CIRANO

Allier savoir et décision

PROFIL DES MÉDECINS DE FAMILLE EN EXERCICE AU QUÉBEC SELON LA RÉPARTITION DU TEMPS DE TRAVAIL (ENTRE DÉCEMBRE 2023 ET JUILLET 2024)



NADIA SOURIAL
JOPHILDY KIAMBATI
SARAH ADI

RP

2026RP-23
RAPPORT DE PROJET

CIRANO
Allier savoir et décision

Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not intended for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – *CIRANO Partners*

Partenaires corporatifs - Corporate Partners	**Partenaires gouvernementaux - Governmental partners**	**Partenaires universitaires - University Partners**
Autorité des marchés financiers	Ministère des Finances du Québec	École de technologie supérieure
Banque de développement du Canada	Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie	École nationale d'administration publique
Banque du Canada	Innovation, Sciences et Développement Économique Canada	HEC Montréal
Banque Nationale du Canada	Ville de Montréal	Institut national de la recherche scientifique
Bell Canada		Polytechnique Montréal
BMO Groupe financier		Université Concordia
La Caisse		Université de Montréal
Énergir		Université de Sherbrooke
Hydro-Québec		Université du Québec
Intact Corporation Financière		Université du Québec à Montréal
Mouvement Desjardins		Université Laval
Power Corporation du Canada		Université McGill
Pratt & Whitney Canada		
VIA Rail Canada		

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web. *CIRANO collaborates with many centres and university research chairs; list available on its website.*

© Octobre 2026. Nadia Sourial, Jophildy Kiambati, Sarah Adi. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

ISSN 1499-8629 (version en ligne)

Profil des médecins de famille en exercice au Québec selon la répartition du temps de travail (entre décembre 2023 et juillet 2024)

***Nadia Sourial*[*],**

***Jophildy Kiambati*[†], *Sarah Adi*[‡]**

Résumé

Depuis plusieurs années, le système de santé québécois fait face à des enjeux persistants d'accès aux soins de première ligne et de continuité de la prestation de services. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) envisage des réformes visant à optimiser l'accès et la continuité relationnelle, tout en garantissant une meilleure qualité des soins. Or, la mise en œuvre de ces réformes nécessite une compréhension approfondie de la répartition du temps de travail des médecins de famille. À partir d'une analyse secondaire des données d'un sondage mené auprès de médecins de famille en exercice au Québec entre 2023 et 2024, ce rapport examine la répartition du temps consacré aux différentes tâches de la pratique selon des caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles. Les résultats montrent que les deux tiers du temps travaillé déclaré par les médecins de famille sont consacrés aux soins directs. De plus, l'équivalent d'une journée de travail par semaine est dédié aux tâches administratives, dont une part importante pourrait être déléguée à d'autres professionnels. L'analyse révèle également des variations notables selon les lieux de pratique, tant dans le nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux différentes tâches que dans le nombre de patients vus par heure de soins directs, ce qui met en évidence plusieurs profils de pratique distincts selon les activités et les lieux de pratique des médecins de famille. En documentant la diversité des pratiques en médecine de famille, cette étude offre un appui empirique pour mieux comprendre l'organisation du travail des médecins de famille dans le contexte des réformes en cours.

Abstract

For several years, the Quebec healthcare system has faced persistent challenges related to access to and continuity of primary care. In this context, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) is considering reforms aimed at optimizing access and relational continuity, while ensuring improved quality of care. However, implementing

[*] Chercheuse principale : PhD, Professeure agrégée, Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé, École de Santé Publique, Université de Montréal, Chercheuse CIRANO

[†] Professionnel de recherche : MD, MSc, Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

[‡] Professionnelle de recherche : MSc, CRCHUM

these reforms requires a thorough understanding of how family physicians allocate their working time.
Based on a secondary analysis of survey data collected from family physicians practicing in Quebec between 2023 and 2024, this report examines how time devoted to different practice-related tasks varies according to sociodemographic and organizational characteristics. The results show that two-thirds of the time reported as worked by family physicians is devoted to direct patient care. In addition, the equivalent of one full working day per week is dedicated to administrative tasks, a significant portion of which could be delegated to other professionals.
The analysis also reveals notable variations depending on practice settings, both in the number of weekly hours devoted to different tasks and in the number of patients seen per hour of direct care. This highlights several distinct practice profiles based on physicians' activities and practice locations. By documenting the diversity of practices in family medicine, this study provides empirical support to better understand the organization of family physicians' work in the context of ongoing reforms.

Mots-clés/Keywords : Soins primaires, médecine de famille, répartition du temps de travail, profils de pratique / Primary care, family medicine, time allocation, practice profiles

Remerciements : Nous tenons à remercier le CIRANO pour le soutien apporté à ce projet ainsi que la Dre Géraldine Layani pour sa contribution à l'interprétation des résultats.

Pour citer ce document / To quote this document
Sourial, N., Kiambati, J. , & Adi, S. (2026). Profil des médecins de famille en exercice au Québec selon la répartition du temps de travail (entre décembre 2023 et juillet 2024) (2026RP-23, Rapports de projets, CIRANO.) https://doi.org/10.54932/WLRS6319

Table des matières

1 INTRODUCTION 3

1.1 OBJECTIF 4

2 MÉTHODOLOGIE 5

2.1 DEVIS DE L'ÉTUDE 5
2.2 POPULATION CIBLE 5
2.3 RAPPEL SUR LE SONDAGE 5
2.4 VARIABLES 6
2.5 ANALYSES STATISTIQUES 9
2.6 APPROBATION ÉTHIQUE 10

3 RÉSULTATS 10

3.1 RÉPARTITION DU TEMPS SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES 11
3.1.1 Genre 11
3.1.2 Le fait d'avoir ou non des personnes à charge 14
3.1.3 Nombre d'années de pratique 16
3.2 RÉPARTITION DU TEMPS SELON LES CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES 19
3.2.1 Population géographique desservie 19
3.2.2 Principal lieu de pratique 21
3.2.3 Mode de rémunération 25
3.3 PROFILS DISTINCTS SELON LA RÉPARTITION DES HEURES TRAVAILLÉES 27

4 CONCLUSION 32

5 RÉFÉRENCES 36

Tableau 1 : Items sélectionnés du sondage pour l'analyse de la répartition du temps de travail des médecins de famille ayant participé à la première étude (de décembre 2023 à juin 2024) 7
Tableau 2 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le genre (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 12
Tableau 3 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le genre (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013) 13
Tableau 4 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le fait d'avoir ou non des personnes à charge (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 15
Tableau 5 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le fait d'avoir ou non des personnes à charge (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013) 16
Tableau 6 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le nombre d'années de pratique de la médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 17
Tableau 7 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le nombre d'années de pratique de la médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013) 18
Tableau 8 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon la population géographique desservie (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 20
Tableau 9 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon la population géographique desservie (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013) 21
Tableau 10 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le principal lieu de pratique (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 23
Tableau 11 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le lieu de pratique principal (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 24
Tableau 12 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le mode de rémunération (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 25
Tableau 13 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le mode de rémunération (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013) 26
Tableau 14 : Différences des heures travaillées à travers les trois profils sur la répartition du travail des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 29
Tableau 15 : Caractéristiques sociodémographiques des trois profils sur la répartition du travail des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 30
Tableau 16 : Caractéristiques organisationnelles des trois profils sur la répartition du travail des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252) 31

Figure 1 : Profils selon la répartition des heures travaillées des médecins de famille en exercice au Québec (de décembre 2023 à juillet 2024) (N = 1 252) 27

1 Introduction

Depuis de nombreuses années, le système de santé québécois fait face à des défis majeurs et évolutifs. L'augmentation de la population, combinée au vieillissement de celle-ci, entraîne une croissance marquée des maladies chroniques et des comorbidités (Commissaire à la santé et au bien-être, 2024; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025a). Cette évolution démographique complexifie la prise en charge des patients, exige des suivis médicaux plus fréquents et accroît la pression sur les services de première ligne. Malgré les efforts déployés pour renforcer l'accès aux soins de première ligne et la continuité relationnelle, ceux-ci demeurent insuffisants pour répondre à l'ensemble des besoins des Québécois (Gouvernement du Québec, 2025). Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a proposé en mai 2025 le projet de loi n° 106, révisé en projet de loi n° 2 en octobre 2025. Cette loi vise à « instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services ». Le contenu de ce projet de loi et son entrée en vigueur ont été reportés au 28 février 2026, à la suite d'une entente de principe qui est en cours de discussion avec la FMOQ et ses adhérents (Morin-Martel, 2025). En misant sur des modes de rémunération adaptés et sur une gestion axée sur les résultats, ce projet de loi a pour but d'optimiser l'accès et la continuité relationnelle, tout en garantissant une meilleure qualité des soins.

