

ÉTAT DU MIEUX-ÊTRE ET DE LA SATISFACTION DES MÉDECINS DE FAMILLE AU QUÉBEC

NADIA SOURIAL
GÉRALDINE LAYANI
ERIN STRUMPF
MAUDE LABERGE
ROXANE BORGES DA SILVA



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

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
La Caisse
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Pratt & Whitney Canada
VIA Rail Canada

Partenaires gouvernementaux - Governmental partners

Ministère des Finances du Québec
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
Innovation, Sciences et Développement Économique Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires - University Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

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.

© Mars 2026. Nadia Sourial, Géraldine Layani, Erin Strumpf, Maude Laberge, Roxane Borges da Silva. 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)

État du mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille au Québec et facteurs associés : résultats d'un sondage auprès des médecins de famille au Québec

Nadia Sourial^{}, Géraldine Layani[†], Erin Strumpf[‡], Maude Laberge[§], Roxane Borges da Silva^{**}*

*Emmanuelle Britton^{††}, Réal Barrette^{‡‡}, Jophildy Kiambati^{§§}
Marielle Yapi^{***}, Alexandre Tremblay^{†††}, Élise Develay^{‡‡‡}*

Résumé

Le mieux-être des médecins de famille est un élément crucial non seulement pour la pratique de la médecine de famille, mais aussi pour la performance du système de santé. La médecine de famille au Québec se heurte à des défis majeurs, notamment la baisse de la rétention, la pénurie de médecins de famille et le manque d'attractivité de la profession. Afin de répondre aux défis actuels et de promouvoir la médecine de famille au Québec, une Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille avait été mise sur pied en 2023 avec comme mandat d'élaborer un plan regroupant l'ensemble des mesures à prendre pour valoriser la pratique de la médecine de famille et en assurer la coordination. Le présent rapport présente les résultats découlant d'une collaboration entre l'équipe de recherche et le comité de suivi de la Table visant à décrire l'état de mieux-être et de satisfaction au travail des médecins de famille en pratique au Québec et à examiner les facteurs associés à leur mieux-être.

Un sondage transversal a été diffusé auprès de l'ensemble des médecins de famille en exercice au Québec (N = 10 591) entre décembre 2023 et juillet 2024. Au total, 1 252 répondants ont été inclus (taux de participation : 11,8 %). Le mieux-être a été mesuré à l'aide du *Physician Well-*

^{*}Équipe de recherche : PhD, professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal

[†]Équipe de recherche : MD, MSc, professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

[‡]Équipe de recherche : PhD, professeure titulaire, Département de sciences économiques et Département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail, Université McGill

[§]Équipe de recherche : PhD, professeure agrégée, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

^{**}Équipe de recherche : PhD, professeure agrégée, directrice, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal

^{††} Collaboratrice : MDCM CCFP (au moment de la conception du projet et jusqu'en juin 2025 occupait les fonctions de médecin-conseil au sous-ministériat Santé physique et pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux)

^{‡‡} Collaborateur : MD, médecin-conseil, Direction de l'accès et première ligne, sous-ministériat Santé physique et pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

^{§§} Étudiant : MD, candidat à la maîtrise en santé publique, École de santé publique, Université de Montréal

^{***} Professionnelle de recherche : M. Sc., Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

^{†††} Professionnel de recherche : M. Sc., CRCHUM

^{‡‡‡} Professionnelle de recherche : M. Sc., CRCHUM

Being Index (score de -2 à 9; ≥ 3 indiquant un risque de détresse). L'âge médian des répondants était de 43 ans et 69,6 % étaient des femmes. Les médecins travaillaient en moyenne 49,2 heures par semaine, dont 11,4 heures consacrées à des tâches administratives. Les principales sources d'insatisfaction concernaient le temps consacré aux tâches administratives (77,4 %), les ressources humaines (68,8 %), la charge de travail (54,1 %) et la conciliation travail-vie personnelle (42,9 %). Plus de la moitié des médecins (62,5 %) étaient à risque de détresse. La conciliation travail-vie personnelle constituait le facteur le plus fortement associé au mieux-être, suivie du sentiment d'épanouissement dans le rôle de médecin de famille, de l'exposition à des attentes démesurées ou à de la violence verbale de la part des patients, de la satisfaction envers les ressources humaines et du manque de connaissance des initiatives visant à améliorer le mieux-être.

Ces résultats mettent en évidence un niveau préoccupant de mieux-être chez les médecins de famille et identifient des leviers d'action prioritaires pour améliorer leurs conditions de pratique, leur satisfaction professionnelle et, ultimement, la performance du système de santé.

Abstract

Physician well-being is a crucial element not only for the practice of family medicine but also for the performance of the health care system. Family medicine in Quebec faces major challenges, including declining retention, a shortage of family physicians, and a lack of attractiveness of the profession. To address these challenges and promote family medicine in Quebec, the *Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille* was established in 2023 with the mandate to develop a plan bringing together all measures needed to enhance the value of family medicine practice and ensure their coordination. This report presents the results of a collaboration between the research team and the Table's committee aimed at describing the state of well-being and job satisfaction among family physicians practicing in Quebec and examining the factors associated with their well-being.

A cross-sectional survey was sent to all family physicians practicing in Quebec (N = 10,591) between December 2023 and July 2024. A total of 1,252 respondents were included (response rate: 11.8%). Well-being was measured using the *Physician Well-Being Index* (score ranging from -2 to 9; ≥ 3 indicating a risk of distress). The median age of respondents was 43 years, and 69.6% were women. Physicians worked an average of 49.2 hours per week, including 11.4 hours devoted to administrative tasks. The main sources of dissatisfaction were time spent on administrative tasks (77.4%), human resources (68.8%), workload (54.1%), and work-life balance (42.9%). More than half of physicians (62.5%) were at risk of distress. Work-life balance was the factor most strongly associated with well-being, followed by a sense of fulfillment in the role of family physician, exposure to unreasonable expectations or verbal abuse from patients, satisfaction with human resources, and lack of awareness of initiatives aimed at improving physician well-being.

These results highlight a poor level of well-being among family physicians and identify priority levers for improving their working conditions, professional satisfaction, and, ultimately, the performance of the health care system.

Mots-clés/Keywords : Médecine de famille, mieux-être, satisfaction, facteurs associés / Family medicine, well-being, satisfaction, associated factors

Pour citer ce document / To quote this document

Sourial, N., Layani, G., Strumpf, E., Laberge, M. et Borges da Silva, R. (2026). État du mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille au Québec et facteurs associés : résultats d'un sondage auprès des médecins de famille au Québec (2026s-05, CIRANO).

<https://doi.org/10.54932/HBKL4677>

Remerciements :

Nous tenons d'abord à remercier le CIRANO pour le financement et le soutien apportés à ce projet. Nous remercions également la D^{re} Danielle Daoust pour le partage de données provinciales aux fins de comparaison avec l'échantillon du sondage, M^{me} Karine St-Pierre pour son soutien administratif, ainsi que M^{me} Marylène Bibeau-Ouellette pour son assistance à la rédaction du rapport.

Table des matières

1	INTRODUCTION	9
1.1	OBJECTIFS	11
2	MÉTHODOLOGIE	12
2.1	DEVIS DE L'ÉTUDE.....	12
2.2	POPULATION CIBLE	12
2.3	ÉLABORATION ET STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE	12
2.4	RECRUTEMENT ET ÉCHANTILLONNAGE	12
2.5	MESURE DU MIEUX-ÊTRE.....	13
2.6	SÉLECTION DES VARIABLES EXPLICATIVES.....	13
2.7	ANALYSES STATISTIQUES	18
2.8	APPROBATION ÉTHIQUE	18
3	RÉSULTATS	19
3.1	OBJECTIF 1 : DÉCRIRE L'ÉTAT DE MIEUX-ÊTRE AINSI QUE LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES MÉDECINS DE FAMILLE EN PRATIQUE AU QUÉBEC	19
3.1.1	<i>Caractéristiques démographiques</i>	<i>19</i>
3.1.2	<i>Caractéristiques organisationnelles</i>	<i>21</i>
	<i>À retenir :</i>	<i>26</i>
3.1.3	<i>Satisfaction au travail.....</i>	<i>26</i>
3.1.4	<i>Mieux-être des médecins de famille.....</i>	<i>33</i>
3.1.5	<i>Niveau de mieux-être des médecins de famille durant la période allant de décembre 2023 à juillet 2024</i>	<i>37</i>
3.1.6	<i>Perceptions des actions sur le mieux-être et la satisfaction au travail des médecins de famille au Québec.....</i>	<i>39</i>
3.2	OBJECTIF 2 : FACTEURS ASSOCIÉS AU MIEUX-ÊTRE DES MÉDECINS DE FAMILLE SELON LEUR ORDRE D'IMPORTANCE RELATIVE.....	41
3.3	RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE DES COMMENTAIRES DES RÉPONDANTS	48
4	DISCUSSION.....	51
4.1	ÉTAT DE MIEUX-ÊTRE DES MÉDECINS DE FAMILLE	51
4.2	SATISFACTION DES MÉDECINS DE FAMILLE AU TRAVAIL	52
4.3	FACTEURS ASSOCIÉS AU MIEUX-ÊTRE DES MÉDECINS DE FAMILLE SELON LEUR IMPORTANCE RELATIVE	53
4.4	AUTRES FACTEURS POTENTIELS.....	55
4.5	INTERPRÉTATION DES FACTEURS LES PLUS DÉTERMINANTS SELON LE CADRE DE BRIGHAM ET AL. (2018).....	55
4.6	RETOMBÉES DE L'ÉTUDE SUR LES POLITIQUES ET LA PRATIQUE	56
4.7	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	57
5	RÉFÉRENCES	59

Tableau 1 : Items sélectionnés du sondage pour l'analyse de l'association entre les variables explicatives et le mieux-être (de décembre 2023 à juin 2024)	14
Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des médecins de famille ayant complété le sondage (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	20
Tableau 3 : Caractéristiques de la pratique des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)	22
Tableau 4 : Organisation du travail en médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	24
Tableau 5 : Degré de satisfaction des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	28
Tableau 6: Satisfaction au travail dans l'ensemble selon le lieu principal de travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	29
Tableau 7: Satisfaction au travail dans l'ensemble selon les secteurs d'activité (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)	30
Tableau 8 : Affirmations en lien avec la satisfaction au travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	31
Tableau 9 : Probabilité de réduire ou d'augmenter les heures de travail au cours des 24 prochains mois (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)	32
Tableau 10 : Ressenti concernant la pratique de la médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)	34
Tableau 11 : Affirmations en lien avec le mieux-être (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)	34
Tableau 12 : Ressenti des médecins de famille au cours du dernier mois (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)	35
Tableau 13 : Perceptions des facteurs pouvant influencer le mieux-être des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	36
Tableau 14: Score de mieux-être selon le principal lieu de travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	37
Tableau 15: Score de mieux-être selon le secteur d'activité (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	38
Tableau 16 : Perception des actions du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer le mieux-être et la satisfaction au travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	40
Tableau 17 : Association entre le mieux-être et les caractéristiques démographiques et organisationnelles des médecins de famille (régression ordinale) (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 139).....	42
Tableau 18 : Thèmes et sous-thèmes de l'analyse descriptive des commentaires (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252).....	48

Figure 1 : Variation du score de mieux-être entre décembre 2023 et juillet 2024 (N = 1 252) (le score varie de -2 à 9, -2 indiquant le plus haut niveau de mieux-être et 9 le plus faible niveau).	39
Figure 2: Illustration de l'ordre d'importance des cinq facteurs statistiquement significatifs associés au mieux-être (un visage souriant indique une association positive avec le mieux-être et un visage triste, une association négative).....	47

1 Introduction

La médecine de famille au Québec se heurte à des défis majeurs, notamment la baisse de la rétention, la pénurie de médecins de famille et le manque d'attractivité de la profession (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024). Ces enjeux accroissent le risque de déficit mieux-être, déjà considérable chez les médecins de famille en raison de plusieurs défis et sources d'irritation (Lee et al., 2008). Le mieux-être des médecins de famille est un élément crucial non seulement pour la pratique de la médecine de famille, mais pour la performance du système de santé. Il s'agit d'un concept multidimensionnel intégrant plusieurs aspects, notamment le mieux-être mental, physique, social et général (par exemple, l'intégration travail-vie personnelle, le sens du travail) (Brady et al., 2019; Dyrbye, Johnson et al., 2019; Wallace et al., 2009; West et al., 2018). Les études qui ont examiné l'aspect mental du mieux-être, en particulier l'épuisement professionnel, indiquent des niveaux alarmants d'épuisement chez les médecins de famille. Selon un rapport de l'Association médicale canadienne (AMC), plus de la moitié des médecins de famille souffriraient d'épuisement professionnel, le Québec affichant un taux plus alarmant que le reste du Canada, soit 60 % contre 53 % (AMC et Ipsos, 2022). Un tel constat montre la nécessité de valoriser davantage la médecine de famille pour encourager les médecins à poursuivre leur pratique et la rendre plus attrayante pour la relève (Nord, 2024).

Le manque de mieux-être des médecins de famille affecte profondément à la fois leur vie personnelle et le fonctionnement global du système de santé (Bautista et al., 2023; Bodenheimer et Sinsky, 2014; Brady et al., 2019; Dyrbye, Shanafelt et al., 2019; Wallace et al., 2009). Indépendamment des dimensions analysées, on observe une certaine unanimité dans la littérature quant au fait que le manque de mieux-être chez les médecins de famille conduit à une baisse du recrutement et de la rétention des médecins de famille, à une diminution de la productivité et de l'efficacité sur le lieu de travail, à une baisse de la qualité des soins et de la sécurité des patients, ainsi qu'à une augmentation des coûts de santé (Bart et al., 2018; Bautista et al., 2023; Bodenheimer et Sinsky, 2014; Brady et al., 2019; Cholewa et al., 2024; Christensen, 2000; Clay et al., 2024; Wallace et al., 2009). Pour cette raison, toute mesure visant à valoriser la médecine de famille et à améliorer la performance du système de santé doit avant tout étudier la question du mieux-être des médecins de famille (Nord, 2024). Étant donné son lien important pour la performance du système de santé, l'amélioration de l'expérience des prestataires de soins a d'ailleurs été ajoutée au cadre de performance du Quadruple Aim, comme une finalité clé de l'optimisation du système de santé (Bodenheimer et Sinsky, 2014). Par conséquent, le mieux-être des médecins de famille devient un indicateur important de la qualité du système de santé (Brady et al., 2019).

