

PROJET SUR L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE DE FAMILLE AU QUÉBEC



RAPPORT ABRÉGÉ 2025

Nancy Côté
Jean-Louis Denis
Andrew Freeman
Charles Fleury
Marie-Dominique Beaulieu
Hubert Doyon
Daniel Mercure
Sonia Sylvain
Laurent Desjardins

COMPÉTENCES ET EXERCICE DU RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE

POINTS SAILLANTS

- L'analyse selon 15 compétences inspirées du référentiel CanMEDS montre que bien que les médecins de famille jugent que les compétences sont importantes, ils éprouvent des difficultés quant à leur utilisation.
- Les médecins de moins de 50 ans rapportent davantage de difficultés à utiliser leurs compétences lorsque nécessaire, particulièrement ceux âgés de 35 à 49 ans.
- Les médecins de famille s'interrogent sur la spécificité de la médecine de famille au sein des équipes interprofessionnelles.
- On constate un écart croissant entre l'idéal professionnel inculqué lors de la formation et la réalité quotidienne de la pratique.
- Les médecins ne remettent pas en question la collaboration interprofessionnelle, mais ils soulèvent les nombreux enjeux externes qui la compromettent et les conséquences en termes de réorganisation du travail pour optimiser les rôles.
- On observe une transformation profonde dans la façon dont les médecins conçoivent leur identité professionnelle et leur rapport au travail.

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 constitue un enjeu crucial, engendrant des répercussions significatives sur la santé des populations et l'équité dans l'accès aux services de santé (OECD, 2020). 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.

L'évolution des contextes de pratique et des besoins en santé contribue donc à redéfinir les attentes envers les médecins de famille, qui doivent désormais conjuguer une expertise clinique très étendue avec des habiletés en gestion, en collaboration interprofessionnelle et en résolution de cas de plus en plus complexes, tout en naviguant dans un environnement de pratique marqué par des contraintes organisationnelles accrues. 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 de santé public (Côté et al., 2024 ; Drummond et al., 2022 ; Ha & Sun, 2023).

La recherche pour éclairer les transformations et défis de la médecine familiale

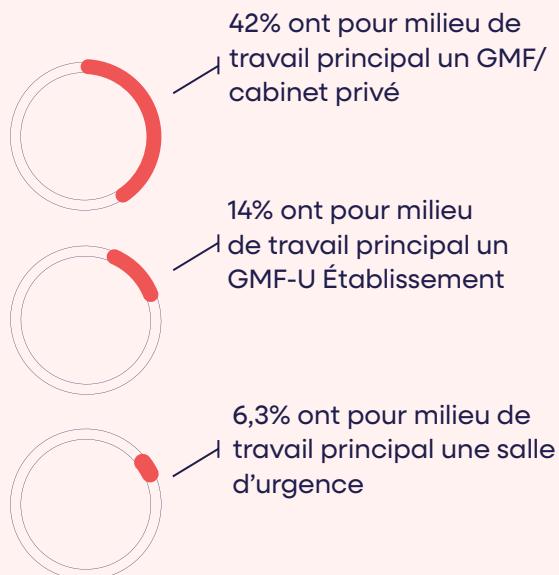
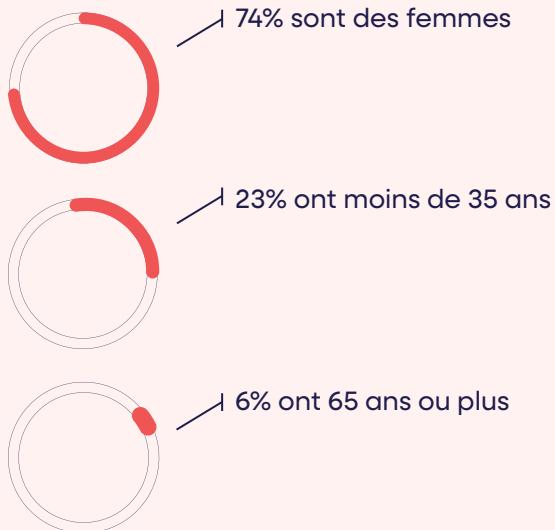
C'est dans ce contexte de transformation profonde que nous avons élaboré un projet de recherche pour examiner l'évolution de la médecine de famille au Québec. Cette approche visait à mieux comprendre comment les changements structurels et organisationnels en cours affectent l'expérience subjective des médecins de famille, leur rôle professionnel et leur capacité d'action dans un système de santé en mutation. Le projet comprenait un devis de recherche mixte combinant des volets quantitatifs et qualitatifs.