Pour orienter efficacement ces réformes en cours, il est essentiel de disposer de données fiables et détaillées sur l'organisation actuelle de la pratique de la médecine de famille au Québec. Ces informations facilitent la compréhension de la réalité du travail des médecins de famille et la prise de décision éclairée visant à optimiser leur contribution à la prise en charge des patients en première ligne. Or, les données disponibles sur la répartition du temps de travail des médecins selon leurs profils variés et les différentes tâches de leur pratique demeurent limitées (Kralj *et al.*, 2024). Cela réduit ainsi la capacité des décideurs à élaborer des politiques adaptées aux contraintes réelles des médecins de famille (Michaud *et al.*, 2025). La pratique de la médecine de famille au Québec se caractérise par une grande diversité de profils, influencés par des facteurs sociodémographiques (p. ex., le

genre, le fait d'avoir ou non des personnes à charge ou le nombre d'années de pratique) et organisationnels (p. ex., la population géographique desservie, le principal lieu de pratique ou le mode de rémunération). De plus, les tâches des médecins ne se limitent pas aux soins directs aux patients, mais comprennent également l'enseignement et la supervision, les tâches administratives et les tâches de gestion. Il est crucial de comprendre la façon dont ces variables modulent la répartition du temps de travail pour améliorer l'accès aux soins et la continuité relationnelle, deux enjeux majeurs dans un contexte marqué par la complexité croissante des besoins de santé.

Ainsi, ce rapport a pour objectif de mieux comprendre la répartition du temps de travail des médecins de famille en fonction des différentes tâches exercées. Il vise à fournir des données détaillées et fiables sur cette répartition, ainsi qu'à déterminer les variations qui pourraient exister en fonction de différentes caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles.

Ce rapport utilise les résultats d'une analyse secondaire des données d'un sondage mené dans le cadre d'une étude sur le mieux-être des médecins de famille en exercice au Québec. Bien que cette étude ne visait pas à explorer la répartition du temps de travail des médecins de famille, le sondage a permis de recueillir de riches données sur les caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles, sur le temps consacré aux différentes tâches de la pratique médicale ainsi que sur le nombre de patients vus par jour.

1.1 Objectif

La présente étude vise à informer sur l'organisation de la pratique des médecins de famille au Québec, en répondant à l'objectif suivant :

- Examiner la répartition du travail des médecins de famille en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles.

2 Méthodologie

2.1 Devis de l'étude

Cette étude est une analyse transversale secondaire des données d'un sondage anonyme mené de décembre 2023 à juillet 2024 dans le cadre d'une étude intitulée *État du mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille au Québec et facteurs associés*. Cette première étude, qui a été menée en collaboration étroite avec la Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille, visait à décrire l'état actuel du mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille en exercice au Québec, ainsi qu'à examiner les facteurs démographiques et organisationnels qui y sont associés. Le rapport des résultats du sondage est en cours de validation et sera publié sous peu. Ainsi, la présente étude vient analyser de manière plus détaillée ces informations recueillies principalement sur l'organisation du travail des médecins de famille.

2.2 Population cible

La population cible regroupait l'ensemble des médecins de famille en exercice au Québec, sans distinction d'âge, de genre ou de type de pratique. En date de décembre 2023, cette population était estimée à 10 591 médecins, selon les données du Collège des médecins du Québec (Collège des médecins du Québec, 2023).

2.3 Rappel sur le sondage

Le questionnaire a été élaboré par l'équipe de recherche et s'est inspiré du sondage national de 2021 de l'Association médicale canadienne, dont les propriétés psychométriques ont été validées (Canadian Medical Association, 2022). Le contenu du questionnaire a fait l'objet d'un processus de validation par l'équipe de recherche et le comité de suivi de la Table de valorisation.

Il comprenait 36 questions réparties en 7 volets :

1. Caractéristiques démographiques (4 questions)
2. Caractéristiques de la pratique (5 questions)
3. Organisation du travail (15 questions)

4. Satisfaction au travail (4 questions)
5. Mieux-être (5 questions)
6. Perceptions des actions sur le mieux-être et la satisfaction au travail des médecins de famille au Québec (2 questions)
7. Commentaires (1 question)

Le questionnaire a été distribué par voie électronique à l'ensemble de la population cible grâce à l'appui de différents partenaires clés pour sa diffusion. La participation était volontaire et anonyme, et les répondants étaient informés des objectifs de l'étude, de la confidentialité de leurs données et de leur droit de se retirer en tout temps.

2.4 Variables

Cette étude s'est appuyée sur trois volets du précédent sondage, soit les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques organisationnelles de la pratique et les caractéristiques liées à l'organisation du travail en médecine de famille. Les variables des caractéristiques sociodémographiques sélectionnées comprenaient le genre, le fait d'avoir ou non des personnes à charge et le nombre d'années de pratique. Les caractéristiques organisationnelles de la pratique incluaient la population géographique desservie, le principal lieu de pratique et le mode de rémunération. En raison d'enjeux de fiabilité des résultats, la variable du mode de rémunération a été dichotomisée selon la présence ou non d'une composante « tarif à l'acte ». Enfin, les caractéristiques liées à l'organisation du travail comprenaient le nombre moyen de patients vus par semaine et le nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux quatre principaux types de tâches, soit les soins directs aux patients, l'enseignement et la supervision, les tâches administratives et les tâches de gestion.

Certaines variables, soit le genre, le fait d'avoir ou non des personnes à charge, le nombre d'années de pratique et le principal lieu de pratique, présentaient des données manquantes, notamment en raison des réponses « ne sait pas », « préfère ne pas répondre » ou « autre ».

Le tableau 1 présente les différentes questions du sondage analysées par cette étude.

Tableau 1 : Items sélectionnés du sondage pour l'analyse de la répartition du temps de travail des médecins de famille ayant participé à la première étude (de décembre 2023 à juin 2024)

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
Quel est votre genre?
Femme
Homme
Non-binaire
Préfère ne pas répondre
Avez-vous des personnes à charge dont vous êtes le principal responsable?
Oui, j'ai un/des enfant(s) de moins de 18 ans
Oui, je m'occupe d'un parent, d'un membre de la famille ou d'un ami qui a des problèmes de santé physique ou mentale à long terme
Non
Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine de famille au Canada, à temps plein ou à temps partiel?
<5 années
6 – 10 années
11 – 15 années
16 – 20 années
21 – 25 années
26 – 30 années
31 – 35 années
36 – 40 années
41 années ou plus
CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES DE LA PRATIQUE
Lequel des éléments suivants décrit le mieux la population géographique desservie par votre PRINCIPAL (le plus de jours travaillés) lieu de pratique?
Ville/région urbaine (plus de 100 000 habitants)
Petite ville/banlieue (entre 30 000 et 100 000 habitants)
Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre PRINCIPAL (le plus de jours travaillés) lieu de travail?
CLSC (Centre local de services communautaires)
Cabinet (Clinique médicale)
Hôpital
CHSLD/MDA (Centre d'hébergement de soins de longue durée/Maisons des aînés)
Soins à domicile
Si vous travaillez en GMF (Groupe de médecine de famille) dans un CLSC ou un cabinet, veuillez indiquer dans quel(s) type(s) de GMF vous travaillez. Si mixte, veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent
Groupe de médecine de famille (GMF)
Groupe de médecine de famille - Accès-réseau (GMF-AR)
Groupe de médecine de famille - Universitaire (GMF-U)

Parmi les secteurs d'activité suivants, lesquels considérez-vous comme faisant partie de votre pratique de médecine de famille?
Prise en charge/suivi de patientèle en bureau (cabinet, GMF et/ou CLSC)
Soins périnataux/obstétriques
Soins pédiatriques
Pratique gériatrique intraétablissement
Soins de longue durée (CHSLD, MDA, Ressources intermédiaires)
Soins à domicile (autres que soins palliatifs)
Soins palliatifs à domicile
Soins palliatifs en maison de soins palliatifs
Soins palliatifs en milieu hospitalier
Services d'urgence (incluant CLSC de réseau de garde)
Soins intensifs
Hospitalisation en soins de courte durée
Soins aux populations marginalisées, démunies et vulnérables (par exemple, réfugiés, populations en itinérance, dépendance)
Soins aux populations autochtones
Enseignement au premier cycle
Supervision en GMF-U
Supervision hors GMF-U
Poste de gestion
Autre (veuillez préciser)
Veuillez sélectionner la/les modalité(s) comprise(s) dans votre rémunération.
Tarif à l'acte
CARACTÉRISTIQUES LIÉES À L'ORGANISATION DU TRAVAIL
En moyenne, combien de patients voyez-vous au cours d'une semaine de travail?
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez habituellement aux soins directs aux patients au cours d'une semaine
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez habituellement aux tâches administratives reliées à la prise en charge des patients (documentation électronique, courriels, ordonnances, commande d'examens, etc.) au cours d'une semaine
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez à l'enseignement ou à la supervision au cours d'une semaine
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez aux tâches de gestionnaire au cours d'une semaine

2.5 Analyses statistiques

Dans un premier temps, comme la vérification de la qualité des données et les analyses descriptives avaient déjà été réalisées dans l'étude originale, la présente étude s'est limitée à une analyse descriptive approfondie des données d'intérêt. Celle-ci s'intéresse au nombre et à la proportion d'heures consacrées à chaque type de tâches (soins directs aux patients, enseignement et supervision, tâches administratives, tâches de gestion) en fonction des caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles des médecins de famille ayant participé à l'étude originale et du nombre de patients vus par heure de soins directs. À noter que, dans ce contexte d'étude descriptive, la prudence s'impose quant à l'interprétation des résultats, car la possibilité d'établir des liens de causalité à partir des résultats est exclue.