Des données concluantes indiquent que le mieux-être des médecins de famille est une composante complexe résultant de plusieurs facteurs, tant personnels qu'organisationnels (American Academy of Family Physicians, 2014; Brigham et al., 2018; Buck et al., 2019; Cholewa et al., 2024; Patel et al., 2018). Les études qui se sont penchées principalement sur l'épuisement professionnel chez les médecins de famille ont montré des associations avec l'âge, le genre, le nombre de personnes à

charge, notamment les enfants et les personnes âgées dans la famille nécessitant des soins (Murray et al., 2016; Naehrig et al., 2021). Manca et al., 2007 ont ciblé plusieurs grands défis organisationnels à prioriser dans la pratique de la médecine de famille au Canada, à savoir : la charge de travail, la rémunération insuffisante, l'obtention d'un plus grand respect de la part des spécialistes, les menaces de réforme des soins de première ligne, le manque de disponibilité des spécialistes et d'autres ressources, le fait de gérer la pratique comme une petite entreprise, la paperasse, les appels téléphoniques, les attentes des patients, le maintien et l'acquisition d'habiletés et de connaissances. La charge de travail et l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle ont également été signalés dans la littérature comme des facteurs déterminants du mieux-être des médecins de famille (Manca et al., 2007).

Afin de répondre à ces défis et de promouvoir la médecine de famille au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied, en 2023, une **Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille**, coprésidée par le sous-ministre adjoint (D^r Stéphane Bergeron) et le président de la FMOQ (D^r Marc-André Amyot). Celle-ci avait pour mandat d'élaborer un plan regroupant l'ensemble des mesures à prendre pour valoriser la pratique de la médecine de famille et d'en assurer la coordination. Cette table nationale réunit également les présidences du Collège des médecins du Québec, du Collège québécois des médecins de famille, de la Fédération des médecins étudiants du Québec et de la Fédération des médecins résidents du Québec, le président de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec, la représentante des directeurs des départements de médecine de famille du Québec, les membres de la direction générale du Programme d'aide des médecins du Québec, le président de la table des départements régionaux de médecine générale du Québec, le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, d'autres intervenants clés du MSSS et de la FMOQ ainsi que des invités et des partenaires (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2023).

La Table vise également à favoriser des approches concertées et transversales pour l'implantation des recommandations déjà en cours ainsi que celles à venir. Son but ultime est d'augmenter le nombre de médecins de famille actifs au Québec, dans une pratique stimulante et pertinente, au sein d'équipes de soins structurées, performantes et répondant aux besoins de la population.

Le présent rapport présente les résultats découlant d'une première phase de collaboration entre l'équipe de recherche et le comité de suivi de la Table visant à décrire l'état actuel de mieux-être et de satisfaction des médecins de famille au Québec ainsi qu'à examiner les facteurs démographiques et organisationnels qui y sont reliés. Le but de cette étude était de fournir des données probantes de qualité à la Table afin d'éclairer la priorisation des mesures et politiques visant à améliorer le mieux-être des médecins de famille au Québec.

1.1 Objectifs

L'étude, qui consiste en un sondage auprès des médecins de famille en pratique au Québec, répond à deux objectifs précis :

- 1) Décrire l'état de mieux-être ainsi que la satisfaction au travail des médecins de famille en pratique au Québec;
- 2) Examiner l'importance relative des facteurs démographiques et organisationnels associés au mieux-être des médecins de famille.

2 Méthodologie

2.1 Devis de l'étude

L'étude reposait sur un devis quantitatif, de type transversal observationnel, utilisant des données recueillies par sondage entre décembre 2023 et juillet 2024.

2.2 Population cible

La population cible comprenait l'ensemble des médecins de famille en exercice au Québec, sans distinction d'âge, de genre ou de type de pratique (individuelle, de groupe, universitaire, CLSC, etc.). 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 Élaboration et structure du questionnaire

Le questionnaire a été conçu précisément pour cette étude par l'équipe de recherche. Il s'est inspiré du sondage national de 2021 de l'Association médicale canadienne (2022), validé pour ses propriétés psychométriques. L'élaboration du contenu a été soumise à un processus de validation par l'équipe de recherche et le comité de suivi. Le sondage a été élaboré dans les deux langues officielles, et une révision linguistique a été effectuée afin d'en assurer la clarté et la validité sémantique.

L'instrument comprenait 36 questions réparties en six 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)

2.4 Recrutement et échantillonnage

Le questionnaire a été diffusé par voie électronique à l'ensemble de la population cible, en sollicitant l'aide des canaux de communication de plusieurs partenaires clés : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), les 18 directions régionales de médecine générale (DRMG), les directions des services professionnels (DSP) des 34 CISSS et CIUSSS, les Réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) des quatre universités québécoises ayant une faculté de médecine, ainsi que l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM). Un rappel a été effectué après deux semaines pour maximiser la participation.

Chaque médecin de famille en pratique au Québec et disposant d'une adresse électronique valide a reçu un courriel standardisé annonçant l'étude, ainsi que le lien du sondage. Le questionnaire

était entièrement anonyme : aucune information permettant d'identifier les répondants n'a été recueillie.

2.5 Mesure du mieux-être

La variable dépendante principale, soit le mieux-être global du médecin de famille, a été mesurée à l'aide du *Physician Well-Being Index*, un instrument validé de neuf items mis au point exclusivement pour les médecins. Cet outil permet d'évaluer plusieurs dimensions du mieux-être, incluant la détresse psychologique, l'épuisement, le stress, la fatigue, la qualité de vie, l'équilibre travail-vie personnelle, le sens du travail et le risque de dépression.

L'indice était initialement constitué de sept items dichotomiques (oui/non) et deux autres notés sur une échelle ordinale. Ensuite, l'ensemble des items a été modifié de sorte que tous soient notés sur une échelle ordinale, générant ainsi un score global allant de -2 (niveau de mieux-être le plus faible) à 9 (niveau de mieux-être le plus élevé). Un score de 3 ou plus est généralement considéré comme indicatif d'un risque accru de mal-être ou de détresse professionnelle (Dyrbye et al., 2016). Cet outil a été choisi en raison des dimensions pertinentes du mieux-être qu'il évalue, mais également parce qu'il s'agissait d'un outil de dépistage court et simple à utiliser par rapport aux autres outils proposés dans la littérature (Dyrbye, Johnson et al., 2019).

2.6 Sélection des variables explicatives

Les variables explicatives ont été sélectionnées selon le modèle conceptuel du *National Academy of Medicine Model of Factors Affecting Clinician Well-Being and Resilience* (Brigham et al., 2018), identifié à la suite d'une revue de 67 articles scientifiques. Un processus d'arrimage systématique des items du sondage aux dimensions du cadre a été réalisé en concertation avec l'équipe de recherche et le comité de suivi. À l'issue d'un processus de vérification des corrélations (seuil de colinéarité $> 0,7$), 23 items consistant en 32 variables explicatives ont été retenus, certains pouvant avoir plus d'une réponse possible (tableau 1).

Tableau 1 : Items sélectionnés du sondage pour l'analyse de l'association entre les variables explicatives et le mieux-être (de décembre 2023 à juin 2024)

Facteurs		Dimension(s) du cadre de Brigham et al. (2018)*
Section du sondage : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES		
Âge		
Quel est votre genre?	Homme Femme	Facteurs socioculturels
Avez-vous des personnes à charge dont vous êtes le principal responsable?	Oui Non	Facteurs personnels
Section du sondage : CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE 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 Petite ville/banlieue Rurale/région éloignée ou isolée	Rôle dans les soins de santé
Parmi les secteurs d'activités suivants, lesquels considérez-vous comme faisant partie de votre pratique de médecine de famille?	Prise en charge	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Soins périnataux/obstétriques	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Soins à domicile	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Soins de longue durée	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Soins de fin de vie	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Enseignement	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé

	Poste de gestion	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
	Soins aux populations vulnérables	Facteurs organisationnels / Rôle dans les soins de santé
Veillez sélectionner la/les modalité(s) comprise(s) dans votre rémunération : – Tarif à l'acte	Oui Non	Environnement réglementaire et systémique
Section du sondage : ORGANISATION DU TRAVAIL EN MÉDECINE DE FAMILLE		
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures totales (rémunérées ou pas) que vous travaillez au cours d'une semaine (incluant les soins directs aux patients, les tâches administratives, l'enseignement/supervision, les tâches de gestionnaire, les gardes).	Facteurs organisationnels	
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez habituellement aux soins directs aux patients au cours d'une semaine.	Rôle dans les soins de santé	
Veillez 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'exams, etc.) au cours d'une semaine.	Environnement réglementaire et systémique	
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez à l'enseignement/supervision au cours d'une semaine.	Rôle dans les soins de santé	
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez aux tâches de gestionnaire au cours d'une semaine.	Habilités et compétences	
Section du sondage : SATISFACTION AU TRAVAIL		
Veillez indiquer votre degré de satisfaction avec :	Votre revenu	Facteurs personnels
	Votre mode de rémunération principal	Environnement réglementaire et systémique
	Les ressources humaines	Facteurs organisationnels
	Les ressources matérielles sur le lieu de travail	Environnement de pratique et d'apprentissage
	Le fonctionnement de l'équipe	Facteurs organisationnels / Environnement de

		pratique et d'apprentissage
	Votre conciliation travail-vie personnelle	Facteurs personnels
Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes?	Je suis épanoui(e) dans mon rôle de médecin de famille.	Facteurs personnels
	Les patients estiment que les médecins de famille offrent plus qu'un simple service de référence vers les autres spécialistes.	Facteurs socioculturels
	Les patients estiment que les médecins de famille sont la porte d'accès principale à toute demande de santé.	Facteurs socioculturels
	Les médecins de famille font souvent face à des attentes démesurées ou même de la violence verbale de la part de leurs patients.	Facteurs socioculturels
	Les autres médecins spécialistes considèrent la médecine de famille comme une spécialité à part entière.	Facteurs socioculturels / Facteurs organisationnels
	Le MSSS considère la médecine de famille comme essentielle au système de santé.	Facteurs socioculturels
Section du sondage : PERCEPTIONS DES ACTIONS SUR LE MIEUX-ÊTRE ET LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES MÉDECINS DE FAMILLE AU QUÉBEC		
Avez-vous entendu parler des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer votre mieux-être et votre satisfaction au travail?	Oui Non	Environnement réglementaire et systémique

* Les noms des dimensions ont été traduits de la version originale en anglais de Brigham et al. (2018).

Les variables sélectionnées couvraient plusieurs dimensions : les facteurs personnels (p. ex. : âge, genre, personnes à charge, sentiment d'épanouissement), les facteurs liés au rôle dans les soins (p. ex. : heures consacrées aux soins directs, aux tâches administratives, à l'enseignement ou à la gestion), l'environnement de pratique et d'apprentissage (p. ex. : ressources matérielles disponibles), les facteurs organisationnels (p. ex. : secteurs d'activité, nombre d'heures travaillées), les facteurs réglementaires et systémiques (p. ex. : mode de rémunération, connaissance des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ en lien avec la valorisation), et enfin les facteurs socioculturels (p. ex. : reconnaissance par les pairs ou les patients).

2.7 Analyses statistiques

Tous les répondants ayant entièrement complété le questionnaire ont été inclus dans les analyses. Dans un premier temps, une vérification des données et des analyses descriptives a été réalisées. Les mesures ont été rapportées en médiane et en quantile pour les variables continues (dont le minimum et le maximum) ou basées sur une échelle de Likert, et en nombre et fréquence relative pour toutes les variables catégorielles. Des analyses descriptives supplémentaires ont été menées afin d'explorer la manière dont le principal lieu de travail et les secteurs d'activité sont associés à la satisfaction au travail dans l'ensemble et le score de mieux-être. Afin de vérifier la représentativité de l'échantillon vis-à-vis de la population entière des médecins en pratique au Québec, les caractéristiques des répondants, notamment l'âge moyen, la répartition selon le genre, ainsi que les secteurs d'activité ont été comparés aux données provinciales publiées par la FMOQ pour 2023 (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024). Une analyse a également été menée afin de comparer les caractéristiques des répondants ayant complété et non complété le questionnaire.

Une régression logistique ordinale a ensuite été réalisée afin d'examiner les facteurs associés au niveau de mieux-être mesuré par le score de mieux-être. Les réponses « ne sais pas », « préfère ne pas répondre » ou encore les réponses incohérentes ont été traitées comme des données manquantes dans le modèle. Le modèle a été effectué en excluant les données manquantes. L'hypothèse des rapports de cotes proportionnels propre à la régression logistique ordinale a été vérifiée à l'aide du test de Brant. Pour évaluer l'importance relative des variables explicatives sur le score de mieux-être, la différence dans le pseudo- R^2 (delta) associée à l'ajout de chaque variable indépendante au modèle (en tenant compte de la présence des autres variables) a été calculée. Des intervalles de confiance à 95 % ont été présentés pour chaque coefficient. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel R, version 4.4.2. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$. Les facteurs marginalement significatifs ont également été pris en compte ($p \sim 0,05$).

Finalement, une analyse qualitative a été menée sur les commentaires laissés en fin de sondage, en réponse à une question ouverte (« Avez-vous des commentaires, suggestions? »). Elle a été conduite selon une analyse thématique inductive par deux agents de recherche à l'aide du logiciel Dedoose. Cette analyse visait à documenter de manière approfondie les thèmes principaux émergeant des perceptions subjectives des médecins en matière de mieux-être et de satisfaction au travail. Aucune limite de longueur n'était imposée.

2.8 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. La participation était volontaire et anonyme. Les répondants ont été informés du but de l'étude, de la confidentialité des données et de la possibilité de se retirer à tout moment.

3 Résultats

Au total, 1 673 médecins ont répondu au questionnaire, parmi lesquels 1 252 l'ont complété dans son intégralité. Seuls ces 1 252 participants ont été considérés pour nos analyses, soit un taux de participation de 11,8 % (1 252 sur 10 591), légèrement supérieur à celui des enquêtes précédentes menées auprès de cette population professionnelle (10 %) (Cook et al., 2016) (Association médicale canadienne, 2022). La comparaison entre les participants ayant complété le sondage dans son intégralité (n = 1 252) et ceux l'ayant complété partiellement (n = 421) révèle une similitude quant à leurs caractéristiques démographiques.

3.1 Objectif 1 : Décrire l'état de mieux-être ainsi que la satisfaction au travail des médecins de famille en pratique au Québec

3.1.1 Caractéristiques démographiques

Les femmes médecins de famille représentaient le groupe le plus important, soit 69,6 % (tableau 2). La médiane d'âge était de 43 ans, allant de 25 à 84 ans. Environ 20,6 % des médecins de famille comptaient entre 6 et 10 années de pratique de la médecine de famille à temps plein ou à temps partiel au Canada. De plus, 57,3 % des médecins de famille avaient au moins une personne à charge dont ils étaient les principaux responsables. Les caractéristiques démographiques de cet échantillon se comparent relativement bien à celles des médecins de famille en pratique au Québec en 2023-2024, avec une proportion de femmes légèrement plus élevée (69,6 % dans l'échantillon et 63,1 % dans la population) et un âge moyen comparable (45,7 ans dans l'échantillon et 46,9 ans dans la population) (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024).