MÉTHODOLOGIE

Enquête quantitative	Enquête qualitative
<p>800 RÉPONDANTS *</p> <p>Questionnaire en ligne distribué à l'ensemble des médecins de famille.</p> <p>Sections du questionnaire :</p> <ol style="list-style-type: none">Profil de pratique : milieu(x) de pratique, horaire de travail, etc.L'exercice de la profession : compétences jugées importantes et capacité à les mobiliser.L'engagement : envers l'organisation, la profession, l'activité de travail.La collaboration : avec qui? Comment? À quelle fréquence?Profil sociodémographique : situation personnelle et familiale, conciliation travail-famille. <p>* L'échantillon a été rectifié en fonction de l'âge, du sexe et du milieu de pratique principale à l'aide de données administratives.</p>	<p>39 PARTICIPANTS</p> <p>Entrevues individuelles semi-dirigées auprès de plusieurs médecins de famille pratiquant au Québec.</p> <p>Sections du schéma d'entrevue :</p> <ol style="list-style-type: none">L'exercice de la profession : c'est quoi être un médecin de famille, l'évolution du rôle, les défis de la profession, les améliorations souhaitées dans le milieu de travail/dans le système de santé.La collaboration interprofessionnelle : les modes de collaboration, les enjeux en collaboration interprofessionnelle, les contraintes/les innovations.L'engagement au travail : les modes et les enjeux de l'engagement, les aspirations au et hors travail, le soutien perçu.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

Portrait des participants



Nous avons évalué les orientations et attitudes des répondants au questionnaire à l'égard de 15 compétences inspirées du référentiel CanMEDS. À l'aide d'échelles de Likert, les répondants au questionnaire étaient invités à noter l'importance qu'ils accordaient à chaque compétence dans l'exercice de leur pratique (de « Pas du tout important » à « Extrêmement important ») et à indiquer dans quelle mesure leurs conditions de pratique leur permettaient d'utiliser ces compétences lorsque nécessaire (de « Jamais » à « Toujours »). Une analyse factorielle a permis de regrouper les compétences en quatre catégories principales (tableau 1), et nous avons créé des indices permettant de distinguer entre une importance/utilisation faible ou forte pour chaque catégorie de compétences.

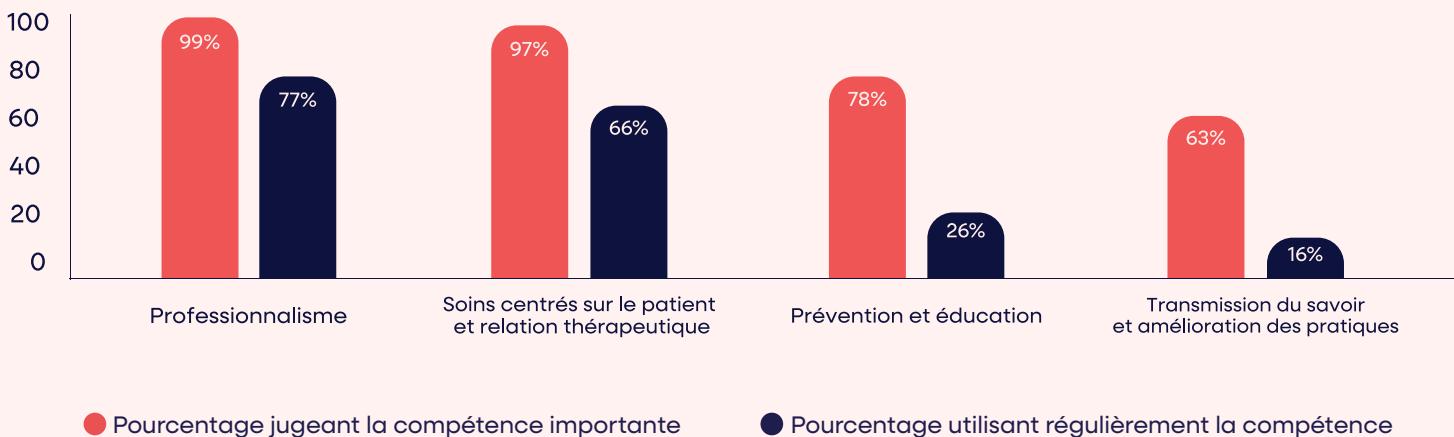
Tableau 1 : Regroupement des 15 compétences en 4 catégories principales