D'abord, le nombre total d'heures travaillées par semaine a été calculé en considérant la somme des heures consacrées aux quatre principaux types de tâches constituant la pratique de la médecine de famille. Malgré la présence d'une question au sondage sur le nombre total d'heures travaillées par semaine, ce recalcul a été nécessaire, car les données issues de cette question présentaient des incohérences par rapport à la somme de ces types de tâches.

Ensuite, le nombre de patients vus par heure de soins directs a été estimé en divisant le nombre de patients vus par semaine par le nombre moyen d'heures consacrées aux soins directs aux patients. À l'exception de la variable « principal lieu de pratique », les analyses descriptives en lien avec le nombre de patients vus par heure de soins directs ont été réalisées uniquement pour le sous-échantillon ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau, soit la majorité des répondants (1013 ou 80,9 %), afin d'assurer des comparaisons plus justes entre les différentes caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles. Pour la variable « principal lieu de pratique », l'analyse a été menée auprès de l'ensemble des répondants afin de pouvoir comparer les différents lieux de pratique, y compris en première et en deuxième ligne. Afin d'atténuer l'incidence des valeurs extrêmes, les résultats ont été rapportés en médiane plutôt qu'en moyenne, accompagnés des premier et troisième quartiles (Q1 et Q3) pour refléter la variabilité des données. Les

pourcentages du temps de travail hebdomadaire consacré à chaque type de tâches ont également été rapportés.

Dans un second temps, une méthode d'apprentissage automatique (analyse hiérarchique agglomérative) a été utilisée afin de dégager des profils distincts de médecins de famille selon la répartition de leur temps de travail entre les types de tâches. La distance euclidienne a été utilisée comme mesure de dissimilarité, et la méthode de Ward a été appliquée pour former des groupes minimisant la variance intragroupe. Une représentation graphique des profils, appelée « dendrogramme », a été réalisée afin de visualiser le regroupement des médecins de famille en profils. Ces profils permettent de caractériser les modes de pratique distincts des médecins, ce qui offre un portrait plus nuancé de l'organisation du travail en médecine de famille.

Pour garantir la confidentialité, un seuil minimal de cinq individus par regroupement a été appliqué à travers tous les résultats.

2.6 Approbation éthique

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Le sondage a été diffusé sans collecte d'identifiants personnels.

3 Résultats

L'échantillon était constitué de 1 252 médecins de famille ayant répondu au questionnaire dans son intégralité, pour un taux de participation de 11,8 % (1 252 sur 10 591). La représentativité de cet échantillon par rapport à l'ensemble des médecins de famille en exercice au Québec avait été établie dans l'étude originale, notamment en ce qui concerne les caractéristiques démographiques (âge moyen de 45,7 ans, avec une légère surreprésentation des femmes, soit 69,5 %) et les secteurs d'activité (80,9 % des participants rapportaient faire de la prise en charge et/ou du suivi de la patientèle en cabinet [GMF et/ou CLSC]).

De façon globale, les participants rapportaient travailler en médiane 50 heures par semaine, ce qui est cohérent avec les données de l'Association médicale canadienne (AMC)

(Canadian Medical Association, 2022). Ils rapportaient également voir en médiane 2,0 patients par heure de soins directs.

De plus, les participants indiquaient consacrer 65,6 % de leur temps aux soins directs aux patients, 3,5 % à l'enseignement et à la supervision, 20,1 % aux tâches administratives et 3 % aux tâches de gestion. Ces proportions sont conformes aux données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) concernant la proportion de temps consacré aux tâches administratives (Canadian Institute for Health Information, 2020; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024). Selon les participants, 19,7 % du temps consacré aux soins directs et 37,4 % de celui consacré aux tâches administratives pourraient être délégués à d'autres professionnels. Cette estimation est comparable à celle rapportée par l'Association médicale canadienne (AMC) et la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante (FCEI), qui indiquent qu'environ la moitié des tâches administratives pourraient être déléguées ou éliminées (Canadian Medical Association and Canadian Federation of Independent Business, 2026).

3.1 Répartition du temps selon les caractéristiques sociodémographiques

Dans l'ensemble, peu de différences ont été observées dans le nombre d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches. De même, le nombre de patients vus par heure de soins directs variait peu selon les caractéristiques sociodémographiques.

3.1.1 Genre

Le nombre médian total d'heures travaillées par semaine était similaire entre les genres, soit 51 heures pour les hommes et 50 heures pour les femmes (tableau 2). Les hommes rapportaient consacrer une proportion légèrement plus élevée de leur temps aux soins directs aux patients (67,2 %), comparativement aux femmes (64,9 %). Ce résultat est conforme à la littérature rapportant que les femmes médecins tendent à consacrer moins d'heures aux soins directs en raison des différences de rôle de genre et des responsabilités familiales (Weizblit *et al.*, 2009; Wilkinson *et al.*, 2020). En contrepartie, comparativement

aux hommes, les femmes consacraient une proportion un peu plus élevée de leur temps à l'enseignement et à la supervision (3,8 % c. 2,6 %), ainsi qu'aux tâches administratives (21,3 % c. 19,2 %).

Tableau 2 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le genre (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Types de tâches liés à la pratique de la médecine de famille	**Femme** N= 872	**Homme** N= 364	**Ensemble des médecins de famille** N= 1 252
Soins directs aux patients			
Médiane (heures [%])	32,0 (64,9)	35,0 (67,2)	32,0 (65,6)
Q1/Q3 (heures [%])	25,0/40,0 (54,5/74,1)	29,8/40,0 (57,1/76,9)	25,0/40,0 (54,9/75,0)
Enseignement et supervision			
Médiane (heures [%])	2,0 (3,8)	2,0 (2,6)	2,0 (3,5)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/6,0 (0,0/11,4)	0,0/5,0 (0,0/10,9)	0,0/6,0 (0,0/11,1)
Tâches administratives			
Médiane (heures [%]]	10,0 (21,3)	10,0 (19,2)	10,0 (20,1)
Q1/Q3 (heures [%])	6,0/15,0 (15,0/29,2)	5,0/15,0 (12,5/26,7)	6,0/15,0 (14,3/28,6)
Tâches de gestion			
Médiane (heures [%])	1,0 (2,8)	2,0 (3,5)	1,0 (3,0)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/5,0 (0,0/8,0)	0,0/5,0 (0,0/9,1)	0,0/5,0 (0,0/8,3)
Heures totales			
Médiane (heures)	50,0	51,0	50,0
Q1/Q3 (heures)	42,0/59,0	43,8/60,0	42,0/60,0

Remarques :

1. Le genre comptait 8 données manquantes.

2. Les pourcentages présentés dans le tableau correspondent à la proportion du temps total de travail hebdomadaire consacré à chaque type de tâche. Par exemple, la moitié des médecins de famille consacrait un maximum de 65,6 % (médiane) de leur temps de travail hebdomadaire total aux soins directs aux patients, et la moitié centrale y consacrait entre 54,9 % (Q1) et 75,0 % (Q3).

Chez les répondants ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau, le nombre médian de patients vus par heure de soins directs était légèrement plus élevé chez les hommes (2,1 patients/heure) que chez les femmes (1,8 patient/heure) (tableau 3). En considérant un nombre moyen de 32 heures consacrées aux soins directs par semaine,

cette différence de 0,3 patient vu par heure se traduit par environ 9 patients supplémentaires vus par semaine chez les hommes. La littérature explique cette différence en soulignant que les femmes médecins de famille adoptent généralement une approche plus holistique, consacrant davantage de temps aux aspects sociaux et psychologiques des patients, ce qui se traduit par un nombre inférieur de patients vus par heure (Ganguli *et al.*, 2020; Roter *et al.*, 2002).

Ces observations rejoignent les constats du rapport de Michaud *et al.* (2025) concernant l'influence limitée du genre sur l'offre de soins. En effet, les auteurs notent que, même si un nombre croissant de médecins, notamment de femmes, manifestent un attachement moins marqué à la pratique clinique, l'évolution de la proportion de médecins de sexe féminin a peu d'effet sur la réduction moyenne du nombre de jours travaillés, de patients uniques vus ou de visites. En effet, les variations résiduelles, non expliquées par l'âge ou le genre, demeurent dominantes (Michaud *et al.*, 2025).

Tableau 3 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le genre (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013)

	Femme N= 713	**Homme** N= 292	**Ensemble des médecins de famille ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau** N= 1 013
Médiane (patients/heure)	1,8	2,1	2,0
Q1/Q3 (patients/heure)	(1,5/2,3)	(1,7/2,7)	(1,5/2,5)

Remarque : Le genre comptait 8 données manquantes dans cette sous-population.

3.1.2 Le fait d'avoir ou non des personnes à charge

Les participants ayant des personnes à charge rapportaient consacrer un nombre médian légèrement inférieur d'heures de soins directs aux patients (32,0 heures), comparativement aux personnes n'ayant pas de personnes à charge (34,0 heures) (tableau 4). À noter que, chez les médecins ayant des personnes à charge, les femmes rapportaient consacrer un nombre inférieur d'heures en soins directs (30,5 heures), comparativement aux hommes (35,0 heures). Ce résultat concorde avec la littérature, qui démontre que le fait d'avoir ou non des personnes à charge est associé à une réduction du temps de travail chez les femmes, mais pas chez les hommes (Wang & Sweetman, 2013).