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des médecins de famille ayant complété le sondage (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Caractéristiques	Valeurs
Âge, médiane (Q1/Q3; min/max)	43 (36/56; 25/84)
Genre, n (%)	
Femme	872 (69,6)
Homme	364 (29,1)
Non binaire	2 (0,2)
Préfère ne pas répondre	14 (1,1)
Avez-vous des personnes à charge dont vous êtes le principal responsable? n (%)	
Oui, j'ai un/des enfant(s) de moins de 18 ans.	638 (51,0)
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.	113 (9,0)
Non	515 (41,1)
Préfère ne pas répondre	18 (1,4)
Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine de famille au Canada, soit à temps plein ou partiel? n (%)	
< 5 années	243 (19,4)
6–10 années	258 (20,6)
11–15 années	181 (14,5)
16–20 années	133 (10,6)
21–25 années	100 (8,0)
26–30 années	110 (8,8)
31–35 années	78 (6,2)
36–40 années	90 (7,2)
41 années ou plus	58 (4,6)
Préfère ne pas répondre	1 (0,1)

Q1 : 25^e centile; Q3 : 75^e centile

3.1.2 Caractéristiques organisationnelles

En ce qui concerne les caractéristiques liées à la pratique de la médecine de famille (tableaux 3 et 4), un peu plus de la moitié des médecins de famille, soit 52,5 %, exerçaient principalement en ville ou en région urbaine (plus de 100 000 habitants); 57,7 % des médecins de famille avaient pour principal lieu de travail un cabinet ou une clinique médicale, et 43,6 % d'entre eux travaillaient principalement en groupe de médecine de famille (GMF) régulier (tableau 3). Parmi les différents secteurs d'activité des médecins de famille, 80,9 % faisaient de la prise en charge et/ou du suivi de la patientèle en cabinet (GMF et/ou CLSC). Ces chiffres se comparent avec les statistiques de la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024).

En ce qui touche l'organisation du travail, la médiane du nombre de patients vus par les médecins de famille au cours d'une semaine était de 60 (min : 0, max : 350), et la médiane du nombre moyen d'heures totales (rémunérées ou non) travaillées en une semaine (incluant les soins directs aux patients, les tâches administratives, l'enseignement ou la supervision, les tâches de gestionnaire et les gardes) était de 50 (min : 0/max : 168) (tableau 4). De même, pour le nombre moyen d'heures habituellement consacrées aux soins directs aux patients au cours d'une semaine, la médiane s'établissait à 32 (min : 0/max;75), tandis que pour celui consacré habituellement aux tâches administratives reliées à la prise en charge des patients (documentation électronique, courriels, ordonnances, requêtes d'examen, etc.), elle était de 10 (min : 0 / max : 100). Les participants estiment que 33 % de leurs tâches administratives pourraient être effectuées par un autre professionnel (personnel infirmier, secrétaire, etc.).

Quant à l'organisation du travail en heures défavorables, 58,2 % des médecins de famille faisaient des heures de garde en disponibilité, avec une médiane du nombre de jours de garde en disponibilité (sur 3 mois) de 14 jours, et un nombre moyen de 4,5 jours fériés travaillés par année (tableau 4).

Près de 40 % des médecins de famille travaillaient deux à trois soirs par semaine (du lundi au vendredi) après 18 h, dont plus de la moitié de leur temps de travail, soit 54,7 %, était consacrée aux tâches administratives. Le tiers (31 %) des répondants ont indiqué travailler une fin de semaine par mois, dont 80 % du temps était consacré aux soins directs aux patients (tableau 4).

Tableau 3 : Caractéristiques de la pratique des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Caractéristiques	Valeurs
Lequel des éléments suivants décrit le mieux la population géographique desservie par votre PRINCIPAL (le plus de jours travaillés) lieu de pratique? n (%)	
Ville/région urbaine (plus de 100 000 habitants)	657 (52,5)
Petite ville/banlieue (entre 30 000 et 100 000 habitants)	321 (25,6)
Rurale/région éloignée ou isolée (moins de 30 000 habitants)	274 (21,9)
Ne sais pas	
Préfère ne pas répondre	
Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre PRINCIPAL (le plus de jours travaillés) lieu de travail? n (%)	
CLSC (Centre locaux de services communautaires)	97 (7,7)
Cabinet (Clinique médicale)	723 (57,7)
Hôpital	194 (15,5)
CHSLD/MDA (Centre d'hébergement de soins de longue durée / Maisons des aînés)	11 (0,9)
Soins à domicile	10 (0,8)
Autre (veuillez préciser)	217 (17,3)
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. n (%)	
Régulier (GMF)	546 (43,6)
Accès-Réseau (GMF-AR)	90 (7,2)
Universitaire (GMF-U)	229 (18,3)
Je ne travaille pas en GMF	112 (8,9)
Autre (veuillez préciser)	3 (0,2)
Parmi les secteurs d'activité suivants, lesquels considérez-vous comme faisant partie de votre pratique de médecine de famille? n (%)	
Prise en charge/suivi de patientèle en bureau (cabinet, GMF et/ou CLSC)	1 013 (80,9)

Soins périnataux/obstétriques	259 (20,7)
Soins pédiatriques	583 (46,6)
Pratique gériatrique intra établissement	181 (14,5)
Soins de longue durée (CHSLD, MDA, ressources intermédiaires)	261 (20,8)
Soins à domicile (autres que soins palliatifs)	301 (24)
Soins palliatifs à domicile	217 (17,3)
Soins palliatifs en maison de soins palliatifs	63 (5)
Soins palliatifs en milieu hospitalier	182 (14,5)
Services d'urgence (incluant CLSC de réseau de garde)	242 (19,3)
Soins intensifs	45 (3,6)
Hospitalisation en soins de courte durée	292 (23,3)
Soins aux populations marginalisées, démunies et vulnérables (par exemple : réfugiés, populations en itinérance, dépendance)	138 (11,0)
Soins aux populations autochtones	83 (6,6)
Enseignement au premier cycle	209 (16,7)
Supervision en GMF-U	272 (21,7)
Supervision hors GMF-U	231 (18,5)
Poste de gestion	273 (21,8)
Autre (veuillez préciser) :	71 (5,7)
Veuillez sélectionner la/les modalité(s) comprise(s) dans votre rémunération, n (%)	
Tarif à l'acte	931 (74,4)
Tarif horaire	463 (37)
Honoraires fixes/salariat	88 (7,0)
Rémunération mixte	397 (31,7)
Autre (veuillez préciser) :	67 (5,3)

Tableau 4 : Organisation du travail en médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

ORGANISATION DU TRAVAIL EN MÉDECINE DE FAMILLE	
En moyenne, combien de patients voyez-vous au cours d'une semaine de travail? Médiane (Q1/Q3; min/max)	60 (44/80; 0/350)
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures totales (rémunérées ou pas) que vous travaillez au cours d'une semaine (incluant les soins directs aux patients, les tâches administratives, l'enseignement/supervision, les tâches de gestionnaire et les gardes). Médiane (Q1/Q3; min/max)	50 (40/55; 0/168)
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez habituellement aux soins directs aux patients au cours d'une semaine. Médiane (Q1/Q3 ; min/max)	32 (25/40; 0/75)
Veillez indiquer en pourcentage la part de ces soins directs aux patients qui pourrait, selon vous, être effectuée par quelqu'un d'autre (infirmière, etc.). Médiane (Q1/Q3; min/max)	20 (10/25; 0/100)
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez habituellement aux tâches administratives liées à la prise en charge des patients (documentation électronique, courriels, ordonnances, commande d'exams, etc.) au cours d'une semaine. Médiane (Q1/Q3; min/max)	10 (6/15; 0/100)
Veillez indiquer en pourcentage la part de ces tâches administratives qui pourrait, selon vous, être effectuée par quelqu'un d'autre (infirmière, secrétaire, etc.) Médiane (Q1/Q3 ; min/max)	33 (10/50; 0/100)
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez à l'enseignement/supervision au cours d'une semaine. Médiane (Q1/Q3; min/max)	2 (0/6; 0/55)
Veillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez aux tâches de gestionnaire au cours d'une semaine. Médiane (Q1/Q3; min/max)	1 (0 /5; 0/50)
ORGANISATION DU TRAVAIL EN HEURES DÉFAVORABLES	
Faites-vous des heures de garde en disponibilité? n (%)	
Oui	729 (58,2)
Non	523 (41,8)
Veillez indiquer le nombre moyen de jours de garde en disponibilité que vous faites aux trois mois. Médiane (Q1/Q3, min/max)	14 (10/21; 0/90)
En moyenne, à quelle fréquence travaillez-vous après 18 h en semaine (du lundi au vendredi)? n (%)	
Jamais	97 (7,7)

1 jour par semaine	316 (25,2)
2 à 3 jours par semaine	513 (41,0)
4 jours ou plus par semaine	161 (12,9)
Toujours	37 (3,0)
Ne sais pas	8 (0,6)
Préfère ne pas répondre	4 (0,3)
Autre	116 (9,3)
Veillez indiquer en pourcentage la part de votre travail après 18 h consacrée aux : Médiane (Q1/Q3 ; min/max)	
Soins directs au patient	42,5 (15/80; 0/100)
Tâches administratives	50 (21,2/80; 0/100)
Autre	10 (0/20; 0/100)
En moyenne, à quelle fréquence travaillez-vous la fin de semaine (c'est-à-dire le samedi ou le dimanche)? N (%)	
Jamais	99 (7,9)
1 fin de semaine par mois	389 (31,1)
2 fins de semaine par mois	352 (28,1)
3 fins de semaine par mois	93 (7,4)
Toujours	98 (7,8)
Préfère ne pas répondre	6 (0,5)
Ne sais pas	4 (0,3)
Autre	211 (16,9)
Veillez indiquer, en pourcentage, la part de votre travail de fin de semaine consacrée aux : Médiane (Q1/Q3; min/max)	
Soins directs au patient	80 (50/95; 0/100)
Tâches administratives	20 (10/50; 0/100)
Autre	5 (0/20; 0/100)
Veillez indiquer le nombre moyen de jours fériés que vous travaillez par année. Médiane (Q1/Q3 ; min/max)	
	4 (2/6; 0/20)

À retenir :

- En médiane, les médecins de famille travaillaient 50 heures par semaine, dont 10 heures consacrées aux tâches administratives.
- Ils et elles estimaient qu'en médiane 37,4 % de leurs tâches administratives pourraient être déléguées à d'autres professionnels.
- Près de 60 % travaillaient une à deux fins de semaine par mois, et 80 % de ce temps de travail étaient consacrés aux soins directs.

3.1.3 Satisfaction au travail

Les tableaux 5 à 9 décrivent la satisfaction au travail des médecins de famille. Ces derniers étaient particulièrement insatisfaits ou très insatisfaits du temps consacré aux tâches administratives (77,4 %), des ressources humaines (par exemple, recrutement, rétention et taille de l'équipe et du personnel de soutien...) (68,8 %), de la charge de travail (54,1 %), des ressources matérielles sur le lieu de travail (efficacité ou utilisation du dossier médical électronique, systèmes de prise de rendez-vous, systèmes de référencement, etc.) (48,8 %), ainsi que de la conciliation travail-vie personnelle (42,9 %) (tableau 5).

En revanche, les médecins de famille étaient moins irrités par le fonctionnement de l'équipe (collaboration interprofessionnelle, esprit d'équipe, etc.) (14,4 %), les heures de gardes (15,5 %), le temps passé par patient (21,3 %), le mode de rémunération principal (21,6 %), le travail dans l'ensemble (24,9 %) et le revenu (27,4) (tableau 5).

Parmi les différents lieux de travail, les médecins de famille exerçant principalement à l'hôpital affichaient le niveau de satisfaction le plus élevé, avec 63,9 % se disant satisfaits ou très satisfaits. Ce niveau diminuait à 51,8 % chez ceux exerçant en cabinet (tableau 6). Parmi les différents secteurs d'activité, les médecins de famille pratiquant en soins périnataux/obstétriques ainsi que ceux faisant de la supervision ou de l'enseignement affichaient des niveaux de satisfaction plus élevés, avec plus de 55 % se déclarant satisfaits ou très satisfaits. Les médecins de famille assurant la prise en charge présentaient un niveau de satisfaction intermédiaire (50,3 %), tandis que ceux pratiquant en soins de longue durée affichaient les niveaux de satisfaction les plus faibles (47,5 %) (tableau 7).

Deux tiers (67,8 %) des médecins de famille affirmaient être fiers d'être médecin de famille, 50,9 % se sentaient épanouis dans leur rôle de médecin de famille et 69,4 % considéraient que les patients estiment que les médecins de famille offrent plus qu'un simple service de référence vers les autres spécialistes (tableau 8). De plus, pour la majorité (85,8 %), les patients considèrent que les médecins de famille sont la porte d'accès principale à toute demande de santé. Cependant, deux tiers des répondants, soit 66,2 %, affirmaient que les médecins de famille font souvent face à des attentes démesurées ou même à de la violence verbale de la part de leurs patients (tableau 8).

Pour 13,3 % seulement, les autres médecins spécialistes considèrent la médecine de famille comme une spécialité à part entière, tandis que 29,6 % affirmaient que le MSSS considère la médecine de famille comme essentielle au système de santé. Environ un tiers des médecins de famille déclarent préférer exercer une autre spécialité que celle de la médecine de famille (tableau 8). Finalement, un peu plus de la moitié des médecins de famille, soit 53,2 %, étaient susceptibles de réduire leurs heures de travail au cours des 24 prochains mois (tableau 9).