<p>1. PROFESSIONNALISME</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dispenser des soins sécuritaires et de grande qualité b) Maintenir vos compétences à jour c) Exercer votre pratique en cohérence avec vos valeurs d) Collaborer avec d'autres professionnels de la santé 	<p>2. SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT ET RELATION THÉRAPEUTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dispenser des soins centrés sur le patient b) Prendre le temps d'explorer la perspective du patient, ses craintes et perceptions sur la maladie, ses répercussions sur sa vie et ses attentes quant à la qualité des soins c) Pratiquer la décision partagée avec les patients et/ou leurs proches d) Épauler vos patients dans leurs démarches pour qu'ils aient accès aux ressources appropriées en temps voulu
<p>3. PRÉVENTION ET ÉDUCATION</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Adopter une démarche préventive de la santé et de la promotion du maintien de la santé des patients b) Faire de l'éducation à la santé auprès des patients et du public 	<p>4. TRANSMISSION DU SAVOIR ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Transmettre votre savoir aux collègues de travail b) Enseigner aux étudiants, aux résidents, à d'autres professionnels de la santé c) Contribuer à la diffusion et à la création de savoirs et de pratiques applicables à la santé d) Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein de vos équipes e) Participer à la gestion des ressources allouées aux soins de santé dans mon environnement de pratique

Nos résultats montrent d'abord que ces compétences sont largement reconnues comme importantes, en particulier celles liées au professionnalisme et aux soins centrés sur le patient et la relation thérapeutique (graphique 1).