De plus, les participants ayant des personnes à charge rapportaient consacrer une proportion légèrement inférieure de leur temps aux soins directs aux patients (64,5 %), comparativement aux personnes n'ayant pas de personnes à charge (66,7 %). En revanche, la proportion du temps consacré à l'enseignement et à la supervision, ainsi qu'aux tâches de gestion, était légèrement plus élevée chez les participants ayant des personnes à charge, comparativement à ceux qui n'en avaient pas (4,2 % c. 2,4 % et 3,7 % c. 2,4 %, respectivement). Il n'existait cependant pas de différence quant au nombre médian total d'heures travaillées par semaine (50 heures), indépendamment du fait d'avoir ou non des personnes à charge. Chez les médecins ayant des personnes à charge, il semble donc y avoir une redistribution du temps de travail des soins directs vers l'enseignement, la supervision et la gestion.

Tableau 4 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le fait d'avoir ou non des personnes à charge (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Types de tâches liés à la pratique de la médecine de famille	**Ayant des personnes à charge** N= 718	**N'ayant pas de personnes à charge** N= 516	**Ensemble des médecins de famille** N= 1 252
Soins directs aux patients			
Médiane (heures [%])	32,0 (64,5)	34,0 (66,7)	32,0 (65,6)
Q1/Q3 (heures [%])	25,0/40,0 (53,2/73,7)	28,0/40,0 (57,7/76,9)	25,0/40,0 (54,9/75,0)
Enseignement et supervision			
Médiane (heures [%])	2,0 (4,2)	1,0 (2,4)	2,0 (3,5)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/6,0 (0,0/12,7)	0,0/5,0 (0,0/9,4)	0,0/6,0 (0,0/11,1)
Tâches administratives			
Médiane (heures [%])	10,0 (20,0)	10,0 (21,2)	10,0 (20,1)
Q1/Q3 (heures [%])	6,0/15,0 (14,3/28,6)	6,0/15,0 (14,3/28,6)	6,0/15,0 (14,3/28,6)
Tâches de gestion			
Médiane (heures [%])	2,0 (3,7)	1,0 (2,0)	1,0 (3,0)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/5,0 (0,0/9,3)	0,0/3,3 (0,0/6,7)	0,0/5,0 (0,0/8,3)
Heures totales			
Médiane (heures)	50,0	50,0	50,0
Q1/Q3 (heures)	43,0/59,0	41,0/60,0	42,0/60,0

Remarque : Le fait d'avoir ou non des personnes à charge comptait 18 données manquantes.

Chez les répondants ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau, le nombre médian de patients vus par heure de soins directs était similaire entre les médecins ayant des personnes à charge (1,9 patient/heure) et ceux n'en ayant pas (2,0 patients/heure) (tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le fait d'avoir ou non des personnes à charge (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013)

		Ayant des personnes à charge N= 57	**N'ayant pas de personnes à charge** N= 429	**Ensemble des médecins de famille ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau** N= 1 013
Médiane (patients/heure)		1,9	2,0	2,0
Q1/Q3 (patients/heure)		(1,5/2,4)	(1,5/2,5)	(1,5/2,5)

Remarque : Le fait d'avoir ou non des personnes à charge comptait 12 données manquantes dans cette sous-population.

3.1.3 Nombre d'années de pratique

Le nombre médian total d'heures travaillées par semaine par les médecins était relativement stable en début de carrière, atteignait son pic en milieu de carrière, puis diminuait progressivement en fin de carrière (tableau 6). La proportion du temps consacré aux soins directs augmentait avec l'expérience, passant d'environ 64-67 % chez les médecins ayant moins de 15 ans de pratique à près de 68-70 % chez ceux en ayant plus de 30. À l'inverse, l'enseignement et la supervision occupaient une proportion plus importante du temps chez les médecins en début de carrière (4-7 % du temps), mais devenaient presque absents chez les médecins ayant plus de 25 ans de pratique (médiane de 0 heure). Chez les répondants ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau, le nombre médian de patients vus par heure de soins directs variait peu selon le nombre d'années de pratique de la médecine de famille et se situait autour de 2,0 patients/heure (tableau 7). Le tout début de carrière (<5 années) présentait un nombre légèrement plus faible (1,7 patient/heure), ce qui concorde avec ce qui est rapporté dans la littérature (Li *et al.*, 2025). Cependant, l'analyse du nombre médian de patients vus par heure selon le nombre d'années de pratique et le genre révèle une divergence : à partir de 26 ans de pratique, le nombre de patients vus augmentait chez les hommes, mais diminuait chez les femmes (Orton & Pereira Gray, 2016).

Tableau 6 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le nombre d'années de pratique de la médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Types de tâches liés à la pratique de la médecine de famille	**<5 années** N= 243	**6 – 10 années** N= 258	**11 – 15 années** N= 181	**16 – 20 années** N= 133	**21 – 25 années** N= 100	**26 – 30 années** N= 110	**31 – 35 années** N= 78	**36 – 40 années** N= 90	**41 années ou plus** N= 58	**Ensemble des médecins de famille** N= 1 252
Soins directs aux patients										
Médiane (heures [%])	35,0 (66,7)	32,0 (64,5)	32,0 (64,0)	30,0 (60,0)	35,0 (64,2)	35,0 (68,9)	34,0 (68,2)	30,0 (70,2)	30,0 (67,5)	32,0 (65,6)
Q1/Q3 (heures [%])	30,0/40,0 (57,8/75,8)	25,0/40,0 (54,4/71,4)	25,0/40,0 (52,1/75,0)	25,0/36,0 (50,0/70,2)	26,5/40,0 (52,7/72,7)	28,5/40,0 60,0/76,9)	30,0/40,0 (60,8/75,0)	20,0/38,6 (59,1/79,9)	15,0/35,0 (53,2/80,0)	25,0/40,0 (54,9/75,0)
Enseignement et supervision										
Médiane (heures [%])	2,0 (4,7)	2,0 (4,2)	4,0 (7,1)	4,0 (5,6)	2,0 (3,7)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	2,0 (3,5)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/5,0 (0,0/10,6)	0,0/5,0 (0,0/11,0)	0,0/8,0 (0,0/14,5)	0,0/8,0 (0,0/13,9)	0,0/8,0 (0,0/14,4)	0,0/3,0 (0,0/6,4)	0,0/2,8 (0,0/6,2)	0,0/3,8 (0,0/7,2)	0,0/3,8 (0,0/6,8)	0,0/6,0 (0,0/11,1)
Tâches administratives										
Médiane (heures [%])	10,0 (21,9)	10,0 (21,8)	10,0 (18,0)	10,0 (21,7)	10,0 (20,0)	10,0 (20,6)	10,0 (20,5)	10,0 (20,3)	8,0 (18,5)	10,0 (20,1)
Q1/Q3 (heures [%])	7,5/15,0 (15,6/30,0)	8,0/15,0 (15,4/30,0)	5,0/12,0 (12,5/25,0)	6,0/15,0 (14,3/30,0)	8,0/15,0 (12,8/29,2)	5,3/15,0 (15,4/27,5)	6,0/15,0 (12,6/27,3)	4,0/12,0 (15,0/28,5)	4,0/10,0 (13,6/25,8)	6,0/15,0 (14,3/28,6)
Tâches de gestion										
Médiane (heures [%])	0,0 (0,0)	2,0 (3,8)	2,0 (4,2)	2,0 (4,4)	2,0 (4,5)	2,0 (3,4)	1,0 (2,4)	0,0 (0,0)	1,0 (2,7)	1,0 (3,0)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/3,0 (0,0/4,8)	0,0/5,0 (0,0/9,1)	1,0/5,0 (1,6/10,0)	0,0/6,0 (0,0/14,3)	0,0/5,0 (0,0/8,5)	0,0/5,0 (0,0/9,1)	0,0/4,8 (0,0/8,9)	0,0/2,0 (0,0/5,6)	0,0/3,8 (0,0/8,0)	0,0/5,0 (0,0/8,3)
Heures totales										
Médiane (heures)	51,0	50,0	51,0	50,0	54,0	52,0	48,0	45,0	44,0	50,0
Q1/Q3 (heures)	45,0/60,0	44,0/60,0	45,0/60,0	43,0/60,0	45,0/60,3	45,0/59,8	41,0/55,8	32,5/54,0	26,5/52,0	42,0/60,0

Remarque : Le nombre d'années de pratique comptait une donnée manquante.

Tableau 7 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le nombre d'années de pratique de la médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013)

	<5 années N= 211	**6 – 10 années** N= 218	**11 – 15 années** N= 130	**16 – 20 années** N= 106	**21 – 25 années** N= 69	**26 – 30 années** N= 96	**31 – 35 années** N= 67	**36 – 40 années** N= 71	**41 années ou plus** N= 45	**Ensemble des médecins de famille ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau** N= 1 013
Médiane (patients/heure)	1,7	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,2	2,1	2,0	2,0
Q1/Q3 (patients/heure)	(1,3/2,2)	(1,5/2,5)	(1,5/2,2)	(1,7/2,5)	(1,7/2,4)	(1,5/2,5)	(1,5/2,5)	(1,6/2,5)	(1,7/2,5)	(1,5/2,5)

3.2 Répartition du temps selon les caractéristiques organisationnelles

Dans l'ensemble, le nombre d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches et le nombre de patients vus par heure de soins directs variaient peu selon la population géographique desservie et le mode de rémunération, mais présentaient des différences plus marquées selon le principal lieu de pratique.