Tableau 5 : Degré de satisfaction des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Caractéristiques	Valeurs	
Veillez indiquer votre degré de satisfaction avec:	Médiane (Q1/Q3) du degré de satisfaction (1 [très insatisfait] à 5 [très satisfait])	Très insatisfait ou insatisfait, n (%)
Le temps consacré aux tâches administratives	2 (1/2)	969 (77,4)
Votre revenu	4 (2/4)	342 (27,4)
Votre mode de rémunération principal	4 (3/4)	271 (21,6)
Les ressources humaines	2 (1/3)	861 (68,8)
Les ressources matérielles sur le lieu de travail	3 (2/4)	611 (48,8)
Le fonctionnement de l'équipe	4 (3/5)	181 (14,4)
Le temps passé par patient	4 (3/4)	266 (21,3)
Votre charge de travail	2 (2/4)	677 (54,1)
Vos heures de garde	4 (3/4)	194 (15,5)
Votre travail effectué en horaire défavorable (fin de semaine, jours fériés, après 18 h en semaine)	3 (2/4)	403 (32,2)
Votre conciliation travail-vie personnelle	3 (2/4)	537 (42,9)
Votre travail dans l'ensemble	4 (3/4)	312 (24,9)

Tableau 6: Satisfaction au travail dans l'ensemble selon le lieu principal de travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Principal lieu de travail	Degré de satisfaction avec le travail dans l'ensemble				
	Très insatisfait, n (%)	Insatisfait, n (%)	Neutre, n (%)	Satisfait, n (%)	Très satisfait, n (%)
CLSC (Centre locaux de services communautaires), (n=97)	6 (6,2)	23 (23,7)	19 (19,6)	42 (43,3)	7 (7,2)
Cabinet (Clinique médicale), (n=723)	25 (3,5)	167 (23,1)	155 (21,4)	333 (46,1)	41 (5,7)
Hôpital, (n=194)	6 (3,1)	24 (12,4)	40 (20,6)	105 (54,1)	19 (9,8)
CHSLD/MDA (Centre d'hébergement de soins de longue durée / Maisons des aînés), (n=11)	-*	-	-	-	-
Soins à domicile, (n=10)	-	-	-	-	-
Autre	11 (5,1)	45 (20,7)	58 (26,7)	90 (41,5)	13 (6)

* Cellules avec moins de cinq participants supprimées

Tableau 7: Satisfaction au travail dans l'ensemble selon les secteurs d'activité (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Secteur d'activité [#]	Degré de satisfaction au travail dans l'ensemble				
	Très insatisfait n (%)	Insatisfait n (%)	Neutre n (%)	Satisfait n (%)	Très satisfait n (%)
Prise en charge/suivi de patientèle en bureau (cabinet, GMF et/ou CLSC), (n=1 013)	43 (4,2)	229 (22,6)	229 (22,6)	456 (45)	54 (5,3)
Soins périnataux/obstétriques, (n=259)	- *	40 (15,4)	63 (24,3)	142 (54,8)	8 (3,1)
Soins pédiatriques, (n=583)	18 (3,1)	119 (20,4)	139 (23,8)	283 (48,5)	22 (3,8)
Pratique gériatrique intra établissement, (n=181)	7 (3,9)	41 (22,7)	42 (23,2)	82 (45,3)	9 (5)
Soins de longue durée (CHSLD, MDA, ressources intermédiaires), (n=259)	9 (3,5)	65 (25,1)	62 (23,9)	109 (42,1)	14 (5,4)
Soins à domicile (autres que soins palliatifs), (n=301)	11 (3,7)	72 (23,9)	65 (21,6)	137 (45,5)	15 (5)
Soins palliatifs à domicile, (n=217)	7 (3,2)	53 (24,2)	45 (20,7)	99 (45,6)	13 (6)
Soins palliatifs en maison de soins palliatifs, (n=63)	-	17 (27)	19 (30,2)	26 (41,3)	-
Soins palliatifs en milieu hospitalier, (n=182)	6 (3,3)	40 (22)	40 (22)	86 (47,3)	10 (5,5)
Services d'urgence (incluant CLSC de réseau de garde), (n=242)	-	34 (14)	72 (29,8)	118 (48,8)	15 (6,2)
Soins intensifs, (n=45)	-	7 (15,6)	12 (26,7)	22 (48,9)	-
Hospitalisation en soins de courte durée, (n=292)	15 (5,1)	50 (17,1)	65 (22,3)	145 (49,6)	17 (5,8)
Soins aux populations marginalisées, démunies et vulnérables (par exemple : réfugiés, populations en itinérance, dépendance), (n=138)	7 (5,1)	27 (19,6)	29 (21)	66 (47,8)	9 (6,5)

Soins aux populations autochtones, (n=83)	-	10 (12)	17 (20,5)	49 (59)	-
Enseignement au premier cycle, (n=209)	7 (3,3)	38 (18,2)	47 (22,5)	103 (49,3)	14 (6,7)
Supervision en GMF-U, (n=272)	5 (1,8)	52 (19,1)	49 (18,1)	152 (55,9)	14 (5,1)
Supervision hors GMF-U, (n=231)	-	41 (17,7)	57 (24,7)	121 (52,4)	9 (3,9)
Poste de gestion, (n=273)	10 (3,7)	48 (17,6)	62 (22,7)	137 (50,2)	15 (5,5)
Autre, (n=71)	-	12 (16,9)	17 (23,9)	35 (49,3)	-

Noter que les médecins de famille peuvent se retrouver dans plusieurs secteurs d'activité différents

* Cellules avec moins de cinq participants supprimées

*Tableau 8 : Affirmations en lien avec la satisfaction au travail (de décembre 2023 à juin 2024)
(N = 1 252)*

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes?	Médiane (Q1/Q3) (1 : fortement en désaccord à 5 : fortement d'accord)	D'accord ou fortement d'accord, n (%)
Je suis fier(e) d'être médecin de famille.	4 (3/5)	849 (67,8)
Je suis épanoui(e) dans mon rôle de médecin de famille.	4 (2/4)	637 (50,9)
Les patients estiment que les médecins de famille offrent plus qu'un simple service de référence vers les autres spécialistes.	4 (3/5)	869 (69,4)
Les patients estiment que les médecins de famille sont la porte d'accès principale à toute demande de santé.	4 (4/5)	1 074 (85,8)
Les médecins de famille font souvent face à des attentes démesurées ou même à de la violence verbale de la part de leurs patients.	4 (3/5)	829 (66,2)
Les autres médecins spécialistes considèrent la médecine de famille comme une spécialité à part entière.	2 (2/3)	167 (13,3)
Le MSSS considère la médecine de famille comme essentielle au système de santé.	2 (1/4)	370 (29,6)
Je préférerais exercer une autre spécialité que celle de la médecine de famille.	3 (2/4)	400 (32,0)

Tableau 9 : Probabilité de réduire ou d'augmenter les heures de travail au cours des 24 prochains mois (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Caractéristiques	Valeurs
Quelle est la probabilité que vous réduisiez vos heures de travail au cours des 24 prochains mois? n (%)	
Très peu probable	175 (14,0)
Peu probable	278 (22,2)
Ne sais pas	128 (10,2)
Probable	267 (21,3)
Très probable	399 (31,9)
Préfère ne pas répondre	5 (0,4)
Quelle est la probabilité que vous augmentiez vos heures de travail au cours des 24 prochains mois? n (%)	
Très peu probable	705 (56,3)
Peu probable	313 (25,0)
Ne sais pas	103 (8,2)
Probable	105 (8,4)
Très probable	20 (1,6)
Préfère ne pas répondre	6 (0,5)

À retenir :

- Les médecins de famille se sont dit principalement insatisfaits des facteurs suivants :
 - Temps consacré aux tâches administratives
 - Ressources humaines
 - Charge de travail
 - Ressources matérielles disponibles sur le lieu de travail
 - Conciliation travail-vie famille
- De façon générale, la satisfaction au travail était plus élevée chez les médecins exerçant à l'hôpital que chez ceux exerçant en cabinet.
- 70 % des répondants se sont dit fiers d'être médecin de famille, mais le tiers préféreraient exercer une autre spécialité.
- La moitié envisageaient de réduire leurs heures de travail dans les 24 prochains mois.

3.1.4 Mieux-être des médecins de famille

Les tableaux 10 à 13 présentent l'état de mieux-être des médecins de famille. En réponse à la question portant sur leur sentiment de bien-être personnel dans le cadre de leur rôle de médecin de famille, 64 % des répondants ont indiqué percevoir leur travail comme étant assez ou extrêmement stressant, et près de 50 % ont déclaré se sentir épuisés (tableau 10).

En lien avec les affirmations proposées sur leur mieux-être, les trois quarts des médecins de famille (76 %) ont exprimé que le travail qu'ils accomplissent a du sens pour eux. Toutefois, seulement un tiers (33,4 %) se sont dit d'accord ou fortement d'accord avec l'affirmation selon laquelle leur horaire de travail leur laisse suffisamment de temps pour leur vie personnelle ou familiale (tableau 11).

Par ailleurs, pour le mois précédant leur réponse au sondage, plus de la moitié des répondants (54,1 %) ont indiqué s'être souvent ou toujours sentis épuisés par leur travail, plus d'un tiers (34,3 %) ont déclaré craindre que leur travail les endurecisse émotivement, et 32,8 % ont eu souvent ou toujours l'impression que toutes les choses qu'ils devaient faire s'accumulaient à un point tel qu'ils ne pouvaient pas les surmonter (tableau 12).

Lorsqu'on les interrogeait sur les facteurs influençant leur mieux-être, une majorité de répondants ont indiqué que les facteurs suivants avaient une influence forte ou extrême : la charge de travail (70,6 %), le temps consacré aux tâches administratives (64,6 %), la conciliation travail-vie personnelle (64,2 %), leur travail dans l'ensemble (59,0 %), les ressources humaines (recrutement, rétention, taille de l'équipe et du personnel de soutien, etc.) (57,8 %), le fonctionnement de l'équipe (53,9 %) et les ressources matérielles disponibles sur le lieu de travail (52,8 %) (tableau 13).

Tableau 10 : Ressenti concernant la pratique de la médecine de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Caractéristiques	Valeurs
Dans quelle mesure votre travail de médecin de famille est-il stressant? n (%)	
Extrêmement stressant	15 (1,2)
Très stressant	226 (18,1)
Assez stressant	559 (44,6)
Un peu stressant	357 (28,5)
Pas du tout stressant	93 (7,4)
Préfère ne pas répondre	2 (0,2)
Dans le cadre de votre rôle de médecin de famille, comment évaluez-vous votre sentiment de mieux-être personnel? n (%)	
Je me sens mieux que jamais et au sommet de ma forme, tant sur le plan professionnel que personnel.	28 (2,2)
En général, je me sens plutôt bien, mais comme pour la plupart des gens, il y a des jours difficiles.	470 (37,5)
Je ne suis ni excité(e) ni épuisé(e). J'ai un travail à faire.	142 (11,3)
Épuisé(e) mais je m'en sors – Je trouve toujours un sens à mon travail.	503 (40,2)
Je suis épuisé(e) et je pense que j'en ai fini avec la médecine de famille.	102 (8,1)
Ne sais pas	2 (0,2)
Préfère ne pas répondre	5 (0,4)

Tableau 11 : Affirmations en lien avec le mieux-être (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les deux affirmations suivantes	Médiane (Q1/Q3) (1 : fortement en désaccord à 5 : fortement d'accord)	D'accord ou fortement d'accord, n (%)
Mon horaire de travail me laisse suffisamment de temps pour ma vie personnelle/familiale.	3 (2/4)	419 (33,4)
Le travail que je fais a du sens pour moi.	4 (4/5)	951 (76)

Tableau 12 : Ressenti des médecins de famille au cours du dernier mois (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Au cours du dernier mois :	Médiane (Q1/Q3) (1 : Jamais à 5 : Toujours)	Souvent ou toujours
Vous êtes-vous senti épuisé par votre travail?	4 (3/4)	678 (54,1)
Avez-vous craint que votre travail vous endurecisse émotivement?	3 (2/4)	429 (34,3)
Vous êtes-vous souvent senti(e) déprimé(e), abattu(e) ou désespéré(e)?	3 (2/3)	259 (20,7)
Vous êtes-vous endormi alors que vous étiez assis, inactif, dans un espace public?	1 (1/2)	62 (4,9)
Avez-vous eu l'impression que toutes les choses que vous deviez faire s'accumulaient à un point tel que vous ne pouviez pas les surmonter?	3 (2/4)	411 (32,8)
Avez-vous été gêné par des problèmes émotifs (tels que l'anxiété, la dépression ou l'irritabilité)?	3 (2/3)	294 (23,5)
Votre santé physique a-t-elle interféré avec votre capacité à effectuer votre travail quotidien à domicile et/ou en dehors de votre domicile?	3 (2/3)	101 (8,1)

Tableau 13 : Perceptions des facteurs pouvant influencer le mieux-être des médecins de famille (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Dans quelle mesure les facteurs suivants influencent-ils votre mieux-être?	Médiane (Q1/Q3) (1 : Pas du tout à 5 : Extrêmement)	Fortement ou extrêmement
Le temps consacré aux tâches administratives	4 (3/4)	809 (64,6)
Votre revenu	3 (2/4)	354 (28,3)
Votre mode de rémunération principal	2 (1/3)	236 (18,8)
Les ressources humaines (par exemple, recrutement, rétention et taille de l'équipe et du personnel de soutien...)	4 (3/4)	724 (57,8)
Les ressources matérielles sur le lieu de travail (par exemple, l'efficacité/l'utilisation du dossier médical électronique, les systèmes de prise de rendez-vous, les systèmes de référencement...)	4 (3/4)	661 (52,8)
Le fonctionnement de l'équipe (par exemple la collaboration interprofessionnelle, l'esprit d'équipe...)	4 (2/4)	675 (53,9)
Le temps passé par patient	3 (2/4)	432 (34,6)
Votre charge de travail	4 (3/5)	884 (70,6)
Vos heures de garde	3 (2/4)	400 (31,9)
Votre travail effectué en horaire défavorable (fin de semaine, jours fériés, après 18 h en semaine)	3 (2/4)	485 (38,7)
Votre conciliation travail-vie personnelle	4 (3/5)	803 (64,1)
Votre travail dans l'ensemble	4 (3/4)	739 (59,0)

À retenir :

- La plupart des médecins de famille ont affirmé trouver du sens à leur travail.
- Ils et elles estimaient que leur mieux-être était particulièrement influencé par :
 - La charge de travail
 - Le temps consacré aux tâches administratives
 - La conciliation travail-vie famille
 - Le travail dans l'ensemble
 - Les ressources humaines
 - Le fonctionnement d'équipe
 - Les ressources matérielles disponibles sur le lieu de travail

3.1.5 Niveau de mieux-être des médecins de famille durant la période allant de décembre 2023 à juillet 2024

D'après le score de mieux-être calculé selon le *Physician Well Being Index*, 62,5 % des médecins de famille présentaient un risque accru de déficit de mieux-être (score ≥ 3).

Parmi les lieux de travail, les médecins de famille exerçant principalement en cabinet ou en CLSC affichaient des scores de mieux-être supérieurs au seuil à risque (tableau 14). Parmi les différents secteurs d'activité, les scores de mieux-être étaient relativement semblables et proches de la moyenne générale, à l'exception notable du secteur des soins palliatifs en maison de soins palliatifs, où le score atteignait 4,1, et du secteur des soins intensifs, qui présentait un score inférieur au seuil à risque (2,9) (tableau 15).