Graphique 1

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

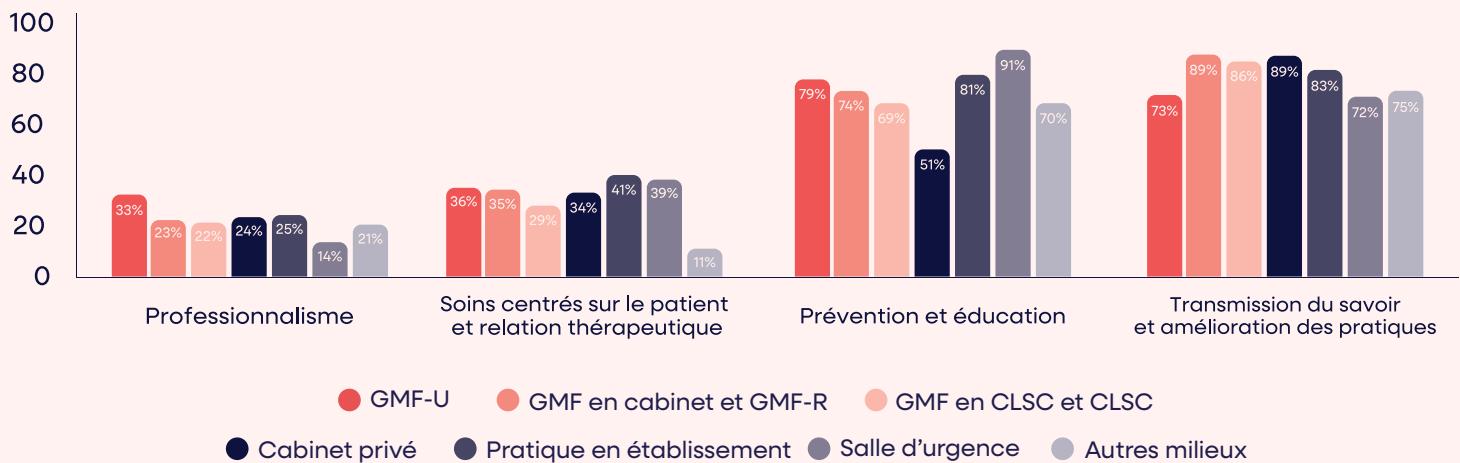


En revanche, l'utilisation de certaines compétences semble poser davantage de défis pour les répondants. Si une majorité des médecins déclarent utiliser régulièrement les compétences liées au professionnalisme (77%) et aux soins centrés sur le patient (66%), une proportion notable indique ne pas pouvoir les utiliser autant qu'ils le souhaiteraient (23% et 34%, respectivement). Les sous-compétences les plus problématiques à cet égard incluent le manque de temps pour explorer la perspective du patient et les difficultés à collaborer avec d'autres professionnels de la santé. Les compétences en prévention et éducation (26%) ainsi qu'en transmission du savoir et amélioration des pratiques (16%) sont celles qui posent le plus de problèmes en termes d'utilisation régulière. La majorité des médecins interrogés (respectivement 74% et 84 %) rapportent ne pas pouvoir utiliser ces compétences autant qu'ils le souhaiteraient. Bref, ce n'est pas tant l'importance des compétences qui est remise en question, mais bien leur utilisation dans la pratique quotidienne, où semblent se concentrer les principales difficultés rencontrées. Des analyses multivariées ont révélé que les caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins n'avaient pas d'influence significative sur la valeur accordée aux compétences. Cependant, certaines influençaient significativement **l'utilisation effective** de ces compétences dans la pratique.

En effet, les difficultés d'utilisation des compétences varient selon le milieu principal de pratique (graphique 2). Les médecins exerçant en salle d'urgence, et dans une moindre mesure en établissement et en GMF-U, rapportent davantage de difficultés à utiliser les compétences liées à la prévention et à l'éducation, ainsi qu'aux soins centrés sur le patient et la relation thérapeutique. À l'inverse, ces milieux semblent moins problématiques pour la transmission du savoir et l'amélioration des pratiques. Les médecins en CLSC rencontrent peu de difficultés à offrir des soins centrés sur le patient. En revanche, les médecins pratiquant en cabinet privé rapportent moins de difficultés pour la prévention et l'éducation, mais davantage pour transmettre leur savoir et participer à l'amélioration des pratiques.

Graphique 2

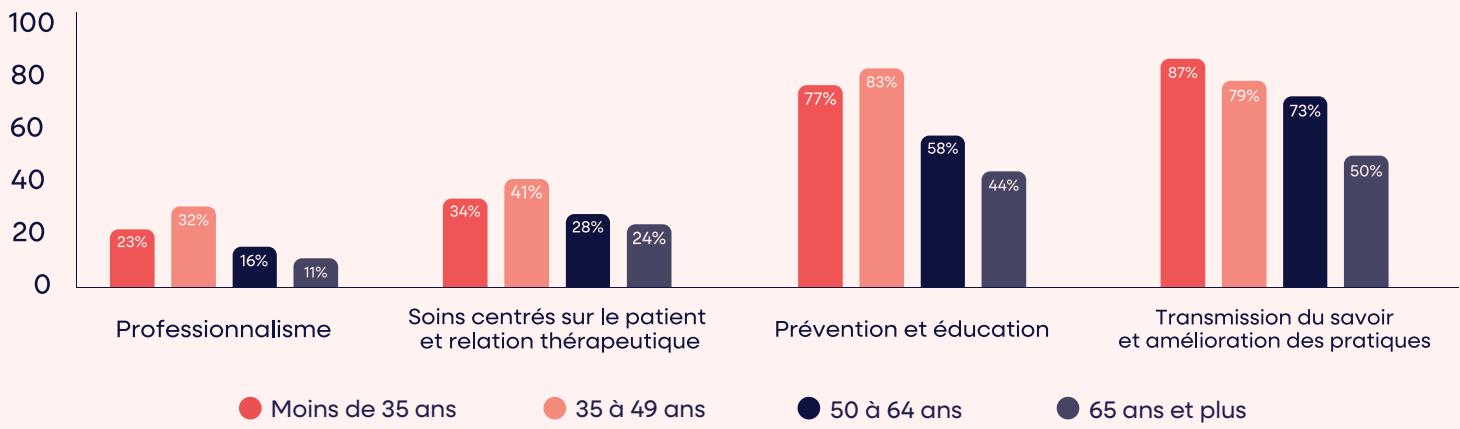
Proportions de médecins jugeant difficile l'utilisation des compétences, selon le type de compétence et le milieu de pratique principal (pourcentages)



