et identités. L'analyse a révélé plusieurs changements :

1. Une redéfinition de la place du travail dans la définition de soi.
2. Une redéfinition du temps souhaité à consacrer au travail.
3. Une remise en question du statut privilégié des médecins par rapport à d'autres professions.

Deux modèles de professionnalisme coexistent : l'un, encore dominant, dans lequel les médecins sont socialisés à une « disponibilité permanente » à leur profession ; l'autre, émergent, où la pratique de la médecine familiale est combinée à plusieurs identités et attentes, conduisant à une redéfinition des aspirations et des modes d'engagement au travail. Les jeunes et les femmes médecins sont plus nombreux à adhérer à ce modèle émergent.

CONCLUSION

L'analyse révèle un système en tension, cherchant à concilier les besoins d'accès aux soins avec la préservation de la qualité et de la continuité des services. Les défis sont multiples et interconnectés, nécessitant une approche holistique pour y répondre. 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 soins de première ligne.

Des pistes de solution émergent : soutenir des équipes interprofessionnelles intégrées, repenser l'organisation du travail, développer des modèles de pratique plus flexibles, revoir les modes de rémunération, investir dans la formation continue, et favoriser un dialogue ouvert entre tous les acteurs du système de santé. Ces pistes nécessitent une collaboration étroite entre tous les acteurs du système de santé pour assurer leur pertinence et leur efficacité. 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.

[Consulter le rapport abrégé](#)