Finalement, le score de mieux-être a connu des variations au cours de la période de collecte, et atteint son point culminant en avril 2024, avec une moyenne d'environ 3,5 sur 9 (figure 1).

Tableau 14: Score de mieux-être selon le principal lieu de travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Principal lieu de travail	Niveau de mieux-être Moyenne (Écart-type)
CLSC (Centre locaux de services communautaires), (n=97)	3,4 (2,6)
Cabinet (Clinique médicale), (n=723)	3,3 (2,6)
Hôpital, (n=194)	2,9 (2,7)
CHSLD/MDA (Centre d'hébergement de soins de longue durée / Maisons des aînés), (n=11)	2,5 (3,4)
Soins à domicile, (n=10)	2,5 (2,7)
Autre	3,6 (2,5)

Tableau 15: Score de mieux-être selon le secteur d'activité (de décembre 2023 à juin 2024)
(N = 1 252)

Secteur d'activité [#]	Niveau de mieux-être Moyenne (Écart-type)
Prise en charge/suivi de patientèle en bureau (cabinet, GMF et/ou CLSC), (n=1 013)	3,4
Soins périnataux/obstétriques, (n=259)	3,3
Soins pédiatriques, (n=583)	3,4
Pratique gériatrique intra établissement, (n=181)	3,6
Soins de longue durée (CHSLD, MDA, ressources intermédiaires), (n=259)	3,5
Soins à domicile (autres que soins palliatifs), (n=301)	3,6
Soins palliatifs à domicile, (n=217)	3,5
Soins palliatifs en maison de soins palliatifs, (n=63)	4,1
Soins palliatifs en milieu hospitalier, (n=182)	3,6
Services d'urgence (incluant CLSC de réseau de garde), (n=242)	3,3
Soins intensifs, (n=45)	2,9
Hospitalisation en soins de courte durée, (n=292)	3,5
Soins aux populations marginalisées, démunies et vulnérables (par exemple : réfugiés, populations en itinérance, dépendance), (n=138)	3,4
Soins aux populations autochtones, (n=83)	3,1
Enseignement au premier cycle, (n=209)	3,3
Supervision en GMF-U, (n=272)	3,3
Supervision hors GMF-U, (n=231)	3,5
Poste de gestion, (n=273)	3,3
Autre, (n=71)	3,4

Noter que les médecins de famille peuvent se retrouver dans plusieurs secteurs d'activité différents

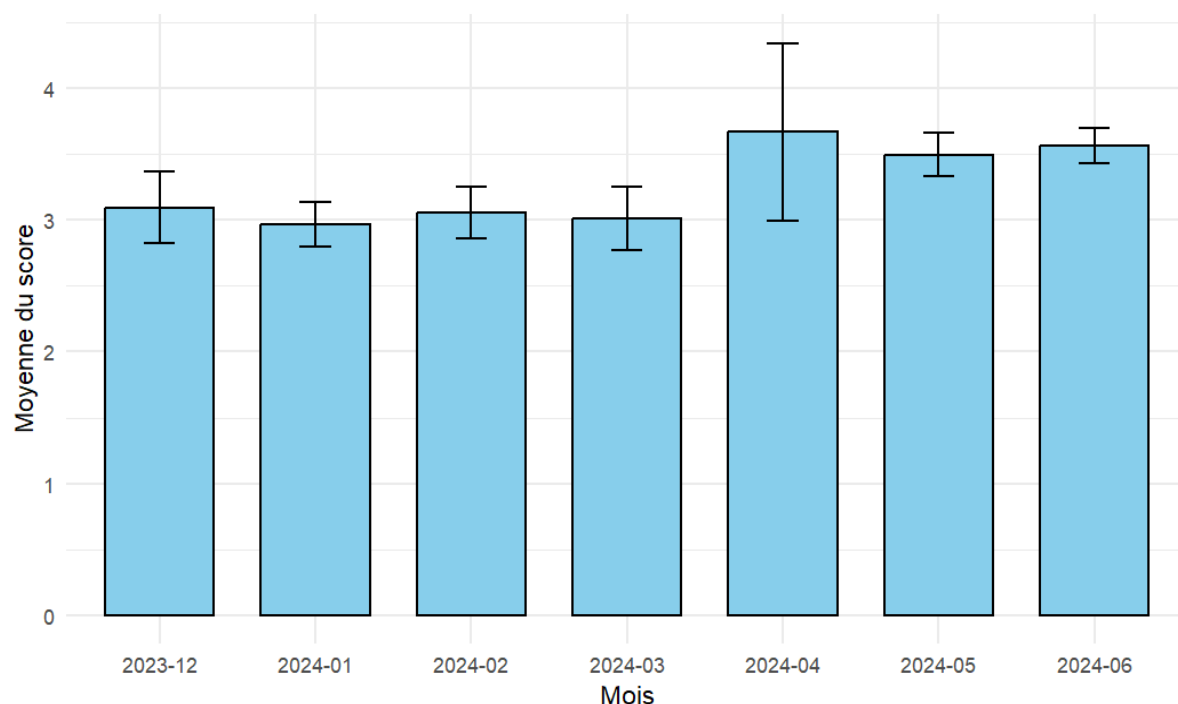


Figure 1 : Variation du score de mieux-être entre décembre 2023 et juillet 2024 (N = 1 252) (le score varie de -2 à 9, -2 indiquant le plus haut niveau de mieux-être et 9 le plus faible niveau)

À retenir :

- Près des deux tiers des médecins de famille en pratique au Québec étaient à risque de déficit de mieux-être au cours de la période allant de décembre 2023 à juillet 2024.
- Les médecins de famille exerçant principalement en cabinet et en CLSC rapportaient des niveaux de mieux-être plus faibles que ceux observés dans les autres lieux de travail.

3.1.6 Perceptions des actions sur le mieux-être et la satisfaction au travail des médecins de famille au Québec

Dans l'ensemble, 65 % des répondants n'avaient pas entendu parler des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer leur mieux-être et leur satisfaction au travail. Parmi les médecins de famille ayant pris connaissance de ces travaux, une minorité était d'accord ou fortement d'accord avec les affirmations selon lesquelles ces travaux contribueraient à réduire la charge des tâches administratives non pertinentes (12,5 %), amélioreraient leur mieux-être et leur qualité de vie sur le plan professionnel (8,4 %), accroîtraient leur satisfaction au travail (8,3 %), favoriseraient le recrutement des étudiants en médecine dans le domaine de la médecine de famille (8,4 %),

soutiendraient la rétention des médecins de famille (8,4 %) et renforceraient la reconnaissance de la médecine de famille (8,4 %).

Tableau 16 : Perception des actions du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer le mieux-être et la satisfaction au travail (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Caractéristiques		Valeurs	
Avez-vous entendu parler des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer votre mieux-être et votre satisfaction au travail? n (%)			
Non		814 (65)	
Oui		438 (35)	
Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes? n (%)		Médiane (Q1/Q3) (1 : Fortement en désaccord à 5 : Fortement d'accord)	D'accord ou fortement d'accord
Ces travaux contribueront à réduire la charge des tâches administratives non pertinentes		3 (2/4)	156 (12,5)
Ces travaux amélioreront mon mieux-être et ma qualité de vie sur le plan professionnel		3 (2/4)	105 (8,4)
Ces travaux amélioreront ma satisfaction au travail		3 (2/4)	104 (8,3)
Ces travaux amélioreront le recrutement des étudiants en médecine dans le domaine de la médecine de famille		3 (2/4)	105 (8,4)
Ces travaux amélioreront la rétention des médecins de famille		3 (2/4)	106 (8,4)
Ces travaux amélioreront la reconnaissance de la médecine de famille		3 (2/4)	106 (8,4)

À retenir :

- Peu de médecins de famille affirmaient avoir entendu parler des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer leur mieux-être et leur satisfaction au travail.
- Plusieurs d'entre eux manifestaient du cynisme quant aux retombées réelles de ces travaux.

3.2 Objectif 2 : Facteurs associés au mieux-être des médecins de famille selon leur ordre d'importance relative

Le tableau 13 présente les résultats du modèle statistique examinant l'association entre les caractéristiques démographiques et organisationnelles et le mieux-être des médecins de famille, ainsi que l'importance relative de chacune de ces caractéristiques. Le modèle a exclu 113 individus (soit 9,2 %) avec données manquantes sur un total de 1 252 réponses. Parmi les caractéristiques associées, la conciliation travail-vie personnelle (delta : 0,0535; rapport de cote [RC] : 0,36; intervalle de confiance [IC] : [0,32; 0,41]) ressortait comme étant la plus importante, suivie de l'épanouissement dans le rôle de médecin de famille (delta : 0,0121; RC : 0,62; IC : [0,55; 0,70]).

Le fait de devoir composer fréquemment avec des attentes démesurées ou de la violence verbale de la part des patients (delta : 0,0048; RC : 1,32; IC : [1,18; 1,47]) arrive au troisième rang. Vient ensuite le niveau de satisfaction à l'égard des ressources humaines (recrutement, rétention, taille de l'équipe et du personnel de soutien, etc.) (delta : 0,0017; RC : 0,89; IC : [0,79; 0,99]), tandis que le fait d'avoir entendu parler des travaux du MSSS ou de la FMOQ pour améliorer le mieux-être et la satisfaction au travail (delta : 0,0013; RC : 1,29; IC : [1,03; 1,63]) occupait la dernière place en ce qui touche l'influence sur le mieux-être des médecins de famille.

Tableau 17 : Association entre le mieux-être et les caractéristiques démographiques et organisationnelles des médecins de famille (régression ordinale) (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 139)

FACTEURS ASSOCIÉS AU MIEUX-ÊTRE						
		Coefficient ⁽¹⁾	Valeur P	IC 2,5 %	IC 97,5 %	Delta pseudo-R ² (2)
CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES						
Âge		0,99	0,20	0,98	1,00	0,0003
Quel est votre genre?	Homme	0,88	0,28	0,69	1,12	0,0008
	Femme	/	/	/	/	
Avez-vous des personnes à charge dont vous êtes le principal responsable?	Oui	1,21	0,09	0,97	1,52	0,0008
	Non	/	/	/	/	
CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE 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	/	/	/	/	0,0004
	Petite ville/banlieue	0,95	0,69	0,74	1,23	
	Zone rurale/région éloignée ou isolée	1,08	0,63	0,80	1,45	
Parmi les secteurs d'activité suivants, lesquels considérez-vous	Prise en charge	1,29	0,12	0,94	1,79	0,0008

comme faisant partie de votre pratique de médecine de famille?	Soins périnataux/obstétriques	1,12	0,41	0,85	1,48	0,0004
	Soins à domicile	1,12	0,40	0,86	1,48	0,0004
	Soins de longue durée	0,99	0,97	0,75	1,31	0,0003
	Soins de fin de vie	1,09	0,56	0,81	1,46	0,0004
	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	0,92	0,52	0,71	1,19	0,0003
	Enseignement	1,07	0,60	0,83	1,37	0,0004
	Poste de gestion	0,85	0,28	0,64	1,14	0,0006
	Soins aux populations vulnérables	1,01	0,93	0,74	1,38	0,0003
Veuillez sélectionner la/les modalité(s) comprise(s) dans votre rémunération : – Tarif à l'acte	Oui	/	/	/	/	0,0003
	Non	0,96	0,77	0,73	1,26	
ORGANISATION DU TRAVAIL EN MÉDECINE DE FAMILLE						

Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures totales (rémunérées ou pas) que vous travaillez au cours d'une semaine (incluant les soins directs aux patients, les tâches administratives, l'enseignement/supervision, les tâches de gestionnaire, les gardes).		1,00	0,53	0,99	1,01	0,0004
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez habituellement aux soins directs aux patients au cours d'une semaine.		1,00	0,97	0,99	1,01	0,0003
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'examen, etc.) au cours d'une semaine.		1,01	0,44	0,99	1,02	0,0001
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez à l'enseignement/supervision au cours d'une semaine.		1,01	0,35	0,99	1,04	0,0005
Veuillez indiquer le nombre moyen d'heures que vous consacrez aux tâches de gestionnaire au cours d'une semaine.		1,00	0,97	0,98	1,02	0,0003
SATISFACTION AU TRAVAIL						
Veuillez indiquer votre degré de satisfaction avec :	Votre revenu	0,91	0,12	0,81	1,02	0,0008
	Votre mode de rémunération principal	0,99	0,89	0,89	1,11	0,0002
	Les ressources humaines	0,89	0,04 ^{*(3)}	0,79	0,99	0,0017
	Les ressources matérielles sur le lieu de travail	0,99	0,89	0,9	1,11	0,0003
	Le fonctionnement de l'équipe	0,96	0,51	0,86	1,08	0,0007

	Votre conciliation travail-vie personnelle	0,36	< 0,0001*	0,32	0,41	0,0535
Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes?	Je suis épanoui(e) dans mon rôle de médecin de famille.	0,62	< 0,0001*	0,55	0,70	0,0121
	Les patients estiment que les médecins de famille offrent plus qu'un simple service de référence vers les autres spécialistes.	1,00	0,95	0,89	1,13	0,0002
	Les patients estiment que les médecins de famille sont la porte d'accès principale à toute demande de santé.	1,03	0,63	0,90	1,18	-0,0006
	Les médecins de famille font souvent face à des attentes démesurées ou même de la violence verbale de la part de leurs patients.	1,32	< 0,0001*	1,18	1,47	0,0048
	Les autres médecins spécialistes considèrent la médecine de famille comme une spécialité à part entière.	0,9	0,22	0,8	1,0	-0,0012
	Le MSSS considère la médecine de famille comme essentielle au système de santé.	0,93	0,28	0,83	1,05	0,0016
PERCEPTIONS DES ACTIONS SUR LE MIEUX-ÊTRE ET LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES MÉDECINS DE FAMILLE AU QUÉBEC						
	Oui	/	/	/	/	

Avez-vous entendu parler des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer votre mieux-être et votre satisfaction au travail?	Non	1,29	0,029*	1,03	1,63	0,0013
---	-----	------	--------	------	------	--------

Note : IC : Intervalle de confiance.

1. Le coefficient représente le rapport de cotes proportionnel, qui mesure dans quelle proportion les chances d’avoir un indice de mieux-être plus élevé plutôt que plus bas – sachant que plus l’indice est élevé, plus le niveau de mieux-être est faible – changent pour chaque augmentation d’un niveau de la variable explicative.
2. Le delta représente la différence dans le pseudo-R² associée à l’ajout de chaque variable indépendante au modèle (en tenant compte de la présence des autres variables) permettant d’analyser l’importance relative de chaque variable. Le pseudo-R² incluant toutes les variables était de 0,1568.
3. Le (*) représente une p-value significative ($p \leq 0,05$).