On constate que les médecins de moins de 50 ans rapportent davantage de difficultés à utiliser leurs compétences, particulièrement ceux âgés de 35 à 49 ans, qui rencontrent le plus de défis dans presque toutes les catégories, à l'exception de la transmission du savoir et l'amélioration des pratiques où les moins de 35 ans sont les plus touchés (graphique 3). La prévention et l'éducation, ainsi que la transmission du savoir et l'amélioration des pratiques demeurent des catégories problématiques pour tous les groupes d'âge.

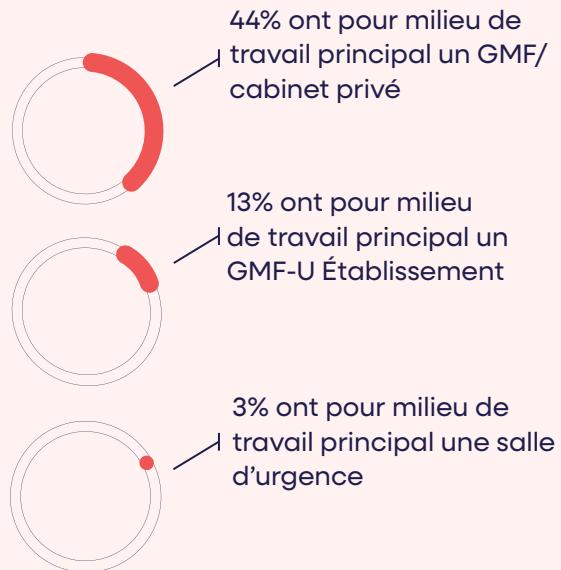
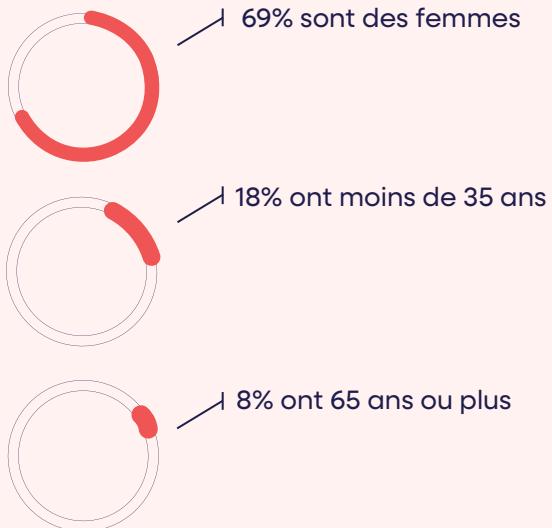
Graphique 3

Proportions de médecins jugeant difficile l'utilisation des compétences, selon le type de compétence et l'âge (pourcentages)



RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

Portrait des participants



Les résultats quantitatifs ont permis de mettre en évidence les défis liés à la mobilisation des compétences professionnelles chez les médecins de famille. Nos données suggèrent que des contraintes structurelles et organisationnelles limitent l'utilisation optimale de ces compétences, bien que leur importance soit largement reconnue. Le volet qualitatif de notre projet de recherche permet d'approfondir ces constats en explorant les expériences vécues **et met en lumière trois tensions majeures : entre autonomie dans l'exercice du rôle et pressions externes, entre l'idéal et la réalité de la pratique, et entre une culture professionnelle traditionnelle et des aspirations de carrière en évolution**. Ces tensions, qui influencent et remettent en question certains aspects de la pratique et de l'identité professionnelle des médecins de famille, soulèvent des enjeux cruciaux pour l'avenir de la profession, son attractivité et sa capacité à s'adapter aux défis actuels de la première ligne.

1. Tensions entre l'autonomie dans l'exercice du rôle et les pressions externes

La première tension fait référence à l'autonomie des médecins de famille dans l'exercice de leur rôle et aux pressions externes exercées, par exemple, par le gouvernement, d'autres professions et les patients et qui conduisent à une redéfinition de ce rôle.

Les pressions externes sont liées à :

La bureaucratisation croissante de la médecine familiale

« Les principaux défis, c'est l'amoncellement de paperasses, de résultats. [Ce sont] toutes les tracasseries administratives qui viennent avec les demandes de test, les différents programmes qu'on connaît plus ou moins, qui changent, qu'on n'a jamais le bon formulaire, etc. Ça, c'est lourd. Ce n'est pas de voir mes patients dans mon bureau qui est lourd. » (MED16, homme, 61 ans, GMF)

Une diminution du temps pour les soins directs aux patients

« Je sais que ce n'est pas possible d'être dans la globalité [des soins] avec le GAP actuel et les patients qui sont vus pour un problème en dix minutes. J'ai beaucoup de gens dans mon entourage, qui ne sont pas mes patients ni les familles de mes patients, et qui me disent que ce n'est pas facile d'aller vers ça. Et certains de mes collègues médecins de famille trouvent ça très, très, très difficile. » (MED18, femme, 35 ans, soins palliatifs)

Le sentiment d'empêtement des autres professions sur ce qui constitue le cœur de la médecine familiale

« Qu'est-ce que la médecine familiale, en réalité? C'est une question plate, mais je ne sais plus vraiment, car une infirmière praticienne peut faire mon travail. Ma valeur ajoutée se trouve donc dans tous les aspects compliqués et désagréables que les autres ne veulent pas aborder. Autrement, je suis remplaçable. Un pharmacien peut maintenant prescrire des médicaments et faire des ajustements. Alors qu'est-ce qui définit un médecin de famille par rapport aux autres professions? Eh bien, c'est ce que les autres ne veulent pas faire dans le domaine de la santé. »
(MED17, femme, 37 ans, GMF-U)

Un rôle de plus en plus utilisé pour compenser les lacunes du système, notamment les difficultés d'accès à des spécialistes et à des équipes interprofessionnelles stables

« La chose que je trouve le plus difficile, c'est d'essayer d'aider les patients d'une façon dont je ne suis pas vraiment formée. [...] Parce que c'est long de voir un spécialiste, donc j'essaie de gérer le problème jusqu'à ce que le patient le voie. Ou j'essaie de gérer un problème musculosquelettique, parce que le patient n'a pas les ressources pour voir un physiothérapeute... » (MED14, femme, 39 ans, GMF)

Des questions émergent : que devient le rôle spécifique des médecins de famille en première ligne? Est-ce que l'optimisation de leur rôle dans des équipes interprofessionnelles passe par le recours à leur expertise élargie ou leur expertise spécifique?

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

On observe un écart entre les idéaux de pratique intégrés à travers la socialisation lors de la formation et l'apprentissage de ce qu'est un bon médecin et la réalité quotidienne de la pratique. Cette situation semble avoir un impact sur l'engagement au travail et sur la satisfaction d'être médecin de famille.

Les tensions renvoient à :

- Un certain flou concernant la spécificité de la médecine familiale au sein d'équipes interprofessionnelles.
- Les pressions pour exercer une pratique à débit VS une identité professionnelle ancrée dans une approche plus globale de la médecine familiale.
- Le sentiment de négliger certaines dimensions de la médecine familiale, telles que la prévention et la dimension relationnelle des soins.
- L'efficacité perçue des médecins.