3.2.1 Population géographique desservie

Les participants qui desservaient une région rurale rapportaient un nombre médian total d'heures travaillées par semaine légèrement plus élevé (51,8 heures), comparativement à ceux exerçant en ville ou dans une petite ville (50 heures) (tableau 8), ce qui concorde avec ce qui est rapporté dans la littérature (Wang & Sweetman, 2013).

Les participants exerçant en ville rapportaient consacrer une proportion un peu plus élevée de leur temps à l'enseignement et à la supervision (4,8 %) que ceux pratiquant en petite ville et en région rurale (2,2 % et 2,9 %, respectivement). Par ailleurs, les médecins en région rurale déclaraient consacrer une proportion légèrement plus élevée de leur temps aux tâches administratives (22,2 %) par rapport à ceux exerçant dans une petite ville et en ville (21,3 % et 19,6 %, respectivement).

Tableau 8 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon la population géographique desservie (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Types de tâches liés à la pratique de la médecine de famille	**Ville** N= 657	**Petite ville** N= 321	**Région rurale** N= 274	**Ensemble des médecins de famille** N= 1 252
Soins directs aux patients				
Médiane (heures [%])	32,0 (66,6)	33,0 (66,2)	35,0 (64,1)	32,0 (65,6)
Q1/Q3 (heures [%])	25,0/40,0 (53,6/75,0)	28,0/40,0 (56,6/75,0)	28,0/40,0 (56,2/74,0)	25,0/40,0 (54,9/75,0)
Enseignement et supervision				
Médiane (heures [%))	3,0 (4,8)	1,0 (2,2)	1,5 (2,9)	2,0 (3,5)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/8,0 (0,0/13,8)	0,0/5,0 (0,0/10,0)	0,0/5,0 (0,0/8,0)	0,0/6,0 (0,0/11,1)
Tâches administratives				
Médiane (heures [%])	10,0 (19,6)	10,0 (21,3)	12,0 (22,2)	10,0 (20,1)
Q1/Q3 (heures [%])	5,0/15,0 (12,5/27,3)	8,0/15,0 (15,9/28,6)	8,0/15,0 (16,0/30,8)	6,0/15,0 (14,3/28,6)
Tâches de gestion				
Médiane (heures [%])	1,0 (2,4)	2,0 (3,5)	2,0 (3,5)	1,0 (3,0)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/5,0 (0,0/8,2)	0,0/5,0 (0,0/8,8)	0,0/5,0 (0,0/7,9)	0,0/5,0 (0,0/8,3)
Heures totales				
Médiane (heures)	50,0	50,0	51,8	50,0
Q1/Q3 (heures)	42,0/60,0	43,0/58,0	43,3/60,0	42,0/60,0

Chez les répondants ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau, le nombre médian de patients vus par heure de soins directs variait peu selon la population géographique desservie (tableau 8). Il était légèrement plus élevé en ville

(2,0 patients/heure) que dans les petites villes (1,9 patient/heure) et en région rurale (1,7 patient/heure). Cette différence se traduit par environ 9 patients supplémentaires vus par semaine pour les médecins pratiquant en ville par rapport à ceux travaillant en région rurale. Ce résultat concorde avec les données de l'ICIS, selon lesquelles, en 2023-2024, les médecins de famille en région rurale ou éloignée affichaient un nombre moyen de consultations inférieur à celui des médecins exerçant en région urbaine, reflétant possiblement des contraintes liées à la complexité des besoins des patients et à l'accès aux services dans ces milieux (Institut canadien d'information sur la santé, 2025).

Tableau 9 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon la population géographique desservie (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013)

	Ville N= 499	**Petite ville** N= 264	**Région rurale** N= 250	**Ensemble des médecins de famille ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau** N= 1 013
Médiane (patients/heure)	2,0	1,9	1,7	2,0
Q1/Q3 (patients/heure)	(1,6/2,5)	(1,5/2,4)	(1,4/2,2)	(1,5/2,5)

3.2.2 Principal lieu de pratique

Les participants dont le principal lieu de pratique était l'hôpital déclaraient travailler un nombre d'heures hebdomadaires médian plus élevé (54 heures) et consacrer une proportion moindre de leur temps aux tâches administratives (14,3 %). À l'inverse, ceux exerçant en soins à domicile rapportaient une charge de travail moindre (40 heures) et une proportion plus élevée de temps dédiée aux tâches administratives (28,6 %) par rapport à leurs pairs pratiquant principalement dans d'autres milieux (tableau 10). Ce résultat contraste avec ceux du rapport de Clavet et Michaud (2025), selon lequel le nombre moyen

de jours travaillés était plus élevé chez ceux exerçant principalement en clinique médicale privée et en GMF que chez ceux pratiquant à l'hôpital (Clavet & Michaud, 2025). En effet, la présente étude s'appuie sur les heures hebdomadaires autodéclarées, alors que Clavet et Michaud (2025) utilisent une mesure du nombre de jours travaillés dérivée des données de facturation, en appliquant une définition qui exclut les journées dont les revenus facturés sont inférieurs à un certain seuil. Une journée très chargée et une journée moins chargée mais au-dessus du seuil seraient donc comptées de la même manière. Ces différences méthodologiques dans la mesure du temps de travail pourraient donc partiellement expliquer cette divergence dans les résultats.

De plus, les participants pratiquant principalement en GMF-U consacraient une plus petite proportion de leur temps aux soins directs aux patients (53,1 %), au profit d'une part plus importante à l'enseignement et à la supervision (17,5 %). Cette répartition reflète le rôle de ces médecins dans la supervision des résidents, lesquels assurent eux-mêmes une part des soins directs. Contrairement à l'approche de supervision pratiquée par d'autres spécialistes, tous les cas vus en supervision en GMF-U sont révisés par les médecins de famille patrons. Dans ce contexte, l'enseignement et la supervision en GMF-U pourraient être considérés comme des soins directs aux patients. Ainsi, le nombre d'heures consacrées à la fois aux soins directs et à la supervision deviendrait alors comparable à celui observé dans les autres milieux de pratique.

À l'inverse, les participants travaillant en GMF-AR et en GMF rapportaient consacrer une proportion plus élevée de leur temps aux soins directs aux patients (71,9 % et 69 % respectivement) et ne déclaraient quasiment pas d'heures dédiées à l'enseignement et à la supervision (médiane de 0 heure).

Tableau 10 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le principal lieu de pratique (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Types de tâches liés à la pratique de la médecine de famille	**GMF-AR** N= 72	**GMF-U** N= 172	**GMF** N= 389	**CLSC** N= 97	**Soins à domicile** N= 10	**CHSLD** N= 11	**Hôpital** N= 194	**Ensemble des médecins de famille** N= 1 252
Soins directs aux patients								
Médiane (heures [%])	35,0 (71,9)	25,0 (53,1)	35,0 (69,0)	30,0 (63,2)	15,0 (55,0)	30,0 (58,8)	35,0 (65,5)	32,0 (65,6)
Q1/Q3 (heures [%])	30,0/40,0 (66,4/78,6)	20,0/35,0 (44,0/63,5)	30,0/40,0 (61,4/76,9)	25,0/35,0 (54,5/72,0)	10,5/27,5 (37,9/70,2)	20,0/38,5 (55,2/71,3)	30,0/40,0 (53,5/76,9)	25,0/40,0 (54,9/75,0)
Enseignement et supervision								
Médiane (heures [%])	0,0 (0,0)	9,0 (17,5)	0,0 (0,0)	2,0 (2,8)	0,3 (1,0)	3,0 (6,3)	4,0 (7,7)	2,0 (3,5)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/3,0 (0,0/6,9)	6,0/12,0 (12,4/25,6)	0,0/2,0 (0,0/3,3)	0,0/5,0 (0,0/9,6)	0,0/4,0 (2,4/15,0)	0,5/10,0 (0,7/19,4)	1,0/8,0 (0,0/8,7)	0,0/6,0 (0,0/11,1)
Tâches administratives								
Médiane (heures [%])	10,0 (19,5)	10,0 (18,2)	11,0 (23,8)	10,0 (24,2)	12,5 (28,6)	10,0 (20,0)	8,0 (14,3)	10,0 (20,1)
Q1/Q3 (heures [%])	7,0/12,0 (15,1/28,6)	5,0/12,0 (13,5/22,8)	10,0/15,0 (18,2/30,0)	8,0/18,0 (17,9/33,3)	5,0/18,8 (18,4/49,7)	3,5/16,5 (13,3/27,4)	4,0/15,0 (7,2/24,9)	6,0/15,0 (14,3/28,6)
Tâches de gestion								
Médiane (heures [%])	0,0 (0,0)	1,0 (4,1)	1,0 (2,7)	1,0 (3,2)	1,0 (1,8)	2,0 (3,8)	2,0 (3,0)	1,0 (3,0)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/3,0 (0,0/5,7)	0,0/5,3 (0,0/13,9)	0,0/4,0 (0,0/7,2)	0,0/3,0 (0,0/7,0)	0,0/2,5 (0,0/6,5)	0,5/3,5 (1,4/7,1)	0,0/5,0 (0,0/9,2)	0,0/5,0 (0,0/8,3)
Heures totales								
Médiane (heures)	48,0	50,0	50,0	50,0	40,0	50,0	54,0	50,0
Q1/Q3 (heures)	42,8/52,3	41,0/59,1	44,0/58,0	40,0/56,0	28,6/47,0	43,0/61,5	45,0/66,8	42,0/60,0

Remarque : Le principal lieu de pratique comptait 307 données manquantes.