La figure 2 ci-dessous illustre les principaux facteurs selon leur importance relative.

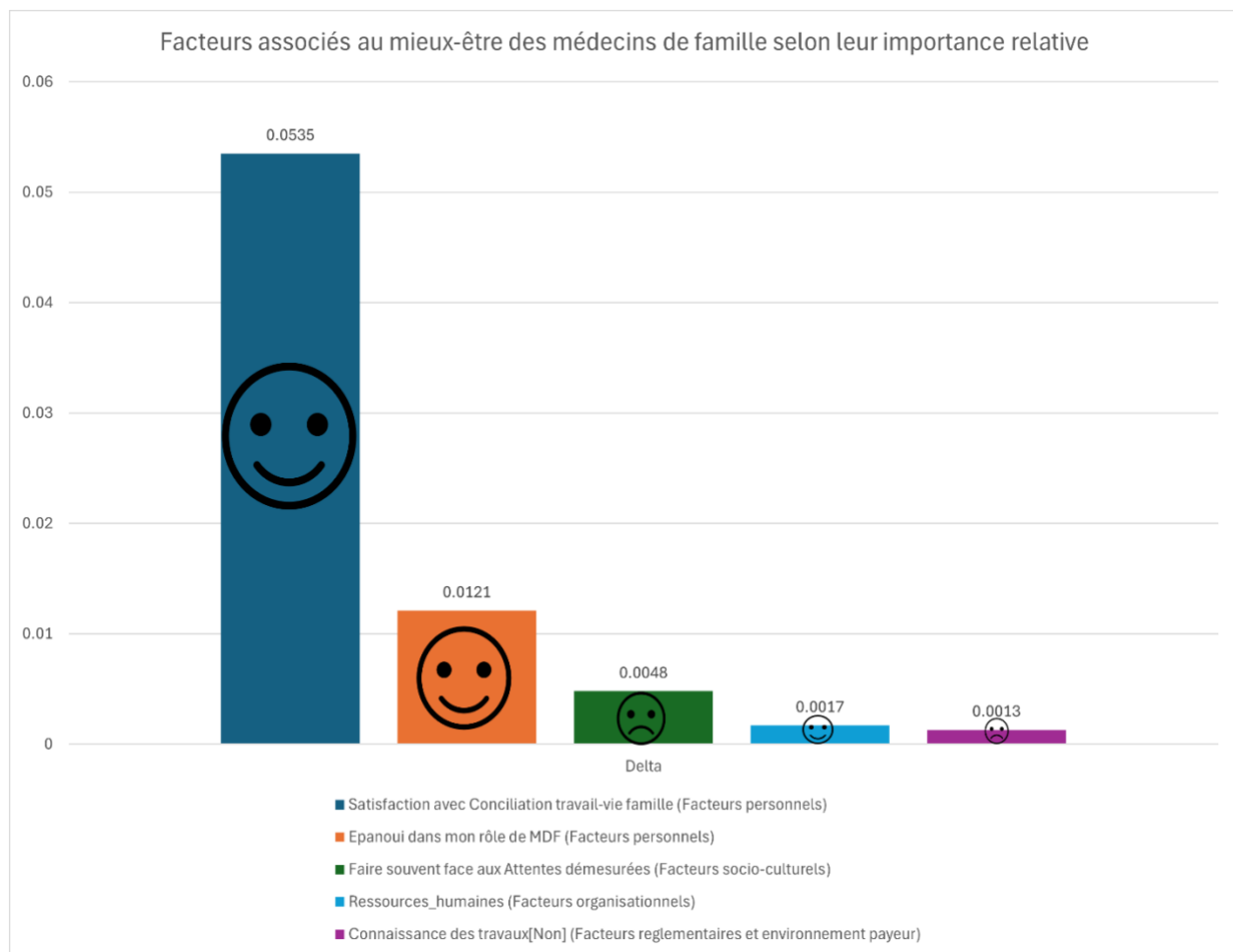


Figure 2: Illustration de l'ordre d'importance des cinq facteurs statistiquement significatifs associés au mieux-être (un visage souriant indique une association positive avec le mieux-être et un visage triste, une association négative)

À retenir :

- Les facteurs influant sur le bien-être des médecins de famille en pratique au Québec de décembre 2023 à juillet 2024 sont, par ordre d'importance décroissant :
 - La conciliation travail-vie personnelle
 - L'épanouissement dans le rôle de médecin de famille
 - Les attentes démesurées ou la violence verbale de la part des patients
 - Les ressources humaines
 - La connaissance, par les médecins de famille, des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer leur mieux-être et leur satisfaction au travail

3.3 Résultats de l'analyse qualitative des commentaires des répondants

Parmi les médecins qui ont complété le sondage, 533 ont laissé un commentaire (soit 42,6 % des 1 252 répondants) à la fin du sondage. L'analyse qualitative des commentaires, de nature descriptive, est structurée autour de six grands thèmes (tableau 14). En somme, l'analyse a révélé un profond sentiment de dévalorisation de la médecine de famille, exprimé à travers des enjeux de reconnaissance, de surcharge professionnelle et de dysfonctionnements organisationnels. Les médecins de famille ont également formulé de nombreuses propositions concrètes visant à améliorer leur mieux-être et à soutenir la profession dans un contexte perçu comme de plus en plus exigeant et peu valorisant.

Tableau 18 : Thèmes et sous-thèmes de l'analyse descriptive des commentaires (de décembre 2023 à juin 2024) (N = 1 252)

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
1. Manque de reconnaissance ou de valorisation des médecins de famille	• Mépris des représentants politiques • Jugement des médias • Incompétence des institutions représentantes (FMOQ, CMQ, etc.) • Vision négative des patients	« Tant que le ministre de la santé, le premier ministre et les autres ministres du gouvernement utiliseront les médecins de famille comme boucs émissaires pour les problèmes du système de santé, les médecins de famille continueront à se sentir sous-estimés et les étudiants en médecine éviteront de choisir la médecine familiale. » (1341/60-389) « Considérer la médecine de famille et éviter le “doctor bashing” dans les médias serait un premier pas important pour la valorisation de la médecine familiale. » (1371/61-220)
2. Incompatibilités entre les structures organisationnelles et la profession	• Manque de professionnels de la santé • Déshumanisation • Manque de soutien administratif • Infrastructure informatique désuète	« Personnellement, je pense qu'il y a une problématique liée au manque d'effectif [...] [les gestionnaires] tentent de tout faire rentrer dans des boîtes bien délimitées alors que les patients viennent [avec] une multitude de problèmes qui les rendent tous uniques. » (531/61-431) « La médecine a perdu sa principale qualité, son humanité, au profit de la productivité (660/1923-2498)

		« Le soutien administratif et professionnel (autres professionnels) qui n'est pas au rendez-vous, soit en raison de roulement de personnel, de postes non comblés ou d'absence de mesure de contrôle de performance. » (703/61-706) « [...] le retard technologique dans le système de la santé (recevoir encore des fax et devoir numériser sans cesse des documents écrits à la main au lieu que tous aient accès au même dossier médical dans la province). » (946/892-1104)
3. Manque de soutien et de collaboration avec les médecins spécialistes	• Difficultés de référer vers des spécialistes • Enjeux de communication avec les médecins spécialistes • Suivi de deuxième ligne en première ligne par les médecins de famille	« De plus près de 30 % de mes rendez-vous sont dédiés à des patients qui attendent un rendez-vous en spécialité[...] » (517/304-473) « Beaucoup de visites inutiles pour réévaluer des personnes inquiètes qui n'ont pas encore eu accès à l'examen demandé ou au spécialiste demandé et beaucoup de temps est passé à tenter de justifier ou excuser l'inacceptable. » (847/61-337) « [...] les attentes interminables dans le CRDS pour certaines spécialités comme neuro ou gastro ou allergie ou neurochirurgien font qu'on est laissé à nous-mêmes avec des problèmes complexes... Des patients qui nous inquiètent et pour qui on n'a pas de solutions[...] » (262/146-396)
4. Fardeaux liés à la profession	• Système exclusivement centré sur les médecins de famille • Exacerbation de la lourdeur des patients complexes	« Nous faisons beaucoup de choses qui pourraient être fait par d'autres, nous ramassons tous les patients qui n'ont pas les moyens d'être vus par un dentiste, un

	• Imputabilité exclusive des médecins de famille	<i>physio, un psychologue[...] » (893/550-736)</i> <i>« La lourdeur des patients (problématiques multiples) et le vieillissement de la population amène une surcharge de travail. » (467/966-1 361).</i> <i>« Au moins 60 % de ce que je fais pourrait être fait par quelqu'un d'autre. Le jour où on considérera qu'on manque vraiment de médecins de famille, peut-être qu'on arrêtera de gaspiller notre temps. » (281/499-688)</i>
5. Enjeux de la pratique actuelle de médecine de famille	• Absence de relais • Épuisement des médecins de famille • Désenchantement à l'égard de la médecine de famille • Difficultés de rétention des médecins de famille	<i>« Mes amies enceintes ont pris 12 mois de vrai congé, mon en réalité j'en ai 6 car on commence à compter mon 52 semaines sans garde à partir de ma 30^e semaines de grosses[esse] et je dois gérer mes labos/papiers dès le 6^e mois de congé. » (267/1814-2757)</i> <i>« I love what I do but this is not a sustainable way to live » (1271/1397-1587)</i> <i>« Je pratique depuis plus de 30 ans et cela s'est beaucoup détérioré! Je suis découragée et j'espérais continue longtemps à temps partiel mais je doute de plus en plus dans le climat actuel et comment on nous considérer » (1494/61-277)</i>
6. Propositions de changements	• Augmenter l'attractivité de la médecine de famille • Modifier la rémunération des médecins de famille • Favoriser une imputabilité partagée • Intégrer la prévention et l'évaluation des	<i>« [...]Il faut que le gouvernement cesse de microgérer nos pratiques. Les nouvelles règles ne font que détériorer l'accès à nos patients et compliquer inutilement notre organisation (assiduité, GAP, PREM, AMP, facturation par territoire, nombre de patients minimum, etc...).[...] » (1459 /61-805)</i>

	déterminants sociaux de la santé • Cesser la microgestion de la pratique de médecine de famille (AMP, PREM, GAP, etc.) • Améliorer la production et l'accès à des données probantes sur la première ligne	« La médecine familiale est de plus en plus curative. Il y a de moins en moins de place pour le préventif qui prend du temps. Une meilleure valorisation de notre système de santé et de la médecine familiale passe à mon avis par une reconnaissance de l'importance de la prévention. Un système de santé qui continue d'essayer de répondre aux besoins d'une société dont les besoins de base (alimentation, logement, éducation, matériel, affectif) ne sont pas comblés est voué à l'échec. Une pratique de la médecine familiale qui fait du sens prend du temps pour établir un lien avec nos patients, pour prendre en compte leurs besoins globaux et ensuite des ressources pour y parvenir[...] » (1175/60-1113)
--	---	--

4 Discussion

Cette étude poursuivait deux principaux objectifs : premièrement, décrire l'état actuel de mieux-être et de satisfaction au travail des médecins de famille en pratique au Québec et, deuxièmement, examiner l'importance relative des caractéristiques démographiques et organisationnelles associées au mieux-être des médecins de famille en pratique au Québec. L'analyse des données présentée ci-dessus a mis en évidence les principaux résultats, examinés ci-après.

4.1 État de mieux-être des médecins de famille

Cette étude a révélé que 62,5 % des médecins de famille en pratique au Québec entre décembre 2023 et juillet 2024 présentaient un risque de déficit de mieux-être. Ce résultat se rapproche de celui de Cholewa et al. (2024), la seule autre étude recensée dans la littérature qui a examiné le mieux-être des médecins de famille belges en couvrant l'aspect multidimensionnel du mieux-être, et qui a également révélé que plus de la moitié, soit 57 %, étaient à risque de déficit de mieux-être (Cholewa et al., 2024).

D'autres études ayant examiné des aspects précis du mieux-être, en particulier l'épuisement professionnel des médecins de famille, ont obtenu des taux similaires à ceux de notre étude (Association médicale canadienne [AMC] et Ipsos, 2022; Creager et al., 2019). Outre ces taux élevés, les médecins de famille demeurent plus à risque de ressentir un déficit de mieux-être, non seulement par rapport à leurs pairs médecins spécialisés dans d'autres domaines (Association

médicale canadienne [AMC] et Ipsos, 2022; White, 2021), mais également par rapport au personnel infirmier (Abraham et al., 2021) et à d'autres professionnels de la santé (Clay et al., 2024).

Par ailleurs, une variation dans l'évolution du score de mieux-être a été observée durant la période de collecte de données du sondage, avec une augmentation marquée à partir du mois d'avril 2024. Cette hausse pourrait avoir été influencée par certaines décisions gouvernementales, notamment la sortie médiatique concernant l'entente du Guichet d'accès à la première ligne (GAP), et l'intention affichée du gouvernement de mettre fin au forfait annuel de 120 \$ en vigueur (Bellerose, 2024). En effet, selon Sherma et Abelson (2024), le discours médiatique exercerait une influence importante sur le sentiment de valorisation et le sens du travail, ainsi que sur la relation patient-médecin (Sharma et Abelson, 2024).

4.2 Satisfaction des médecins de famille au travail

L'étude a mis en évidence cinq grands facteurs nuisant à la satisfaction au travail des médecins de famille, à savoir : le degré de satisfaction à l'égard du temps consacré aux tâches administratives, le degré de satisfaction à l'égard des ressources humaines, la charge de travail, le degré de satisfaction à l'égard des ressources matérielles sur le lieu de travail, et le degré de satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle. Ces causes d'irritation ont fréquemment été reconnues dans la littérature comme des sources majeures d'insatisfaction au travail chez les médecins de famille (Gajjar et al., 2022; Wallace et al., 2009), confirmant ainsi la pertinence des observations de notre étude.

Parmi ces facteurs, les médecins de famille étaient principalement très insatisfaits ou insatisfaits du temps consacré aux tâches administratives. En effet, les médecins de famille participants ont indiqué avoir consacré en moyenne 10 heures aux tâches administratives, sur un total moyen de 50 heures travaillées par semaine. De plus, selon eux, 33 % de ces tâches administratives pourraient être effectuées par d'autres professionnels (personnel infirmier ou secrétaire).

Cet enjeu de la paperasse concorde avec les statistiques de la FMOQ, selon lesquelles les médecins de famille consacrent de 20 à 25 % de leur temps aux tâches administratives (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024). Le constat est similaire pour le reste du Canada (Association médicale canadienne, 2024), voire plus marqué, comme chez les médecins de famille de l'Ontario, qui disent consacrer en moyenne 19 heures aux tâches administratives et affirment que les deux tiers de ce travail pourraient être réalisés par d'autres professionnels (Zhang, 2024).