Paradoxalement, pratiquer une médecine « à débit », bien qu'elle augmente l'accès quotidien, a un impact direct sur l'efficacité perçue des médecins en raison des limites qu'elle impose à leur capacité d'informer les patients et à les impliquer dans leurs soins, à effectuer de meilleurs diagnostics basés sur une évaluation plus complète du patient et de son environnement.

« Nous sommes toujours tiraillés entre pouvoir offrir de bons soins comme on nous l'a appris, suivre les recommandations [des lignes directrices], fournir un service 5 étoiles, et d'autre part voir qu'il y a une population qui n'a pas d'accès et qui n'a pas 5, mais 0 étoile. Naturellement, il faut couper quelque part, mais où peut-on couper dans tout ça pour pouvoir encore offrir de bons soins, qui ne seront peut-être pas 5 étoiles, mais quand même pour offrir de bons soins et ouvrir plus d'accès? Ça, du moins pour moi, c'est une confrontation quotidienne ». (MED55, femme, 38 ans, GMF)

« [La prévention] est la première chose qui est escamotée et on se tire dans le pied. Le système entier se tire dans le pied quand on escamote cet élément-là qui est, quant à moi, primordial et est le nœud de la médecine familiale. »
(MED17, femme, 37 ans, GMF-U)

La collaboration interprofessionnelle : entre l'idéal et la pratique

En ce qui concerne la collaboration avec d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux, les résultats du sondage en ligne montrent qu'environ deux tiers des répondants participent à des échanges formels ou informels, et la moitié traite des cas nécessitant fréquemment une collaboration. Une variété de raisons justifie cette collaboration selon les médecins (ex. : améliorer la qualité des soins offerts aux patients, partager les compétences entre les différents professionnels de la santé, alléger les tâches de travail). À l'instar des résultats du sondage, les résultats qualitatifs montrent que les freins à la collaboration interprofessionnelle ne résident plus dans les **motivations** à collaborer. D'autres freins compromettent la **capacité** à collaborer, notamment le roulement important des professionnels de la santé et des services sociaux au sein des équipes interprofessionnelles. L'instabilité des équipes rend difficile le développement du lien de confiance sur lequel s'appuie une collaboration interprofessionnelle soutenue, tout en affectant la continuité des suivis auprès des patients.

« [Le roulement de personnel] n'affecte pas ma motivation à collaborer, mais ça affecte ma capacité à collaborer. Parce que quand [les infirmières] sont nouvelles, elles ne savent pas comment on fonctionne, il faut qu'elles se le fassent enseigner. Elles n'ont pas tous la même expérience. Donc oui, pendant un certain temps, celle qui s'occupe des infirmières à notre clinique, elle va dire : « Ne demandez pas telle ou telle chose à elle parce qu'elle n'est pas rendue là ». Donc oui c'est sûr qu'en bout de ligne, ça nous affecte. » (MED40, femme, 60 ans, GMF)

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

La troisième tension renvoie aux exigences du rôle professionnel des médecins de famille qui semblent entrer en conflit avec d'autres rôles sociaux et identités. De nombreux médecins ne se définissent plus uniquement par leur profession.

Les changements évoqués en lien avec cette tension :

- Une redéfinition de la place du travail dans la définition de soi
- Une redéfinition du temps souhaité passé au travail
- Une remise en question du statut privilégié des médecins par rapport à d'autres professions de la santé

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.