Chez l'ensemble des répondants, le nombre médian de patients vus par heure de soins directs variait peu selon le principal lieu de pratique et se situait autour de 1,9 patient/heure (tableau 11).

Le nombre était plus élevé en GMF-AR (2,3 patients/heure), possiblement en raison d'une proportion plus importante de consultations sans rendez-vous dans ces établissements (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025b). À l'inverse, le nombre était plus faible en GMF-U (1,7 patient/heure), comparé aux autres types de GMF (2,0 et 2,3 patients/heure), ce qui pourrait s'expliquer par le temps supplémentaire consacré à la supervision. Le nombre était également plus faible en soins à domicile (1,3 patient/heure), ce qui pourrait refléter à la fois la lourdeur des cas et le temps requis pour les déplacements (Billard, 2008).

Tableau 11 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le lieu de pratique principal (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

	GMF-AR N= 72	**GMF-U** N= 172	**GMF** N= 389	**CLSC** N= 97	**Soins à domicile** N= 10	**CHSLD** N= 11	**Hôpital** N= 194	**Ensemble des médecins de famille** N= 1 252
Médiane (patients/heure)	2,3	1,7	2,0	1,7	1,3	2,0	1,7	1,9
Q1/Q3 (patients/heure)	(1,9/2,7)	(1,3/2,1)	(1,6/2,5)	(1,4/2,1)	(0,9/1,5)	(1,2/2,3)	(1,2/2,4)	(1,5/2,5)

Remarque : Le principal lieu de pratique comptait 307 données manquantes.

3.2.3 Mode de rémunération

Il n'y avait pas de différence quant au nombre médian total d'heures travaillées par semaine (50 heures) selon le mode de rémunération (tableau 12). Les participants dont la rémunération incluait le tarif à l'acte rapportaient consacrer une proportion légèrement plus élevée de leur temps aux soins directs aux patients (66,7 %), comparativement à ceux dont la rémunération n'incluait pas de tarif à l'acte (60,0 %). Cependant, ces derniers tendaient à consacrer davantage de temps à l'enseignement et à la supervision (9,4 %), comparativement à leurs pairs (2,0 %).

Tableau 12 : Nombre et pourcentage d'heures hebdomadaires consacrées par type de tâches, selon le mode de rémunération (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Types de tâches liés à la pratique de la médecine de famille	**Rémunération comprenant une portion de tarif à l'acte,** N= 931	**Rémunération ne comprenant pas une portion de tarif à l'acte,** N= 321	**Ensemble des médecins de famille,** N= 1 252
Soins directs aux patients			
Médiane (heures [%])	35,0 (66,7)	30,0 (60,0)	32,0 (65,6)
Q1/Q3 (heures [%])	30,0/40,0 (57,7/75,5)	20,0/36,0 (46,5/70,2)	25,0/40,0 (54,9/75,0)
Enseignement et supervision			
Médiane (heures [%])	1,0 (2,0)	5,0 (9,4)	2,0 (3,5)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/5,0 (0,0/8,7)	0,0/10,0 (0,0/19,0)	0,0/6,0 (0,0/11,1)
Tâches administratives			
Médiane (heures [%])	10,0 (21,3)	10,0 (18,2)	10,0 (20,1)
Q1/Q3 (heures [%])	8,0/15,0 (15,4/28,9)	5,0/15,0 (10,2/26,8)	6,0/15,0 (14,3/28,6)
Tâches de gestion			
Médiane (heures [%])	1,0 (2,6)	2,0 (3,8)	1,0 (3,0)
Q1/Q3 (heures [%])	0,0/4,0 (0,0/7,7)	0,0/5,0 (0,0/12,5)	0,0/5,0 (0,0/8,3)
Heures totales			
Médiane (heures)	50,0	50,0	50,0
Q1/Q3 (heures)	43,0/60,0	40,0/59,5	42,0/60,0

Chez les répondants ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau, le nombre médian de patients vus par heure de soins directs variait peu selon le mode de rémunéra tion (tableau 13). Le nombre était légèrement plus élevé chez les médecins dont

la rémunération comprenait une portion de tarif à l'acte (2,0 patients/heure) que chez ceux dont la rémunération n'en comprenait pas (1,7 patient/heure). Ce résultat pourrait refléter des différences dans le type de pratique, notamment chez les médecins exerçant en GMF-U, qui consacrent davantage de temps à l'enseignement et à la supervision. Cette différence se traduit par environ 9 patients supplémentaires vus par semaine pour les médecins payés en partie par tarif à l'acte par rapport à ceux rémunérés uniquement par rémunération mixte ou à tarif horaire.

Tableau 13 : Nombre de patients vus par heure de soins directs, selon le mode de rémunération (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 013)

	Rémunération comprenant une portion de tarif à l'acte, N= 800	**Rémunération ne comprenant pas une portion de tarif à l'acte,** N= 213	**Ensemble des médecins de famille ayant déclaré faire de la prise en charge ou travailler en bureau,** N= 1 013
Médiane (patients/heure)	2,0	(1,6/2,5)	2,0
Q1/Q3 (patients/heure)	1,7	(1,3/2,0)	(1,5/2,5)

3.3 Profils distincts selon la répartition des heures travaillées

Les résultats de l'analyse hiérarchique agglomérative font état de trois profils distincts de participants, illustrés à la figure 1.

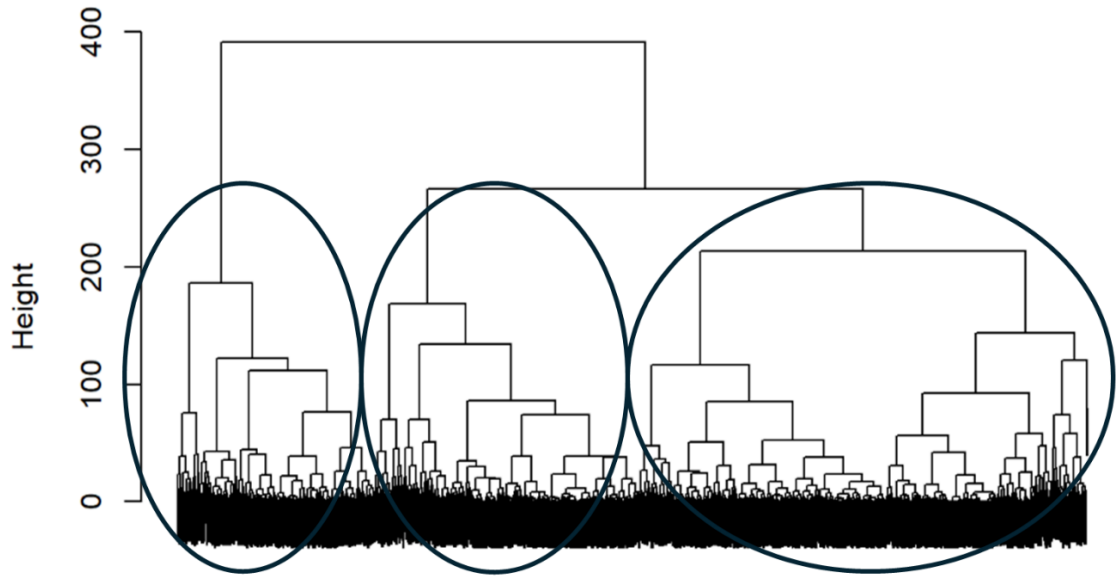


Figure 1 : Profils selon la répartition des heures travaillées des médecins de famille en exercice au Québec (de décembre 2023 à juillet 2024) (N = 1 252)

Les tableaux 14, 15 et 16 décrivent ces trois différents profils, selon les caractéristiques démographiques et organisationnelles des participants.

Le profil 1, représentant environ un quart des participants, correspondait à une pratique de moindre intensité, les médecins déclarant travailler en moyenne 39 heures par semaine. Ce profil était constitué plus fréquemment de femmes et de médecins ayant des personnes à charge ou en fin de carrière, comparativement aux deux autres profils. Sur le plan de l'organisation de la pratique, les participants de ce profil exerçaient plus souvent en milieu urbain, étaient plus fréquemment affiliés à un GMF-U, contribuaient relativement moins aux soins directs, mais davantage à l'enseignement et à la supervision, et déclaraient moins souvent le tarif à l'acte comme mode de rémunération.

Le profil 2, représentant environ la moitié des participants, correspondait à un groupe dont les caractéristiques se rapprochaient de la moyenne générale. Ces participants déclaraient travailler environ 50 heures par semaine. En ce qui concerne l'organisation de la pratique, la majorité des participants faisaient de la prise en charge de patients, avaient un mode de rémunération comprenant le tarif à l'acte, desservaient plus souvent les petites villes et rapportaient travailler en GMF plus souvent que les deux autres profils.

Enfin, le profil 3, qui était constitué d'environ le quart des participants, correspondait à des médecins de famille travaillant à plus forte intensité, soit 59,5 heures. Ce profil comportait une représentation relativement plus élevée d'hommes et de médecins en début de carrière que les deux autres profils. Quant à l'organisation de la pratique, les médecins de famille associés à ce profil se démarquaient par le fait qu'ils travaillaient plus souvent à l'hôpital, à l'urgence ou en GMF-AR et déclaraient plus fréquemment un mode de rémunération comprenant le tarif à l'acte que les deux autres profils.

Les résultats observés dans cette analyse rejoignent les constats du rapport de Clavet et Michaud (2025) concernant les profils de médecins à faible et forte intensité de pratique, tout en mettant en évidence un profil intermédiaire. En effet, le profil 1 de la présente étude correspondrait au profil à faible intensité décrit dans le rapport de Clavet et Michaud (2025), tant par sa prévalence (environ 20 % des médecins) que par les caractéristiques liées au genre, à l'âge et aux types de tâches effectuées (soins directs, enseignement, supervision) (Clavet & Michaud, 2025). De même, le profil 3 s'apparenterait au profil à forte intensité proposé par ces auteurs, notamment en ce qui concerne le genre et l'âge. Toutefois, une divergence est observée quant au principal lieu de travail : leur profil regroupe davantage de médecins exerçant en clinique médicale privée et en GMF, et moins en milieu hospitalier (Clavet & Michaud, 2025). Cette divergence mériterait d'être explorée plus en profondeur.

Tableau 14 : Différences des heures travaillées à travers les trois profils sur la répartition du travail des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Répartition des heures de travail par tâches	**Profil 1** (21,7 %) N= 272	**Profil 2** (49,4 %) (N= 618)	**Profil 3** (28,9 %) (N= 362)
Nombre d'heures total/semaine, Médiane (Q1/Q3)	39,0 (30,0/44,3)	50,0 (45,0/57,0)	59,5 (52,0/65,0)
Soins directs aux patients, Médiane (Q1/Q3)	20,0 (15,0/24,0)	32,0 (30,0/35,0)	40,0 (40,0/48,0)
Enseignement et supervision, Médiane (Q1/Q3)	3,0 (0,0/8,0)	1,8 (0,0/5,0)	2,0 (0,0/6,0)
Tâches administratives, Médiane (Q1/Q3)	8,0 (4,0/10,3)	12,0 (8,0/18,0)	10,0 (5,3/12,0)
Tâches de gestion, Médiane (Q1/Q3)	1,9 (0,0/6,0)	1,0 (0,0/4,0)	1,0 (0,0/4,0)

Tableau 15 : Caractéristiques sociodémographiques des trois profils sur la répartition du travail des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Caractéristiques démographiques	**Profil 1** (21,7 %) (N= 272)	**Profil 2** (49,4 %) (N= 618)	**Profil 3** (28,9 %) (N= 362)
Genre			
Femme, n (%)	208 **(76,5)**	430 (69,6)	234 (64,6)
Homme, n (%)	63 (23,2)	177 (28,6)	124 **(34,3)**
Le fait d'avoir ou non des personnes à charge			
Ayant des personnes à charge, n (%)	168 **(61,8)**	347 (56,1)	203 (56,1)
N'ayant pas de personnes à charge, n (%)	102 (37,5)	260 (42,1)	154 (42,5)
Nombre d'années de pratique			
<5 années, n (%)	25 (9,2)	135 (21,8)	83 (22,9)
6 – 10 années, n (%)	54 (19,9)	132 (21,4)	72 (19,9)
11 – 15 années, n (%)	41 (15,1)	81 (13,1)	59 (16,3)
16 – 20 années, n (%)	35 (12,9)	70 (11,3)	28 (7,7)
21 – 25 années, n (%)	22 (8,1)	47 (7,6)	31 (8,6)
26 – 30 années, n (%)	20 (7,4)	55 (8,9)	35 (9,7)
31 – 35 années, n (%)	17 (6,2)	40 (6,5)	21 (5,8)
36 – 40 années, n (%)	35 **(12,9)**	33 (5,3)	22 (6,1)
41 années ou plus, n (%)	23 **(8,5)**	24 (3,9)	11 (3,0)

Remarques :

1. Les valeurs en gras indiquent des caractéristiques des profils se distinguant davantage des autres.
2. Le genre comptait 8 données manquantes, le fait d'avoir ou non des personnes à charge, 18, et le nombre d'années de pratique, 1.

Tableau 16 : Caractéristiques organisationnelles des trois profils sur la répartition du travail des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N= 1 252)

Caractéristiques organisationnelles	**Profil 1** (21,7 %) (N= 272)	**Profil 2** (49,4 %) (N= 618)	**Profil 3** (28,9 %) (N= 362)
Population géographique desservie			
Ville, n (%)	158 **(58,1)**	308 (49,8)	191 (52,8)
Petite ville, n (%)	63 (23,2)	171 **(27,7)**	87 (24,0)
Région rurale, n (%)	51 (18,8)	139 (22,5)	84 (23,2)
Principal lieu de pratique			
GMF-AR, n (%)	9 (3,3)	36 (5,8)	27 **(7,5)**
GMF, n (%)	52 (19,1)	222 (**35,9**)	115 (31,8)
GMF-U, n (%)	77 **(28,3)**	67 (10,8)	28 (7,7)
CHSLD, n (%)	- *	-	-
CLSC, n (%)	23 (8,5)	60 (9,7)	14 (3,9)
Hôpital, n (%)	31 (11,4)	82 (13,3)	81 **(22,4)**
Soins à domicile, n (%)	6 (2,2)	-	-
Mode de rémunération			
Rémunération comprenant le tarif à l'acte, n (%)	155 (57,0)	493 (79,8)	283 (78,2)
Rémunération ne comprenant pas une portion de tarif à l'acte, n (%)	117 **(43,0)**	125 (20,2)	79 (21,8)
Secteurs d'activité			
Prise en charge, n (%)	209 (76,8)	523 **(84,6)**	281 (77,6)
Soins périnataux/obstétriques, n (%)	49 (18,0)	107 (17,3)	103 **(28,5)**
Soins pédiatriques, n (%)	125 (46,0)	279 (45,1)	179 (49,4)
Pratique gériatrique intraétablissement, n (%)	28 (10,3)	97 (15,7)	56 (15,5)
Soins de longue durée, n (%)	53 (19,5)	133 (21,5)	78 (21,5)
Soins à domicile, n (%)	14 (5,1)	24 (3,9)	15 (4,1)
Soins palliatifs à domicile, n (%)	43 (15,8)	120 (19,4)	54 (14,9)
Soins palliatifs en maison de soins palliatifs, n (%)	9 (3,3)	35 (5,7)	19 (5,2)
Soins palliatifs en milieu hospitalier, n (%)	25 (9,2)	104 (16,8)	53 (14,6)
Service d'urgence, n (%)	23 (8,5)	119 (19,3)	100 **(27,6)**

Soins intensifs, n (%)	-	19 (3,1)	22 (6,1)
Hospitalisation en soins de courte durée, n (%)	42 (15,4)	155 (25,1)	95 (26,2)
Soins aux populations marginalisées, n (%)	27 (9,9)	67 (10,8)	44 (12,2)
Soins aux populations autochtones, n (%)	10 (3,7)	37 (6,0)	36 (9,9)
Enseignement au premier cycle, n (%)	84 **(30,9)**	103 (16,7)	80 (22,1)
Supervision en GMF-U, n (%)	105 **(38,6)**	115 (18,6)	52 (14,4)
Supervision hors GMF-U, n (%)	39 (14,3)	118 (19,1)	74 (20,4)
Poste de gestion, n (%)	70 (25,7)	126 (20,4)	77 (21,3)

* Les cellules avec moins de cinq participants ont été supprimées.

Remarques :

1. Les valeurs en gras indiquent des caractéristiques des profils se distinguant davantage des autres.
2. Le principal lieu de pratique comptait 307 données manquantes.
3. Les médecins de famille pouvaient se retrouver dans plusieurs secteurs d'activité différents.

4 Conclusion

Cette étude avait pour but de décrire la répartition du temps de travail des médecins de famille selon des caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles, dans un contexte de réforme visant à optimiser l'accès aux soins de première ligne et la continuité rationnelle. Elle met en évidence plusieurs constats :

- Quelle que soit la nature de leurs caractéristiques sociodémographiques ou organisationnelles, les médecins de famille consacraient la majorité de leur temps aux soins directs aux patients. Selon les répondants, environ un cinquième du temps qu'ils consacrent aux soins directs pourrait être délégué à d'autres professionnels.
- Environ 20 % de leur temps était consacré à des tâches administratives, soit l'équivalent d'un jour par semaine de travail. Selon les répondants, plus du tiers du temps consacré à des tâches administratives pourrait être délégué à d'autres professionnels, ce qui offre des possibilités importantes de gains d'efficience.

- Hormis de légères variations, la répartition du temps de travail demeurait généralement semblable selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins de famille. Selon les caractéristiques organisationnelles, le principal lieu de pratique influençait considérablement le temps passé sur les différentes tâches de la pratique, particulièrement chez les médecins de famille exerçant en GMF-U pour lesquels on observait une redistribution du temps consacré aux soins directs en faveur de la supervision et de l'enseignement.
- Hormis de légères variations, le nombre de patients vus par heure de soins directs variait peu selon les caractéristiques sociodémographiques des médecins de famille, se situant autour de deux patients par heure. Selon les caractéristiques organisationnelles, le principal lieu de pratique exerçait à nouveau une influence plus marquée sur le nombre de patients vus par heure de soins directs, notamment chez les médecins de famille exerçant en GMF-AR et en soins à domicile. Le nombre moyen de deux patients par heure de soins directs pourrait refléter la complexité clinique et les comorbidités des patients, ainsi que les changements dans les modes de pratique (Institut canadien d'information sur la santé, 2024).
- Trois profils distincts de répartition du travail se dégageaient : un profil de moindre intensité caractérisé par une proportion moindre consacrée aux soins directs et une part plus importante dédiée à l'enseignement et à la supervision, un profil intermédiaire dont les caractéristiques se rapprochaient de la moyenne générale, et un profil de forte intensité caractérisé par une plus grande proportion de soins directs ainsi qu'une pratique plus fréquente à l'hôpital, à l'urgence ou en GMF-AR ainsi qu'une charge administrative réduite.

Parmi les légères variations observées selon les caractéristiques sociodémographiques, les hommes consacraient plus de temps aux soins directs et voyaient plus de patients par heure de soins directs, tandis que les femmes consacraient plus de temps à l'enseignement, à la supervision et aux tâches administratives. Bien que les hommes aient tendance à voir plus de patients par heure, la littérature démontre que les femmes médecins ont tendance à

adopter une approche holistique, accordant davantage de temps aux dimensions sociales et psychologiques (Roter *et al.*, 2002), ce qui pourrait contribuer à réduire le nombre de consultations répétées. L'incidence de cette approche sur la fréquence des visites de suivi mériterait d'être évaluée.

Ces constats doivent être interprétés à la lumière de quelques limites méthodologiques. D'abord, le sondage a permis de capter la grande majorité des tâches composant la pratique hebdomadaire des médecins de famille. Cependant, certaines tâches n'étaient pas incluses dans le questionnaire, notamment la recherche, les rencontres pédagogiques et les activités universitaires réalisées à l'extérieur des GMF-U, ce qui pourrait entraîner une légère sous-estimation du volume réel de travail. Ensuite, bien que l'échantillon soit globalement représentatif de la population cible selon les variables observées, le faible taux de participation (11,8 %) pourrait limiter la généralisabilité des résultats. En particulier, la représentation des médecins de famille pratiquant en CLSC et en CHSLD était faible. De plus, les résultats relatifs au mode de rémunération doivent être interprétés avec prudence. Comme mentionné dans la section Méthodologie, en raison d'enjeux liés à la fiabilité des résultats, la variable « mode de rémunération » a été dichotomisée selon la présence ou non d'une composante de rémunération à l'acte. Cette approche ne permet donc pas de distinguer les différents modes de rémunération, tels que la rémunération mixte, qui aurait pu fournir un éclairage supplémentaire, particulièrement en contexte de GMF-U. Par ailleurs, les données portant sur le nombre d'heures consacrées à l'enseignement et/ou à la supervision ne permettent ni de dissocier la part respective de l'enseignement et de la supervision ni de préciser le type d'enseignement (enseignement de premier cycle comparé à enseignement clinique), ce qui limite la compréhension de la répartition des tâches entre les différentes pratiques.

De plus, l'analyse de l'offre de travail était limitée au nombre d'heures travaillées par semaine. Une intégration du nombre de semaines travaillées par année, variable qui n'était pas disponible au sondage, aurait pu apporter une analyse plus complète de l'offre du travail, par exemple, en tenant compte du nombre de semaines de congé (vacances, congé de maternité, etc.). Finalement, il est important de souligner le fait que l'analyse repose sur

un sondage transversal autodéclaré, exposant l'étude à des biais de déclaration et excluant une interprétation causale des résultats.

Ainsi, afin de mieux orienter les réformes en cours et d'adapter les politiques aux contraintes réelles de la pratique, ce rapport propose quelques recommandations pour de futurs travaux.

1. Recueillir des données plus fines sur chaque lieu de pratique et les étudier séparément pour pouvoir mieux saisir leurs particularités et ainsi bien adapter les réformes en cours.
2. Examiner la répartition des tâches au sein des équipes de soins primaires et évaluer si elle est optimale, puisque les répondants estiment qu'un cinquième de leur temps consacré aux soins directs et plus d'un tiers des tâches administratives pourraient être délégués à d'autres professionnels.
3. Recourir à une triangulation des données en combinant différentes sources de données objectives collectées de manière routinière, afin de mesurer et de documenter l'évolution du volume de travail et la contribution de tous les membres des équipes de soins primaires de manière plus précise et complète.
4. Établir une base de données longitudinale (en panel) des activités de la pratique de médecine de famille afin de mieux prendre en compte l'hétérogénéité individuelle et de suivre l'incidence des réformes au fil du temps sur l'offre et la répartition du travail des médecins de famille.

En conclusion, cette étude souligne que la polyvalence et l'hétérogénéité des pratiques en médecine de famille exercent une influence importante sur la répartition du travail et constituent des éléments essentiels à considérer dans l'élaboration et la mise en œuvre des réformes. Des différences sont observées entre les pratiques de première et de deuxième ligne des médecins de famille, ainsi qu'au sein de la première ligne, notamment chez les médecins de famille exerçant en GMF-U. Ces constats suggèrent que les modèles de rémunération et de charge de travail devront tenir compte de cette hétérogénéité dans les réformes en cours et à venir.

5 Références

Billard, M. (2008). Le poids des visites à domicile. *Canadian Family Physician*, *54*(4), 512-513.

Canadian Institute for Health Information. (2020). *How Canada Compares : Results From the Commonwealth Fund's 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians—Accessible Report*.

Canadian Medical Association. (2022). *CMA 2021 national physician health survey*. The Association. https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary17

Canadian Medical Association and Canadian Federation of Independent Business. (2026). *Losing doctors to desk work : Canadian physicians lose 20 million hours each year to red tape*. https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary1478

Clavet, N.-J., & Michaud, P.-C. (2025). *Évolution récente de l'offre de services médicaux des médecins au Québec : Des nouveaux constats*.

Collège des médecins du Québec. (2023). *Bilan des effectifs médicaux québécois*. https://www.cmq.org/fr/a-propos/portrait-membres-cmq

Commissaire à la santé et au bien-être. (2024). *Constats sur le système de santé*. CSBE. https://www.csbe.gouv.qc.ca/

Dubé, C. (2025). *Projet de loi n° 2, Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services—Assemblée nationale du Québec*. https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-2-43-2.html

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2024). *MÉMOIRE DE LA FMOQ PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE L'ÉCONOMIE ET DU TRAVAIL*.

Ganguli, I., Sheridan, B., Gray, J., Chernew, M., Rosenthal, M. B., & Neprash, H. (2020). Physician Work Hours and the Gender Pay Gap—Evidence from Primary Care. *The New England Journal of Medicine*, *383*(14), 1349-1357. https://doi.org/10.1056/NEJMsa2013804

Gouvernement du Québec. (2025). *Améliorer l'accès aux soins de santé*. https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/acces-soins-sante?utm_campaign=campagne-concernant-lacces-aux-soins-de-sante-00017032&utm_medium=display&utm_source=ving55&utm_content=300x250-medecin-banniere2--fr

Institut canadien d'information sur la santé. (2024). *Main-d'œuvre de la santé : Modes de pratique | ICIS*. https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2024/main-doeuvre-de-la-sante-2024-dotation-en-personnel-et-prestation-de-services

Institut canadien d'information sur la santé. (2025). *Main-d'œuvre de la santé, 2024 : Dotation en personnel et prestation de services*. https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2023/main-doeuvre-de-la-sante-modes-de-pratique?

Kralj, B., Islam, R., & Sweetman, A. (2024). Long-term trends in the work hours of physicians in Canada. *CMAJ*, *196*(11), E369-E376. https://doi.org/10.1503/cmaj.231166

Li, Y., Barr, K., Pizer, S. D., Garrido, M. M., & Thorsness, R. (2025). Physician Tenure and Clinical Productivity for Internal and External Hires : A Retrospective Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine*, *40*(9), 2094-2102. https://doi.org/10.1007/s11606-024-09316-2

Michaud, P.-C., Benatia, D., Clavet, N.-J., Fortin, B., & Aniwuvi Gbeto, J. R. (2025). *Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025a). *État de santé et bien-être de la population québécoise—Système de santé et de services sociaux en bref—Santé et Services sociaux*. https://msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/etat-de-sante-et-bien-etre-de-la-population-quebecoise/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025b). *Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (GMF)*.

Morin-Martel, F. (2025, 11 déc.). Les médecins de famille et *Québec* concluent une entente de principe. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/politique/quebec/940848/medecins-famille-quebec-concluent-entente-principe

Orton, P. K., & Pereira Gray, D. (2016). Factors influencing consultation length in general/family practice. *Family Practice*, *33*(5), 529-534. https://doi.org/10.1093/fampra/cmw056

Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. *JAMA*, *288*(6), 756-764. https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756

Wang, C., & Sweetman, A. (2013). Gender, family status and physician labour supply. *Social Science & Medicine*, *94*, 17-25. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.018

Weizblit, N., Noble, J., & Baerlocher, M. O. (2009). The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. *Medical Education*, *43*(5), 442-448. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03309.x

Wilkinson, E., Coffman, M., Petterson, S., & Jabbarpour, Y. (2020). Gender Differences in Reported Weekly Work Hours Among Family Physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *33*(5), 653-654. https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.05.190462