La proportion de temps consacré aux tâches administratives n'ayant pas de valeur ajoutée ou ne requérant pas l'expertise d'un médecin engendre une perte considérable de temps et nuit à la productivité du médecin (Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, 2024; Zhang, 2024). Ainsi, agir sur les tâches administratives pourrait avoir un effet notable sur la satisfaction au travail des médecins de famille et contribuer à améliorer l'accès aux soins et leur continuité (Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, 2024).

4.3 Facteurs associés au mieux-être des médecins de famille selon leur importance relative

Les modèles statistiques menés dans le cadre de cette étude ont montré que les facteurs associés au mieux-être des médecins de famille, selon leur ordre relatif d'importance, étaient la satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle; le fait d'être épanoui dans son rôle de médecin de famille; le fait de se heurter souvent à des attentes démesurées, voire à de la violence verbale de la part des patients; la satisfaction à l'égard des ressources humaines (recrutement, rétention, taille de l'équipe et du personnel de soutien, etc.); et le fait d'avoir entendu parler ou non des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ.

De tous les principaux facteurs associés au mieux-être des médecins de famille en pratique au Québec, le degré de satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle a été désigné comme le plus déterminant, en ce qu'il réduit considérablement le risque de déficit de mieux-être. Le constat est similaire pour l'étude belge de Cholewa et al., 2024, dans laquelle un horaire permettant un bon équilibre travail-vie personnelle a été identifié comme l'un des principaux facteurs les plus favorable au mieux-être des médecins de famille (Cholewa et al., 2024).

De plus, les études qui ont analysé spécifiquement l'épuisement professionnel ont également reconnu l'importance capitale de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle sur la prévention de l'épuisement professionnel chez les médecins de famille et les autres professionnels (Bodendieck et al., 2022; Lindfelt et al., 2018; Loft et Jensen, 2020; Shanafelt et al., 2014). En effet, un bon degré de satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle favoriserait non seulement le recrutement et la rétention des médecins de famille (Shanafelt et al., 2014), mais aurait un effet positif sur l'engagement affectif et la satisfaction au travail (Mas-Machuca et al., 2016).

L'épanouissement dans le rôle de médecin de famille s'est révélé le second facteur le plus influent, immédiatement après la satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle. Ce résultat concorde avec des travaux antérieurs révélant une association positive entre l'épanouissement dans le rôle de médecin de famille et la réduction de l'épuisement professionnel, qui est une dimension du mieux-être (Freeborn, 2001; Neufeld et al., 2023). En effet, un médecin de famille épanoui dans sa fonction ressentirait une plus grande satisfaction au travail, et exercerait pleinement ses compétences professionnelles en fournissant des soins de qualité dans le maintien d'une bonne relation clinique avec ses patients (van den Hombergh et al., 2009). Ce lien positif a également été observé chez d'autres professionnels de la santé, renforçant ainsi le consensus sur l'importance du sentiment d'épanouissement.

Ainsi, miser sur des mesures visant l'épanouissement professionnel des médecins de famille pourrait être une piste pour améliorer la qualité des soins, la sécurité des patients, ainsi que l'expérience des patients et des prestataires au sein du système de santé (Scheepers et al., 2015).

Devoir composer souvent avec des attentes démesurées ou même de la violence verbale de la part des patients occupait la troisième position, selon l'ordre d'importance, tout juste après

l'épanouissement dans le rôle de médecin de famille. Ce facteur est ressorti comme un déterminant important ayant une influence négative sur le mieux-être des médecins de famille. Plusieurs études dans la littérature soutiennent que les attentes démesurées des patients exposent fortement les médecins de famille à un risque de détérioration du mieux-être (Gascon-Santos et al., 2024; Hiefner et al., 2022). En effet, être fréquemment confronté à des patients agressifs et déraisonnables représente pour les médecins de famille une source importante de stress dans leur pratique (Hiefner et al., 2022).

Ce stress persistant contribuerait à l'épuisement professionnel des médecins de famille ainsi qu'à un sentiment de manque d'efficacité et/ou d'utilité dans leur rôle, renforçant ainsi l'insatisfaction au travail et le déficit de mieux-être (Gascon-Santos et al., 2024; Hiefner et al., 2022). De plus, les médecins de famille le vivant tendraient à éviter certains patients, auraient de la difficulté à maintenir une bonne relation médecin-patient et ressentiraient une perte d'efficacité et de sens du travail entraînant un désengagement progressif et un désir grandissant de quitter la pratique de la médecine de famille (Gascon-Santos et al., 2024). Ce constat n'a pas seulement été fait auprès des médecins de famille, mais également auprès d'autres professionnels de santé (Pekurinen et al., 2017).

Le quatrième grand facteur cerné dans cette étude est la satisfaction à l'égard des ressources humaines. Ce résultat est conforme à la littérature ayant examiné l'influence des ressources humaines sur l'aspect mental du mieux-être des médecins de famille, en particulier l'épuisement professionnel et le mieux-être psychologique (Bodenheimer et Willard-Grace, 2016; Shanafelt et al., 2015; Sinsky et al., 2013). En effet, un recrutement adéquat et une bonne rétention des médecins de famille et du personnel de la santé réduiraient la charge de travail (Bodenheimer et Willard-Grace, 2016; Sinsky et al., 2013).

De même, une bonne collaboration interprofessionnelle conduirait à une meilleure délégation des tâches (Bodenheimer et Willard-Grace, 2016). Tout cela réduirait l'engagement du médecin de famille dans des rôles non médicaux (tâches administratives élevées, trop de paperasse, etc.) (Shanafelt et al., 2015) et contribuerait à la réduction de l'épuisement professionnel, de la susceptibilité de réduire volontairement les heures de travail et/ou de quitter la pratique de la médecine de famille (Bodenheimer et Willard-Grace, 2016; Shanafelt et al., 2015; Sinsky et al., 2013).

Enfin, le manque de connaissance des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer le mieux-être des médecins de famille est ressorti comme le cinquième et dernier grand facteur, selon l'ordre d'influence, significativement associé au bien-être des médecins de famille en pratique au Québec. L'ignorance par certains médecins de famille des mesures liées au mieux-être et à la satisfaction pourrait témoigner d'un sentiment de manque de soutien de la part des organisations et institutions gouvernementales. L'analyse qualitative des commentaires a également mis en évidence ce manque de soutien, largement exprimé par les médecins de famille ayant laissé des commentaires. Dans cette étude, ce manque de soutien perçu est ressorti comme un facteur

d'exposition accrue au risque de déficit de mieux-être chez les médecins de famille. Ce résultat concorde avec la littérature (Carlasare et al., 2024; Snowdon et al., 2025). En effet, les médecins de famille qui ne se sentent pas soutenus par leurs organisations ou institutions gouvernementales éprouvent très souvent des sentiments de dévalorisation et d'abandon, ainsi qu'une perte de contrôle sur leur pratique de la médecine de famille (Snowdon et al., 2025).

4.4 Autres facteurs potentiels

Cette étude a également repéré des facteurs secondaires qui influencent le mieux-être des médecins de famille, notamment le fait d'avoir des personnes à charge dont on est le principal responsable, le fait que le MSSS considère la médecine de famille comme essentielle au système de santé, et le fait que la médecine de famille soit considérée comme une spécialité à part entière, la prise en charge et le suivi de la patientèle en bureau (cabinet, GMF et/ou CLSC), le revenu et, enfin, l'âge. Dans cette étude, ces facteurs n'ont pas été statistiquement significatifs, mais ils laissent entrevoir un signal potentiel qui mérite d'être exploré.

En effet, les recherches sur l'aspect mental du mieux-être des médecins de famille ont fait ressortir des liens importants avec le fait d'avoir des personnes à charge (Yang et al., 2024) et la satisfaction à l'égard du revenu (Yilmaz, 2018). Plus les médecins de famille sont insatisfaits de leur revenu, plus ils seraient exposés au risque d'épuisement professionnel et d'insatisfaction au travail (Yilmaz, 2018). De même, la prise en charge de la patientèle est souvent perçue par les médecins de famille comme un engagement à vie lourd de responsabilités, ce qui peut être préjudiciable au mieux-être des médecins de famille, surtout dans un contexte de manque de soutien systémique (charge de travail accrue, gestion du cabinet, manque de ressources, moins de flexibilité d'emploi), se manifestant ainsi par un désengagement de la prise en charge et un virage vers les secteurs d'activité spécialisés (Ansari et al., 2025). Par ailleurs, la littérature signale des associations notables entre l'âge des médecins de famille et l'épuisement professionnel (Murray et al., 2016). Selon plusieurs études, les médecins de famille plus jeunes ont plus de difficulté à trouver un équilibre entre le travail et la vie personnelle, et sont plus à risque d'épuisement professionnel que leurs pairs plus âgés (Bodendieck et al., 2022; Shanafelt et al., 2015).

Toutes ces tendances ont également été observées dans notre étude, mais sans être statistiquement significatives. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a évalué le mieux-être des médecins de famille comme un concept multidimensionnel, alors que les études ayant relevé des associations significatives ont examiné une ou deux dimensions du mieux-être, telles que l'épuisement professionnel ou la satisfaction au travail.

4.5 Interprétation des facteurs les plus déterminants selon le cadre de Brigham et al. (2018)

En se référant au cadre de Brigham et al., (2018) et à l'arrimage aux sous-dimensions liées au mieux-être, on observe que les facteurs les plus importants influençant le mieux-être des médecins de famille relèvent principalement de la sous-dimension des facteurs personnels (conciliation

travail-vie personnelle, sentiment d'épanouissement). Cette observation semble concorder avec l'étude de Cholewa et al., 2024, mais diverge de la littérature sur la dimension mentale du mieux-être, en particulier l'épuisement professionnel. En effet, selon de nombreuses données probantes les facteurs organisationnels comme les ressources humaines (notamment la collaboration d'équipe et l'optimisation des tâches administratives) sont plus déterminants que les facteurs personnels dans l'apparition de l'épuisement professionnel chez les médecins de famille (Bodenheimer et Willard-Grace, 2016; Creager et al., 2019; Patel et al., 2018; Shanafelt et al., 2015). Cette discordance pourrait s'expliquer par la différence du concept étudié, cette étude ayant adopté une approche globale en tenant compte de l'ensemble des dimensions du mieux-être.

Néanmoins, les facteurs socioculturels (attentes des patients), les facteurs de l'environnement réglementaire (connaissance des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour améliorer le mieux-être et la satisfaction au travail des médecins de famille) et les facteurs organisationnels (ressources humaines) comptaient parmi les sous-dimensions les plus déterminantes.

Par ailleurs, la littérature a également démontré qu'il existe une interaction étroite entre les différentes dimensions de facteurs, notamment les facteurs personnels, organisationnels et socioculturels (Association médicale canadienne [AMC] et Ipsos, 2022; Wallace et al., 2009; West et al., 2018). Une mauvaise conciliation travail-vie personnelle serait liée à une insatisfaction à l'égard des ressources humaines, à un manque de soutien social et institutionnel, engendrant un déficit d'épanouissement dans le rôle de médecin de famille (Yester, 2019). De ce fait, ces facteurs ne peuvent être abordés de façon isolée.

4.6 Retombées de l'étude sur les politiques et la pratique

Les résultats de cette étude présentent des retombées potentielles tant sur les politiques publiques que sur la pratique de la médecine de famille. En mettant en lumière les principaux motifs d'irritation liés à la satisfaction au travail, cette étude permettra aux décideurs de mieux cibler leurs actions sur les obstacles réels à la satisfaction des médecins de famille. La documentation des facteurs associés au mieux-être et leur ordre d'importance peuvent également servir de base de priorisation des mesures de la Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille.

L'identification de facteurs tels que la satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle, l'épanouissement professionnel, les attentes démesurées ou les violences verbales de la part des patients, la satisfaction à l'égard des ressources humaines, et l'état de connaissance des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ pour l'amélioration du mieux-être des médecins de famille (qui peut déterminer le sentiment de soutien institutionnel) comme déterminants majeurs, justifie la mise en œuvre des politiques d'amélioration structurelles spécifiques et ciblées.

Puisque la littérature souligne clairement le rôle du mieux-être des médecins de famille comme indicateur de performance du système de santé, les résultats de cette étude pourront aussi servir de base d'évaluation du rendement du système en matière de bien-être des prestataires de soins. Par

ailleurs, des études futures pourraient envisager un jumelage avec les données clinico-administratives pour analyser l'association entre mieux-être, qualité des soins et utilisation des services de santé, et examiner l'évolution de ces tendances dans le temps et en fonction des réformes du système de santé. Enfin, une analyse comparative du mieux-être des médecins de famille à l'échelle des territoires de compétence du Canada permettrait également de mieux comprendre les similitudes et les différences entre les facteurs influençant le bien-être.

Sur le plan pratique, ces résultats permettront de cibler des mesures prioritaires dans les milieux de pratique. Par exemple, la reconnaissance des ressources humaines comme déterminant majeur pourra justifier des stratégies visant le renforcement des équipes de soins (recrutement et rétention) et le bon fonctionnement interprofessionnel (collaboration interprofessionnelle, sécurité psychologique) (Hirayama et al., 2024; West et al., 2016; Yang et al., 2024). Ces données éclairent également des pistes d'amélioration telles que l'évolution des rôles au sein de l'équipe et la délégation optimale des tâches administratives et cliniques.

4.7 Forces et limites de l'étude

Notre étude a permis de brosser un portrait du niveau de mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille en pratique au Québec de décembre 2023 à juillet 2024 tout en examinant les facteurs associés selon leur importance relative. Nous avons utilisé un instrument de mesure du mieux-être validé (le *Physician Well-Being Index*), capable de capter toutes les dimensions du mieux-être des médecins de famille. À notre connaissance, cette étude est la première au Québec à adopter une approche multidimensionnelle et à faire ressortir l'importance relative des différents facteurs démographiques et organisationnels associés au mieux-être des médecins de famille.

En ce qui concerne la collecte de données, bien que le questionnaire n'ait pas été validé pour ses propriétés psychométriques, il repose sur des questionnaires existants validés. Le taux de participation de près de 12 % pourrait engendrer un biais de sélection, étant donné la possibilité que les répondants se sentent plus concernés par le sujet du mieux-être, ce qui peut mener à une surestimation des résultats. Une possible sous-estimation des résultats est également à prendre en compte, car il existe sur le terrain une fatigue à l'égard des questionnaires découlant du cynisme face aux retombées réelles de la participation des répondants. Ce fait pourrait contribuer à la non-participation des médecins de famille les plus touchés, et conduire à un biais de non-réponse susceptible de diminuer l'ampleur réelle des défis rencontrés. Cependant, les comparaisons de l'échantillon avec l'ensemble des médecins de famille en pratique au Québec démontrent une certaine robustesse des résultats. Notons toutefois que les caractéristiques de santé des médecins de famille n'ont pas été collectées, ce qui pourrait introduire un biais supplémentaire.

Étant donné le devis transversal, il est impossible d'établir un lien de causalité. De plus, les données reflètent un moment précis (entre décembre 2023 et juillet 2024), et pourraient ne pas représenter fidèlement les conditions actuelles. Malgré les prétests et la vérification de la formulation des questions avec des médecins de famille de l'équipe de recherche, certaines

questions ont dû être recatégorisées, ce qui laisse croire qu'elles pourraient être précisées davantage pour les prochaines itérations du sondage.

Conclusion

Les grands défis qui se posent à la médecine de famille au Québec ont conduit à recentrer l'attention sur l'expérience des médecins de famille en exercice au Québec, en particulier leur mieux-être et leur satisfaction au travail. Le sondage révèle un faible niveau de mieux-être chez les médecins de famille, ainsi que plusieurs grandes sources d'irritation liées à leur satisfaction au travail. En effet, les médecins de famille étaient principalement confrontés à des défis concernant le temps consacré aux tâches administratives, les ressources humaines, leur charge de travail, les ressources matérielles sur le lieu de travail, ainsi que la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Par ailleurs, le sondage a fait ressortir, par ordre d'importance, les facteurs suivants comme étant statistiquement associés au mieux-être des médecins de famille au Québec : la satisfaction à l'égard de la conciliation travail-vie personnelle (facteur le plus déterminant), l'épanouissement dans le rôle de médecin de famille, le fait de se heurter fréquemment à des attentes démesurées ou à de la violence verbale de la part des patients, la satisfaction à l'égard des ressources humaines, et le fait d'avoir entendu parler ou non des travaux du MSSS et/ou de la FMOQ.

En désignant clairement ces déterminants clés, le sondage ouvre la voie à des mesures structurantes susceptibles de rehausser à la fois la satisfaction professionnelle des médecins et leur mieux-être, tout en contribuant à une meilleure performance du système de santé. Ainsi, le présent rapport fournit des données probantes essentielles pour orienter tant les décisions de la Table nationale et des nombreuses organisations qui y siègent que les interventions concrètes en milieu clinique visant à améliorer le mieux-être et la satisfaction des médecins de famille.

5 Références

- Abraham, C. M., Zheng, K., Norful, A. A., Ghaffari, A., Liu, J. et Poghosyan, L. (2021). Primary care practice environment and burnout among nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 157-162. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.009>
- American Academy of Family Physicians. (2014, rev. 2023). Family Physician Burnout. American Academy of Family Physicians. <https://www.aafp.org/about/policies/all/family-physician-burnout.html>
- Ansari, H., Glazier, R. H., Schultz, S. E., Green, M. E., Premji, K., Frymire, E., Daneshvarfard, M., Jaakkimainen, L. et Kiran, T. (2025). Family physicians in focused practice in Ontario, Canada: A population-level study of trends from 1993/1994 through 2021/2022. *Annals of Family Medicine*, 23(3), 181. <https://doi.org/10.1370/afm.240377>
- Association médicale canadienne (AMC). (2024, 11 juin). Comment l'AMC préconise des changements pour lutter contre l'écrasant fardeau administratif qui pèse sur les médecins. AMC. <https://www.cma.ca/fr/dernieres-mises-jour/comment-lamc-preconise-changements-lutter-contre-lecrasant-fardeau-administratif-qui-pese-medecins>
- AMC, Ipsos. Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021. Ottawa : L'Association; 24 août 2022. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque17>
- Bart, R., Ishak, W. W., Ganjian, S., Jaffer, K. Y., Abdelmesseeh, M., Hanna, S., Gohar, Y., Azar, G., Vanle, B., Dang, J., & Danovitch, I. (2018). The assessment and measurement of wellness in the clinical medical setting : A systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 15(09-10), 14.
- Bautista, T. G., Roman, G., Khan, M., Lee, M., Sahbaz, S., Duthely, L. M., Knippenberg, A., Macias-Burgos, M. A., Davidson, A., Scaramutti, C., Gabrilove, J., Pusek, S., Mehta, D., & Bredella, M. A. (2023). What is well-being? A scoping review of the conceptual and operational definitions of occupational well-being. *Journal of Clinical and Translational Science*, 7(1), e227. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.648>
- Bellerose, P. (réalisateur). (2024, 18 avril). *Fin des primes pour le GAP : Le ministre Christian Dubé en appelle à la responsabilité des médecins, la FMOQ est inquiète* [enregistrement vidéo]. <https://www.journaldequebec.com/2024/04/18/fin-des-primes-pour-le-gap--le-ministre-christian-dube-en-appelle-a-la-responsabilite-des-medecins>
- Bodendieck, E., Jung, F. U., Conrad, I., Riedel-Heller, S. G. et Hussenoeder, F. S. (2022). The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. *BMC Primary Care*, 23(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01831-7>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bodenheimer, T. et Willard-Grace, R. (2016). Teamlets in primary care : Enhancing the patient and clinician experience. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(1), 135-138. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.01.150176>
- Brady, K. J. S., Kazis, L. E., Sheldrick, R. C., Ni, P. et Trockel, M. T. (2019). Selecting physician well-being measures to assess health system performance and screen for distress: Conceptual and

- methodological considerations. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(12), 100662. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100662>
- Brigham, T., Barden, C., Legreid Dopp, A., Hengerer, A., Kaplan, J., Malone, B., Martin, C., McHugh, M. et Nora, L. M. (2018). A journey to construct an all-encompassing conceptual model of factors affecting clinician well-being and resilience. *NAM Perspectives*, 8(1). <https://doi.org/10.31478/201801b>
- Buck, K., Williamson, M., Ogbeide, S. et Norberg, B. (2019). Family physician burnout and resilience: A cross-sectional analysis. *Family Medicine*, 51(8), 657-663. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.424025>
- Carlasare, L. E., Wang, H., West, C. P., Trockel, M., Dyrbye, L. N., Tutty, M., Sinsky, C. et Shanafelt, T. D. (2024). Associations between organizational support, burnout, and professional fulfillment among us physicians during the first year of the covid-19 pandemic. *Journal of Healthcare Management*, 69(5), 368-386. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-23-00124>
- Cholewa, J., Ponsar, C., de Rouffignac, S., Pétré, B., Van Poel, E., Willems, S. et De Jonghe, M. (2024). General practitioners' well-being in Belgium: Results from the cross-sectional PRICOV-19 study. *BMC Primary Care*, 24(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02341-4>
- Christensen, J. F. (2000). A call for papers on physician well-being. *Western Journal of Medicine*, 172(5), 293-293. <https://doi.org/10.1136/ewj.172.5.293>
- Clay, T. L., Mabachi, N. M. et Callen, E. F. (2024). Building physician wellness into the culture: Evaluating a family physician well-being programme using the physician wellness inventory. *Family Practice*, 41(5), 702-710. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmae024>
- Collège des médecins du Québec. (2023, décembre). Portrait des membres du CMQ. Collège des médecins du Québec. <https://www.cmq.org/fr/a-propos/portrait-membres-cmq>
- Creager, J., Coutinho, A. J. et Peterson, L. E. (2019). Associations between burnout and practice organization in family physicians. *The Annals of Family Medicine*, 17(6), 502-509. <https://doi.org/10.1370/afm.2448>
- Dyrbye, L. N., Johnson, P. O., Johnson, L. M., Halasy, M. P., Gossard, A. A., Satele, D. et Shanafelt, T. (2019). Efficacy of the Well-Being Index to identify distress and stratify well-being in nurse practitioners and physician assistants. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(7), 403-412. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000179>
- Dyrbye, L. N., Satele, D. et Shanafelt, T. (2016). Ability of a 9-item well-being index to identify distress and stratify quality of life in us workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 58(8), 810-817. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000798>
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Gill, P. R., Satele, D. V. et West, C. P. (2019). Effect of a professional coaching intervention on the well-being and distress of physicians: A pilot randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 179(10), 1406. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2425>
- Fédération canadienne de l'entreprise indépendante. (2024). *Les patients avant la paperasse*. (2024). <https://www.cfib-fcei.ca/fr/rapports-de-recherche/les-patients-avant-la-paperasse-2024>

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQO. (2023, 30 novembre). *Mobilisation sans précédent pour la valorisation de la médecine de famille*. FMOQ. <https://www.fmoq.org/dossier-actualites/mobilisation-sans-precedent-pour-la-valorisation-de-la-medecine-de-famille/>
- FMOQ. (2024, 29 octobre). *Portrait 2024 de la médecine de famille*. FMOQ. <https://www.fmoq.org/dossier-actualites/portrait-2024-de-la-medecine-de-famille/>
- Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 13-18. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.13>
- Gajjar, J., Pullen, N., Li, Y., Weir, S. et Wright, J. G. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic upon self-reported physician burnout in Ontario, Canada: Evidence from a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open*, 12(9), e060138. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060138>
- Gascon-Santos, S., Oliván-Blázquez, B., Chambel, M. J., Sebastián, L., Alacreu-Crespo, A., Pérez-Montesinos, Y., Paúl, P. et Fueyo-Díaz, R. (2024). Symptomatology of posttraumatic stress and burnout associated with aggressions suffered by primary care health professionals. A transversal study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1335155>
- Hiefner, A. R., Constable, P., Ross, K., Sepdham, D. et Ventimiglia, J. B. (2022). Protecting family physicians from burnout : Meaningful patient-physician relationships are “more than just medicine”. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 35(4), 716-723. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.210441>
- Hirayama, Y., Khan, S., Gill, C., Thoburn, M., Hancox, J. et Muzaffar, J. (2024). Enhancing wellbeing in medical practice : Exploring interventions and effectiveness for improving the work lives of resident (Junior) doctors: A systematic review and narrative synthesis. *Future Healthcare Journal*, 11(4), 100195. <https://doi.org/10.1016/j.fhj.2024.100195>
- Lee, F. J., Stewart, M., & Brown, J. B. (2008). Stress, burnout, and strategies for reducing them: What's the situation among Canadian family physicians? *Canadian family physician*, 54(2), 234-235.
- Lindfelt, T., Ip, E. J., Gomez, A. et Barnett, M. J. (2018). The impact of work-life balance on intention to stay in academia: Results from a national survey of pharmacy faculty. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(4), 387-390. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.04.008>
- Loft, M. I. et Jensen, C. S. (2020). What makes experienced nurses stay in their position? A qualitative interview study. *Journal of Nursing Management*, jonm.13082. <https://doi.org/10.1111/jonm.13082>
- Manca, D. P., Varnhagen, S., Brett-MacLean, P., Allan, G. M., Szafran, O., Ausford, A., Rowntree, C., Rumzan, I. et Turner, D. (2007). Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. *Canadian Family Physician*, 53(2), 277-286.
- Mas-Machuca, M., Berbegal-Mirabent, J. et Alegre, I. (2016). Work-life balance and its relationship with organizational pride and job satisfaction. *Journal of Managerial Psychology*, 31(2), 586-602. <https://doi.org/10.1108/JMP-09-2014-0272>
- Murray, M., Murray, L. et Donnelly, M. (2016). Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. *BMC family practice*, 17, 1-14.

- Naehrig, D., Schokman, A., Hughes, J. K., Epstein, R., Hickie, I. B. et Glozier, N. (2021). Effect of interventions for the well-being, satisfaction and flourishing of general practitioners—A systematic review. *BMJ Open*, 11(8), e046599. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046599>
- Neufeld, A., Babenko, O. et Bhella, V. (2023). Family physician motivation and well-being in the digital era. *The Annals of Family Medicine*, 21(6), 496-501. <https://doi.org/10.1370/afm.3031>
- Nord, É. (2024, janvier). Le mieux-être des médecins : Une priorité | Le Médecin du Québec. *Le Médecin du Québec*, 59(1). <https://lemedecinquebec.org/archives/2024/1/le-mieux-etre-des-medecins-une-priorite-bases-pour-une-nouvelle-culture/>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M. et Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences : A review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. et Välimäki, M. (2017). Patient aggression and the wellbeing of nurses : A cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1245. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101245>
- Scheepers, R. A., Boerebach, B. C. M., Arah, O. A., Heineman, M. J. et Lombarts, K. M. J. M. H. (2015). A systematic review of the impact of physicians' occupational well-being on the quality of patient care. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 683-698. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9473-3>
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J. et West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general us working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Shanafelt, T. D., Raymond, M., Kosty, M., Satele, D., Horn, L., Pippen, J., Chu, Q., Chew, H., Clark, W. B., Hanley, A. E., Sloan, J. et Gradishar, W. J. (2014). Satisfaction with work-life balance and the career and retirement plans of us oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(11), 1127-1135. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.53.4560>
- Sharma, S. et Abelson, J. S. (2024). Physician burnout and impact of policy. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 35(3), 101042. <https://doi.org/10.1016/j.scrs.2024.101042>
- Sinsky, C. A., Willard-Grace, R., Schutzbank, A. M., Sinsky, T. A., Margolius, D. et Bodenheimer, T. (2013). In search of joy in practice : A report of 23 high-functioning primary care practices. *The Annals of Family Medicine*, 11(3), 272-278. <https://doi.org/10.1370/afm.1531>
- Snowdon, A., Ly, C. et Wright, A. (2025). Resilience among family physicians during the COVID-19 pandemic in Canada. *Healthcare Management Forum*, 38(3), 234-240. <https://doi.org/10.1177/08404704241302717>
- van den Hombergh, P., Künzi, B., Elwyn, G., van Doremalen, J., Akkermans, R., Grol, R. et Wensing, M. (2009). High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: An observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 9(1), 118. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-118>
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B. et Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714-1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)

- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J. et Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- West, C. P., Dyrbye, L. N. et Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout : Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- White, N. (2021). Reducing primary care provider burnout with pharmacist-delivered comprehensive medication management. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(2), 133-135. <https://doi.org/10.1177/1559827620976539>
- Yang, X., Kong, X., Qian, M., Zhang, X., Li, L., Gao, S., Ning, L. et Yu, X. (2024). The effect of work-family conflict on employee well-being among physicians : The mediating role of job satisfaction and work engagement. *BMC Psychology*, 12(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02026-8>
- Yester, M. (2019). Work-life balance, burnout, and physician wellness. *The Health Care Manager*, 38(3), 239-246. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000277>
- Yilmaz, A. (2018). Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(5), 952. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_59_18
- Zhang, T. (2024). *The doctor dilemma: Improving primary care access in Canada*. C.D. Howe Institute.