« Moi, je suis MED75 avec tout ce que ça représente et ce que ça ne représente pas aussi. MED75 exerce comme métier la médecine, mais je ne me définis pas par mon métier. Ce n'est pas juste ça ce que je suis, je suis un père aussi, je suis un fils, je suis un conjoint, je suis un ami. J'aime ça mettre de l'énergie à m'impliquer dans des causes environnementales. Mais on dirait que quand tu as choisi la médecine, tu es bien payé, donc ferme ta gueule, fais ce que la société attend de toi, puis travaille en masse. Puis c'est comme si tout notre temps, il faudrait le mettre sur ça. » (MED75, homme, 44 ans, hôpital/soins palliatifs)

« C'est un melting pot de plein d'affaires, c'est la culture du milieu médical où c'est très valorisé d'en faire toujours plus et de se pousser à bout, de dire « ben voyons, ton collègue lui il en voit 20 par jour, tu pourrais en voir plus ». Cette culture de performance, couplée aux attentes des patients qui sont infinies, couplée au manque d'empathie que j'ai eue quand j'avais eu les périodes où je n'allais pas bien, [...] aux demandes du collège qui sont complètement irréalistes, des demandes du gouvernement qui sont irréalistes. Je me suis dit : « Peu importe combien d'heures je donne à cet emploi-là, peu importe ce que je donne, ça ne sera jamais assez pour personne, ni pour le collège, ni pour mes patients, ni pour mes collègues ». (MED48, femme, 37 ans, GMF)

CONCLUSION

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 soins de première ligne. Cette situation agit sur toutes les dimensions du Quintuple objectif pour l'amélioration des soins, en compromettant l'expérience des usagers, la capacité des équipes d'agir efficacement pour améliorer la santé, des pertes de productivité et d'efficience permettant d'optimiser le rendement des ressources injectées et aussi des inéquités, car ce sont souvent les usagers vulnérables qui sont touchés plus durement.

Le quintuple objectif d'amélioration des soins de santé

- | | |
|---|--|
| 1. Amélioration de l'expérience patient | 4. Amélioration de l'expérience des dispensateurs de soins |
| 2. Amélioration des résultats pour les patients | 5. Équité en santé globale |
| 3. Réduction des coûts | |

Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022;327(6):521–522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>

Ces constats soulignent l'urgence d'une réflexion concertée sur 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.

Plusieurs pistes de solution émergent de cette analyse :

1. Offrir les ressources et les conditions d'intégrations 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.

Bibliographie :

- Côté, N., Freeman, A., Desjardins, L., & 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/SES2024-002002>
- 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.
- 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/>
- OECD (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. Paris: OECD Editions.

Équipe de recherche :

- **Nancy Côté**, Professeure agrégée, Département des relations industrielles, Université Laval et VITAM Centre de recherche en santé durable. Chaire de recherche du Canada en sociologie du travail et des organisations de santé
- **Charles Fleury**, Professeur titulaire, Département des relations industrielles, Université Laval et VITAM
- **Andrew Freeman**, Professeur agrégé, École des sciences en réadaptation, Université Laval et VITAM
- **Jean-Louis Denis**, Professeur titulaire, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto
- **Daniel Mercure**, Professeur émérite, Département de sociologie, Université Laval
- **Marie-Dominique Beaulieu**, Professeure émérite, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal
- **Sonia Sylvain**, Directrice, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval
- **Hubert Doyon**, Professionnel de recherche, VITAM
- **Laurent Desjardins**, Étudiant au doctorat en sociologie, Université Laval

Liste des organismes ayant participé au comité consultatif du projet :

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Fédération des Médecins Résidents du Québec (FMRQ)
- Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- DRMG – Bas-Saint-Laurent
- Directions des services professionnels (DSP) de Montréal et Québec

Financement :

- Les résultats présentés sont tirés d'un projet de recherche qui a été subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
- Le projet a également reçu le soutien financier de VITAM – Centre de recherche en santé durable.

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). *Projet sur l'évolution de la médecine de famille au Québec. Rapport abrégé*. VITAM - Centre de recherche en santé durable. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Vitam_MDF_Rapport%20abr%C3%A9g%C3%A9.pdf

Coordonnées

Nancy Côté : nancy.cote@rlt.ulaval.ca

[Consulter la fiche synthèse](#)



VITAM
CENTRE DE RECHERCHE
EN SANTÉ DURABLE



UNIVERSITÉ
Laval

Université
de Montréal



Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada