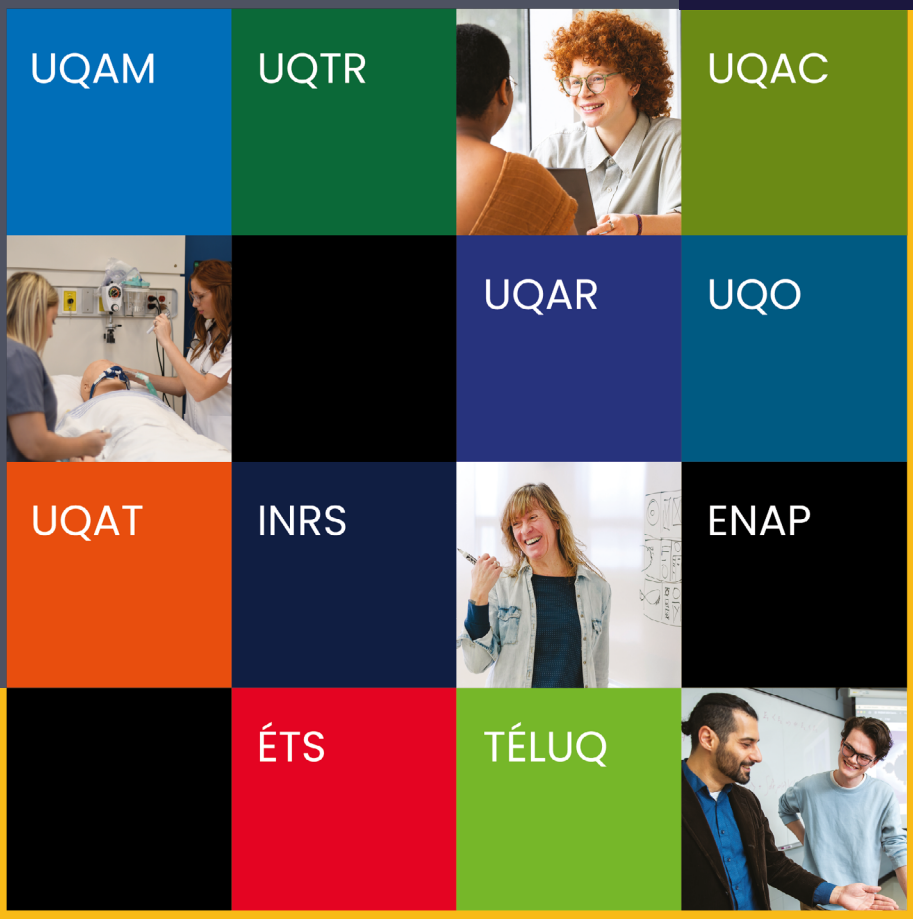
PROJET DE CRÉATION



Doctorat de premier cycle en **médecine axé sur la médecine de famille et la première ligne** à l'Université du Québec

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Vers un nouveau **programme** de **médecine**

Axé sur la **médecine de famille** et la **première ligne**, et dédié au **réseau public**

Table des matières

Liste des sigles et acronymes 7

Introduction 9

1 Le projet de l'UQ : une réponse aux enjeux d'accès aux soins, de rétention des médecins et de valorisation de la médecine de famille 11

2 La démarche de l'UQ pour le développement du programme de médecine 14

2.1 L'analyse des besoins de formation 14

2.1.1 La plus grande consultation de l'histoire de l'UQ 15

2.1.2 L'analyse comparative des programmes 15

2.1.3 L'analyse des données sociodémographiques et sociosanitaires 16

2.2 Le dispositif mis en place pour l'élaboration du dossier d'opportunité 17

3 Le modèle proposé par l'UQ pour le programme MD-UQ 19

3.1 Une vision renouvelée de la formation médicale 19

3.1.1 Les piliers 22

3.1.2 Les valeurs 24

3.1.3 Les thématiques transversales 26

3.1.4 Les cibles stratégiques structurantes 33

3.2 L'expérience de formation 34

3.2.1 Le parcours de la personne étudiante 35

3.2.2 Le modèle pédagogique privilégié 41

3.2.3 Les leviers de rétention des futurs médecins 46

3.3 L'opérationnalisation du programme et conditions de mise en œuvre 48

3.3.1 La gestion, la coordination et la gouvernance du programme 48

3.3.2 L'arrimage avec l'écosystème québécois de formation médicale et avec les autres disciplines en SSS 53

3.3.3 Le recrutement et l'admission : un profil revisité 55

3.3.4 Le recrutement du corps professoral : implication des médecins et des professionnels de la première ligne 57

3.3.5 Les débouchés : jumelage et programmes de résidence 58

3.3.6 Le démarrage : autorisation et agrément 60

3.3.7 Le modèle financier : planification, mise en œuvre et opération 63

4 Les critères d'opportunité 70

4.1 L'opportunité socioéconomique et socioculturelle 71

4.1.1 Des besoins différenciés selon les territoires et les populations 71

4.1.2 Les enjeux d'accès aux soins et services de première ligne 80

4.1.3 Les effectifs et les capacités actuelles dans l'ensemble du Québec 81

4.1.4 L'attractivité de la médecine de famille et de la pratique en régions rurales ou éloignées 83

4.1.5 Le programme MD-UQ : une contribution aux visées transformatrices des nouvelles politiques en SSS 87

4.1.6 Les attentes envers la formation médicale au Québec : constats issus de la consultation nationale de l'UQ 90

4.1.7 Le programme MD-UQ : un levier stratégique pour contribuer aux transformations nécessaires en SSS 93

4.1.8 Des appuis forts au projet 94

4.2 L'opportunité systémique : le positionnement du programme MD-UQ dans l'écosystème de la formation médicale 97

4.2.1 La modernisation de la formation médicale au Canada : des modèles pour le programme MD-UQ 98

4.2.2 L'ancrage territorial, la sécurisation culturelle et l'équité en santé : répondre aux besoins des populations et des communautés 100

4.2.3 Renforcer la première ligne par une formation fondée sur le généralisme et la continuité des soins 108

4.2.4 Former en intégrant des compétences humaines, scientifiques et cliniques dans la complexité des soins 110

4.2.5 Construire une médecine collaborative : partenariat, interprofessionnalité et responsabilité partagée des soins 110

4.2.6 Préparer la médecine de demain : IA, innovations et transformation des pratiques 112

4.2.7 Soutenir la durabilité de la profession médicale : bien-être, équilibre de vie et prévention de l'épuisement professionnel 114

4.2.8 Une occasion unique de transformer la formation médicale québécoise 115

4.3 L'opportunité institutionnelle : les forces et la complémentarité des établissements universitaires de l'UQ au service du programme MD-UQ 119

4.3.1 Une expertise reconnue en SSS et en collaboration interprofessionnelle au service des communautés 120

4.3.2 Un écosystème de recherche interdisciplinaire bien établi 123

4.3.3 L'ancrage territorial : une caractéristique distinctive 131

4.3.4 Un environnement académique accueillant et accessible à une diversité de personnes apprenantes 133

4.3.5 Une convergence de forces au service du programme MD-UQ 138

5 Les retombées attendues et le potentiel de transformation durable du programme MD-UQ 139

5.1 Un meilleur accès à des soins et services de proximité 140

5.2 L'amélioration de la santé et du mieux-être de la population 141

5.3 La réduction des coûts évitables et une meilleure efficience du réseau 142

5.4 L'attraction et la rétention des médecins dans les régions ciblées 143

5.5 L'activité économique et la vitalité des territoires 144

5.6 Un système de santé plus durable, performant et résilient 146

5.7 Le renforcement de la capacité d'apprentissage et d'amélioration continue du RSSS 147

6 Conclusion 149

7 Références bibliographiques 151

Annexes 162

Réalisation et remerciements 349

Liste des sigles et acronymes

Établissements universitaires de l'Université du Québec

UQAM	Université du Québec à Montréal
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
UQAR	Université du Québec à Rimouski
UQO	Université du Québec en Outaouais
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
INRS	Institut national de la recherche scientifique
ENAP	École nationale d'administration publique
ÉTS	École de technologie supérieure
TÉLUQ	Université TÉLUQ
UQ	Université du Québec

Autres sigles et acronymes utilisés dans le texte

ACCÉSSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
AMP	Activités médicales particulières
CAFMC	Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada
CaRMS	Service canadien de jumelage des résidents
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

ÉLI	Externats longitudinaux intégrés
EMNO	École de médecine du Nord de l'Ontario
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
IA	Intelligence artificielle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	infirmière praticienne spécialisée et infirmier praticien spécialisé
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
McGill	Université McGill
MD-UQ	Programme de médecine de l'Université du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
PFMPNIQ	Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuit au Québec
PTEM	Plans territoriaux des effectifs médicaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSS	Réseau universitaire intégré de la santé et des services sociaux
SFU	Simon Fraser University
SSS	Santé et services sociaux
TMU	Toronto Metropolitan University
UdeM	Université de Montréal
ULaval	Université Laval
UdeS	Université de Sherbrooke
WWAMI	Programme d'éducation médicale de l'Université de Washington (Washington, Wyoming, Alaska, Montana et Idaho)

Introduction

L'Université du Québec (UQ) est composée de 10 établissements, accueille annuellement plus de 100 000 personnes étudiantes, a remis plus de 850 000 diplômes, emploie 15 000 membres du personnel et a un budget annuel de plus de 2 milliards de dollars. Ce faisant, elle est aujourd'hui la plus grande université francophone des Amériques.

Depuis sa création en 1968, l'UQ poursuit une mission claire de service public : rendre la recherche et l'enseignement supérieur accessible, en français, sur l'ensemble du territoire québécois. Ses établissements sont présents dans plus de 40 municipalités et travaillent en lien étroit avec tous les partenaires des régions qu'ils desservent.

Cette présence territoriale est au cœur de sa contribution. L'UQ forme des professionnelles et des professionnels dans toutes les régions du Québec, soutient la recherche, souvent en lien direct avec la réalité du terrain et développe des solutions adaptées aux besoins des collectivités. Cette mission est particulièrement pertinente dans le domaine de la santé et des services sociaux (SSS), où les enjeux d'accès et de main-d'œuvre sont centraux. Forte de plus de 24 500 diplômes et attestations délivrés en SSS entre 2020 et 2024 et d'une contribution essentielle à la formation de nombreuses professions de la santé, l'UQ est l'un des principaux acteurs de la formation en SSS au Québec.

En juin 2025, le ministère de l'Enseignement supérieur (MES), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a confié à l'UQ le mandat de documenter et de préciser le projet de programme de médecine de famille qui serait offert en complémentarité de l'offre de formation médicale actuelle. Ce projet phare de l'UQ est porté par l'ensemble de ses dix établissements. Ce mandat s'inscrit dans un contexte de pénurie persistante de médecins de famille et vise à soutenir une meilleure répartition de la main-d'œuvre médicale, particulièrement dans les territoires non desservis par les campus médicaux délocalisés, les communautés autochtones et les milieux où la population est en situation de vulnérabilité. L'exercice demandé à l'UQ comprend notamment l'analyse des besoins du réseau de la santé, la présentation du modèle proposé par l'UQ et son opérationnalisation, l'identification des conditions de mise en œuvre d'un tel programme ainsi que la consultation des principaux partenaires du milieu universitaire et du système de santé afin de contribuer au renforcement de l'accès aux soins de première ligne partout au Québec. (Voir Annexe 1.)

Le présent dossier expose les résultats des travaux réalisés dans le cadre de ce mandat. Il présente la problématique et la démarche ayant guidé l'analyse puis le modèle proposé par l'UQ, ses fondements, ses orientations pédagogiques et ses conditions de mise en œuvre. Il documente également les opportunités socioéconomiques, systémiques et institutionnelles qui soutiennent la pertinence du projet ainsi que les retombées anticipées pour la population, les communautés et le système de santé québécois.

Au-delà de la création d'un nouveau programme, la démarche entreprise par l'UQ s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'avenir de la formation médicale et sur l'évolution nécessaire des soins de première ligne au Québec. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la diversification des besoins des communautés, les défis d'accès aux soins et la transformation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), la formation des médecins est appelée à évoluer. Les orientations gouvernementales récentes mettent d'ailleurs l'accent sur le renforcement de la première ligne, la responsabilité populationnelle, l'intégration des soins et services, la collaboration interprofessionnelle, l'innovation et une meilleure réponse aux réalités territoriales.

La proposition du programme de médecine de l'UQ (MD-UQ) s'inscrit directement dans cette vision. Elle repose sur la conviction que les médecins de demain devront être préparés à exercer dans des environnements complexes et en constante évolution, en partenariat avec les personnes, les communautés et les autres membres professionnels de la santé, mais aussi d'autres secteurs. Ancré dans les territoires, porté par une vision d'une médecine communautaire, humaine, durable, collaborative et efficiente, le programme vise à contribuer à la transformation de la première ligne et, plus largement, à l'amélioration pérenne de la santé et du bien-être des populations québécoises. La proposition qui suit s'inscrit dans cette perspective.

1 Le projet de l'UQ : une réponse aux enjeux d'accès aux soins, de rétention des médecins et de valorisation de la médecine de famille

L'accès aux soins

La volonté d'améliorer durablement l'accès aux soins de première ligne constitue l'un des fondements du projet de programme MD-UQ. Ce projet s'inscrit dans un contexte marqué par des difficultés persistantes d'accès aux soins pour une partie importante de la population québécoise, par des enjeux de recrutement et de rétention des médecins dans plusieurs territoires, et par la nécessité de rehausser l'attractivité de la médecine de famille et des soins de première ligne.

Malgré les nombreuses politiques et stratégies déployées au cours des dernières années pour renforcer la première ligne, l'accès à un professionnel assurant le suivi de première ligne demeure un défi majeur. Les délais d'attente, la fragmentation des services et le recours fréquent aux urgences pour des problèmes pouvant être pris en charge ailleurs témoignent de cette pression persistante sur le système. Ces difficultés touchent particulièrement certains territoires, qu'ils soient urbains ou ruraux, les communautés éloignées, notamment autochtones, ainsi que plusieurs populations vivant dans des contextes de vulnérabilité sociale ou économique. Les inégalités en santé observées au Québec, qu'elles soient liées au revenu, à la scolarité, à l'origine culturelle ou au lieu de résidence, contribuent également à des disparités importantes dans l'accès aux soins et aux services.

La rétention des médecins

Parallèlement, plusieurs territoires peinent à recruter et à retenir les médecins dont ils ont besoin, y compris dans certaines régions qui réussissent pourtant à combler tous les postes prévus dans le plan territorial d'effectifs médicaux (PTEM). Cette situation s'explique en partie par les caractéristiques de la formation actuelle. En effet, les processus d'admission en place favorisent encore largement des personnes étudiantes provenant des grands centres urbains et issues de milieux relativement favorisés sur les plans social et économique, alors que les communautés éloignées, les populations autochtones et plusieurs groupes sous-représentés demeurent peu présents dans les cohortes étudiantes. Pourtant, les données scientifiques montrent que l'origine géographique, l'ancrage territorial et les expériences de vie influencent significativement les choix futurs de pratique, plus particulièrement la spécialisation en médecine de famille et l'établissement dans les territoires moins bien desservis.

Les défis de rétention sont également associés à une préparation parfois insuffisante à la réalité des milieux où les besoins sont les plus importants. Plusieurs nouveaux médecins rapportent un sentiment de décalage entre leur formation et les contextes de pratique caractérisés par la complexité clinique, la diversité des besoins, la rareté des ressources professionnelles ou l'éloignement, tant géographique que social. Cette inadéquation peut contribuer à un choc lors de l'entrée en pratique et limiter la capacité de certains milieux à conserver de façon durable leurs effectifs médicaux.

La valorisation de la médecine de famille

À ces enjeux de rétention s'ajoute celui de la valorisation de la médecine de famille. Bien qu'elle constitue une pierre d'assise d'un système de santé performant et qu'elle soit au cœur des orientations contemporaines de prévention, de continuité des soins, de collaboration interprofessionnelle et d'action sur les déterminants de la santé, la médecine de famille demeure souvent perçue comme moins attrayante que plusieurs autres spécialités. Les consultations réalisées par le Collège des médecins du Québec (CMQ) auprès des personnes étudiantes et résidentes révèlent que plusieurs considèrent la médecine de famille comme moins valorisée au sein de la formation médicale et rapportent être exposées à des discours négatifs à son égard. Cette perception est alimentée par des parcours de formation largement centrés sur les grands centres hospitaliers, où les modèles de rôle en médecine spécialisée sont davantage visibles que ceux associés à la pratique de première ligne.

Ces constats trouvent notamment écho dans les difficultés observées à pourvoir certains postes de résidence en médecine de famille dans plusieurs régions du Québec, y compris dans des territoires où les besoins de première ligne sont pourtant bien documentés. Ils soulignent la nécessité de développer des modèles de formation capables de mieux faire connaître auprès des populations la richesse, la complexité et l'importance de la pratique de la médecine de famille.

La réponse de l'UQ

Le projet de programme MD-UQ propose une réponse structurante à ces défis en s'appuyant sur une approche de responsabilité sociale ancrée dans les territoires. Fidèle à la mission de l'UQ, le programme repose sur trois principes complémentaires : recruter à proximité des communautés concernées, former les personnes étudiantes au cœur des milieux où les besoins sont présents et favoriser leur établissement durable dans ces territoires. Le programme vise ainsi à :

- **DIVERSIFIER** le recrutement afin d'accroître la représentation des personnes issues des régions rurales ou éloignées, des milieux urbains défavorisés, des communautés autochtones et d'autres populations sous-représentées ;
- **OFFRIR** une exposition précoce, continue et longitudinale à la médecine de famille, aux soins de première ligne et aux réalités des communautés desservies ;
- **VALORISER** la médecine de famille grâce à la présence soutenue de modèles de rôle engagés dans les milieux de première ligne ;
- mieux **PRÉPARER** les futurs médecins à exercer dans des contextes caractérisés par la diversité des besoins, la collaboration inter-professionnelle et l'ancrage communautaire ;
- **FAVORISER** le développement d'un sentiment d'appartenance aux territoires d'apprentissage susceptible de soutenir la rétention future de la main-d'œuvre médicale.

Dans cette perspective, le programme MD-UQ entend se positionner dans une niche pédagogique complémentaire à l'offre actuelle de formation médicale en orientant prioritairement son action vers les populations et les territoires qui font face aux plus grands défis d'accès aux soins. À terme, il ambitionne de former une relève médicale fortement engagée envers la médecine de famille, les soins de première ligne et les communautés qu'elle dessert, contribuant ainsi à une meilleure répartition des effectifs médicaux et à une amélioration durable de l'accessibilité et de l'équité en santé au Québec.

2 La démarche de l'UQ pour le développement du programme de médecine

Afin de concevoir un programme de médecine complémentaire à l'offre existante et répondant aux besoins du Québec, l'UQ a déployé une démarche de développement fondée sur une analyse des besoins de formation issue notamment de données probantes, de consultations des milieux ainsi que d'analyses rigoureuses de programmes comparables et de données sociodémographiques. Cette section présente la méthodologie employée ainsi que le dispositif mis en place pour en arriver à identifier les besoins, les opportunités et la niche pédagogique du futur programme MD-UQ.

2.1 L'analyse des besoins de formation

Un besoin se définit par l'écart entre la situation existante et la situation désirée. Afin d'identifier **les besoins de formation médicale au Québec**, le modèle d'analyse largement utilisé en pédagogie médicale, décrit par Guilbert (1990), entre autres, et repris par plusieurs travaux subséquents (Institut national de santé publique du Québec, 2008, 2012 ; Jean *et al.*, 1993), a été utilisé afin de distinguer trois catégories complémentaires de besoins :

Besoins normatifs : Les besoins normatifs ont été analysés à la lumière des priorités gouvernementales[1], des orientations institutionnelles des établissements partenaires ainsi que des exigences et référentiels établis par les organismes professionnels et d'agrément de la formation médicale[2].

Besoins démontrés : « Les besoins démontrés émanent de l'écart mesuré entre les compétences d'un professionnel et celles qui sont recommandées par les spécialistes » (INSPQ, 2008, p. 7). Ils reposent sur un croisement de données scientifiques, institutionnelles et communautaires, permettant d'intégrer à la fois les données probantes, l'expertise des acteurs du système de santé et les réalités vécues par les populations.

Besoins ressentis : Les besoins ressentis « constituent l'écart entre les compétences qu'un professionnel se reconnaît et celles qu'il souhaite détenir » (INSPQ, 2008, p. 7). Ils reflètent l'expérience et la perception des acteurs de terrain.

1 Notamment, *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne* (MSSS, 2026) ; *Plan d'action gouvernemental 2024-2029 – La fierté de vieillir* (MSSS, 2024) ; *Politique nationale de soutien à domicile : Mieux chez soi* (MSSS, 2026b)

2 Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC), Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)

Afin de documenter les besoins inhérents au développement du programme MD-UQ, plusieurs démarches ont été réalisées, notamment des consultations auprès des parties prenantes, des analyses documentaires, des recensions des écrits, des entrevues, des groupes de discussion et des sondages. Cette analyse, amorcée dès le début du mandat confié par le MES et le MSSS, se poursuivra dans une perspective de coconstruction du programme. À ce stade, trois activités ont été particulièrement déterminantes : la consultation des parties prenantes, l'analyse comparative des programmes de médecine québécois et de programmes de référence au Canada et à l'international ainsi que l'analyse de données publiques ou transmises par le MSSS.

2.1.1 La plus grande consultation de l'histoire de l'UQ

À ce jour, plus de 2 000 personnes et 100 organisations issues des milieux universitaires, de la SSS, ainsi que des milieux communautaires et citoyens ont été consultées :

- les 10 établissements universitaires de l'UQ ;
- les 4 facultés de médecine du Québec ;
- le MSSS ;
- le MES ;
- Santé Québec ;
- les fédérations médicales ;
- 15 établissements de Santé Québec ;
- 13 ordres professionnels dont le CMQ ;
- 3 corporations/fédérations de professions non représentées par des ordres professionnels ;
- 15 organisations représentant les Premiers Peuples ;
- 41 organismes communautaires et associations citoyennes ;
- l'ensemble des Municipalités régionales de comté (MRC) du Québec.

Pour consulter la liste complète des organisations rencontrées dans le cadre des consultations, voir l'Annexe 2.

2.1.2 L'analyse comparative des programmes

L'analyse des besoins a été complétée par une étude comparative de programmes de médecine offerts au Québec, au Canada et à l'international. Cette démarche visait d'abord à caractériser les **niches pédagogiques** des programmes existants afin d'orienter le **développement d'un programme MD-UQ complémentaire à l'offre actuelle**. Elle a également permis d'identifier des approches innovantes et éprouvées, plus particulièrement en matière de formation décentralisée, d'apprentissage longitudinal et d'ancrage communautaire. Les programmes retenus ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence pour les orientations du projet, particulièrement leur contribution à la responsabilité sociale, à la formation en première ligne et à la préparation des futurs médecins à exercer dans des contextes diversifiés, notamment en régions rurales ou éloignées et auprès de populations en situation de vulnérabilité. Les informations ont été recueillies à partir d'entrevues individuelles et de l'analyse des documents et des données accessibles sur les sites Web des programmes étudiés. Un aperçu des éléments distinctifs des programmes analysés est présenté à l'Annexe 3.

2.1.3 L'analyse des données sociodémographiques et sociosanitaires

Afin de documenter les réalités sociosanitaires et les besoins des populations du Québec, un travail d'analyse a permis de réaliser un portrait national et des portraits régionaux. Cette analyse est basée sur des données provenant de sources externes reconnues (INSPQ, MSSS, Institut de la statistique du Québec (ISQ), CMQ, Santé Québec, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Direction régionale de la santé publique de Montréal) (voir l'Annexe 4). Elle s'appuie principalement sur le découpage des 18 régions sociosanitaires du Québec, auxquelles s'ajoutent les territoires des établissements Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire et Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire[3]. Lorsque possible, les indicateurs ont été comparés au reste de la province afin de mettre en évidence les écarts statistiquement significatifs observés entre les territoires.

Ces portraits regroupent un ensemble d'indicateurs présentés majoritairement sous forme de taux bruts, permettant de refléter les besoins réels de soins et de services dans les populations. Les données ont été analysées selon plusieurs dimensions complémentaires : la démographie et les conditions de vie, l'état de santé et de bien-être de la population, les habitudes de vie et les services préventifs, l'accès aux soins et aux services ainsi que la disponibilité des effectifs de santé. Cette démarche a permis de brosser un portrait comparatif des réalités territoriales et d'identifier les principaux enjeux susceptibles d'orienter la formation des futurs médecins et l'organisation des activités pédagogiques du programme. L'Annexe 5 documente l'état des effectifs en médecine de famille au Québec, les écarts entre les territoires et les besoins de main-d'œuvre en première ligne à partir d'analyses québécoises, canadiennes et internationales.

L'ensemble des données analysées soutiennent notamment la section 4.1.

3 Compte tenu que les territoires de Montréal ont des réalités propres, les deux territoires ont été ciblés pour leur forte concentration de population vulnérable et leur accès difficile à un médecin de famille.

2.2 Le dispositif mis en place pour l'élaboration du dossier d'opportunité

Afin de réaliser les travaux menant au dépôt de ce dossier d'opportunité, l'UQ a mis en place les deux comités suivants :

Comité d'orientation

Relevant de la présidence de l'UQ, ce comité possède une portée stratégique et apporte une expertise spécialisée principalement dans le domaine médical, mais également dans le domaine académique (voir l'Annexe 6). Ce comité a eu pour mandat de :

- considérer la proposition de valeur, les orientations et les stratégies mises de l'avant dans le cadre du projet de développement du programme MD-UQ ;
- fournir des avis éclairés, des conseils et des recommandations sur celles-ci ;
- mettre en évidence les risques et les opportunités potentiels associés au projet pouvant se situer dans les angles morts de l'UQ ;
- représenter une diversité d'opinions au sein de la communauté médicale et académique au bénéfice du projet ;
- proposer les grandes orientations stratégiques et les fondements du futur programme.

Le comité de pilotage

Ce comité vise le développement du programme MD-UQ au regard des diverses exigences et des expertises nécessaires (voir l'Annexe 7).
Ce comité a eu pour mandat de :

- superviser, orienter et piloter le développement d'un programme de médecine ;
- veiller à l'intégration de la vision de l'UQ pour le développement d'une formation médicale repensée et complémentaire à l'offre actuelle, tout en tenant compte des exigences et du cadre normatif entourant la formation médicale au Québec et au Canada ainsi que des besoins futurs du Québec en matière de soins de première ligne.

Par ailleurs, afin d'assurer une gouvernance transparente et un arrimage continu avec les orientations institutionnelles de l'UQ, un suivi régulier de l'avancement du projet a été effectué auprès de ses principales instances, notamment l'Assemblée des gouverneurs, le Conseil des études et la Commission de planification. Ces échanges ont permis d'informer les instances des travaux en cours, de recueillir leurs commentaires et d'assurer la cohérence du projet avec les priorités stratégiques de l'UQ.

L'intégration des travaux d'analyse et des travaux des comités, conjuguée aux échanges récurrents avec les instances de gouvernance de l'UQ, permet de brosser un portrait rigoureux des besoins de formation en croisant les perspectives scientifiques, institutionnelles, professionnelles, communautaires et citoyennes. Cette triangulation des données renforce la validité des constats et leur pertinence pour le développement du programme MD-UQ. Bien que cette analyse se poursuivra tout au long des prochaines phases dans une perspective de coconstruction et d'ancrage territorial, les travaux réalisés à ce jour ont permis de dégager les orientations stratégiques et les fondements d'une niche pédagogique distinctive et complémentaire à l'offre actuelle de formation médicale, qui prennent forme dans la proposition de programme présentée dans la section suivante.

3 Le modèle proposé par l'UQ pour le programme MD-UQ

Cette section présente le modèle de formation proposé par l'UQ pour son programme de doctorat de premier cycle en médecine. Elle expose d'abord les fondements qui orientent le programme, soit sa vision appuyée par ses piliers, ses valeurs et ses thématiques transversales, puis décrit l'expérience de formation envisagée pour les personnes étudiantes. Enfin, elle présente les principales conditions nécessaires à la mise en œuvre du programme, notamment en matière de gouvernance, d'admission, de partenariat, de ressources professorales, de résidence et d'agrément. Ensemble, ces éléments définissent un modèle de formation médicale distinctif, qui vise à enrichir, dans une logique de complémentarité, l'offre universitaire actuelle au Québec et à contribuer à mieux répondre à la diversité des besoins des populations et des territoires.

3.1 Une vision renouvelée de la formation médicale

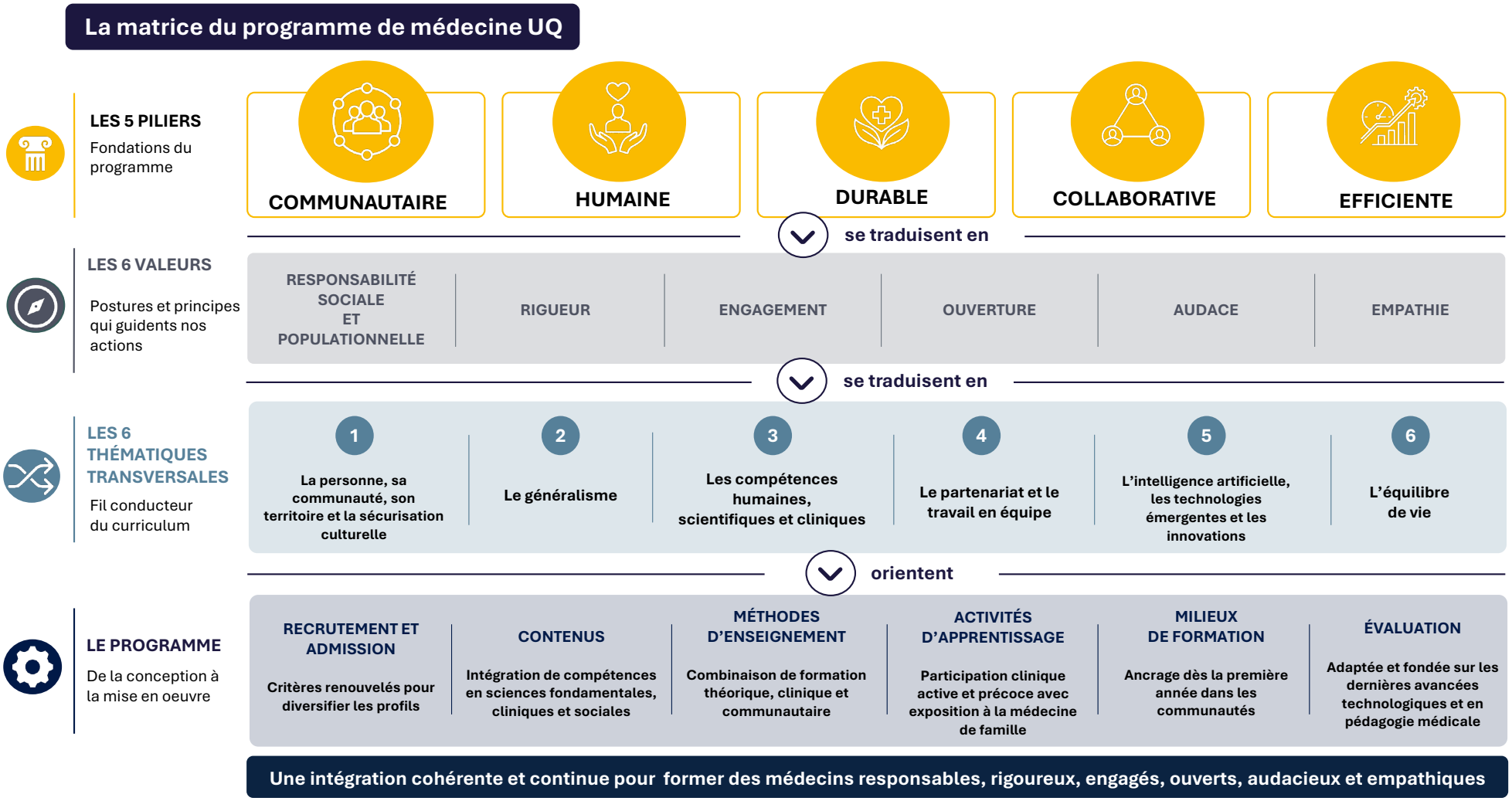
L'UQ nourrit l'ambition de contribuer à la formation médicale par la mise en place d'un programme national de doctorat de premier cycle en médecine qui valorise la médecine de famille, s'appuie sur des milieux de soins caractéristiques de la première ligne, répond aux besoins des populations québécoises, particulièrement celles vivant en contexte de vulnérabilité et en régions rurales ou éloignées, et complète l'offre de formation des quatre facultés de médecine existantes.

En cohérence avec cette vision, le programme MD-UQ adhère au référentiel de compétences CanMEDS (Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), 2017, 2019, 2020 ; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), 2015), tout en proposant une formation résolument ancrée dans les réalités de la première ligne, des communautés et des territoires. Une révision du référentiel étant prévue en 2026, le programme est réfléchi de manière à pouvoir intégrer efficacement les ajustements

qui en découleront. Il vise à former des médecins compétents, débrouillards, collaboratifs, résilients et engagés, capables de conjuguer expertise clinique, humanisme, créativité et capacité d'adaptation dans des contextes de pratique de plus en plus complexes. Dans un environnement où certaines dimensions de la pratique médicale sont progressivement transformées par les avancées technologiques, les compétences relationnelles, collaboratives et créatives occupent une place croissante dans l'exercice de la médecine.

Afin de concrétiser cette vision, les travaux de développement réalisés dans le cadre du mandat confié à l'UQ par le MES en juin 2025 ont permis d'identifier les fondements du programme MD-UQ. Tels que représentés dans la matrice du programme MD-UQ (voir la Figure 1), ces fondements sont organisés selon une logique intégrée. Les cinq piliers définissent la vision de la médecine portée par le programme. Cette vision se traduit par six valeurs qui orientent les comportements, les attitudes et les choix professionnels attendus. Ces piliers et ces valeurs prennent ensuite forme à travers six thématiques transversales. Cet ensemble de fondements structure de manière cohérente l'ensemble du programme MD-UQ, du recrutement à la conception du curriculum jusqu'à l'identification des milieux de formation.

FIGURE 1. MATRICE DU PROGRAMME MD-UQ



3.1.1 Les piliers

Les cinq piliers définissent la vision de la médecine portée par le programme MD-UQ. Ils expriment les grandes orientations qui guident la conception du curriculum et la formation des futurs médecins (voir l'Annexe 8). Alignés sur le quintuple objectif et les nouvelles politiques publiques en SSS, ces piliers traduisent une conception de la médecine adaptée aux besoins des populations, aux réalités des territoires et aux défis contemporains du système de santé.

PILIER 1



Une médecine axée sur la communauté

Une médecine développée dans, pour et avec les communautés où les médecins, les patients, les proches et les acteurs du milieu participent conjointement à l'amélioration des soins, à une meilleure imputabilité du système et à une compréhension plus fine des besoins et des réalités territoriales.

LE PROGRAMME MD-UQ :

- s'ancre dans les communautés et leurs milieux de vie, en favorisant leur participation à la formation des futurs médecins ;
- porte une attention particulière aux populations des zones urbaines défavorisées, celles vivant en milieux ruraux et éloignés, aux Premiers Peuples et aux communautés en situation de vulnérabilité ;
- vise à former des médecins engagés socialement et sensibles aux besoins de la population qu'ils desservent.

PILIER 2



Une médecine axée sur l'humanisme

Une médecine bienveillante, équitable, inclusive et centrée sur les besoins, le bien-être et les droits des personnes.

LE PROGRAMME MD-UQ :

- privilégie une relation de soins centrée sur la personne, ses droits, ses valeurs et ses préférences ;
- favorise des soins inclusifs et équitables qui tiennent compte des réalités culturelles, sociales et historiques des populations desservies, notamment celles des Premiers Peuples ;
- reconnaît l'importance du bien-être des personnes étudiantes, des médecins et des autres professionnels de la santé, en valorisant une culture d'entraide et d'équilibre.

PILIER 3



Une médecine axée sur la santé durable

Une médecine qui considère la santé dans sa globalité et qui intègre la prévention ainsi que l'ensemble des déterminants de la santé (biologiques, comportementaux, environnementaux, sociaux et économiques). Face à la complexification des problématiques de santé, elle privilégie des soins intégrés qui dépassent le traitement des maladies pour mettre l'accent sur la continuité des soins, la prévention, le soutien à l'autonomie et la qualité de vie.

LE PROGRAMME MD-UQ :

- intègre les enjeux sociodémographiques comme le vieillissement, l'immigration, la pauvreté et les nouvelles réalités sociales ;
- valorise la prévention, la promotion de la santé, la continuité des soins et le soutien à l'autonomie des personnes ;
- encourage l'innovation responsable afin de contribuer à une amélioration durable de la santé des populations.

PILIER 4



Une médecine axée sur la collaboration

Une médecine qui repose sur le partenariat entre les personnes et leurs proches, les membres des équipes de soins et les différents acteurs des communautés et des autres secteurs qui influencent la santé afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins.

LE PROGRAMME MD-UQ :

- reconnaît les personnes et leurs proches comme des partenaires de leur santé et des soins qui leur sont offerts, tout en soutenant la littératie en santé, l'autosoin et la responsabilité partagée ;
- favorise la collaboration interprofessionnelle et le déploiement optimal du champ de compétences de chaque membre des équipes de soins ;
- encourage les partenariats avec les acteurs communautaires et les autres secteurs qui influencent la santé des populations.

PILIER 5



Une médecine axée sur l'efficience

Une médecine qui vise une utilisation judicieuse des ressources afin d'offrir des soins de qualité, pertinents, équitables et durables.

LE PROGRAMME MD-UQ :

- forme des cliniciens compétents et capables d'exercer un jugement professionnel rigoureux dans toutes les dimensions de la pratique médicale ;
- prépare les futurs médecins à utiliser de manière éthique et pertinente les technologies numériques, les soins virtuels et l'intelligence artificielle (IA), ainsi qu'à contribuer à leur développement, à leur évaluation et à leur implantation dans les milieux de pratique ;
- développe leur capacité à prendre des décisions responsables, à s'adapter aux changements et à contribuer à une pratique durable sur les plans organisationnel, économique et environnemental.

3.1.2 Les valeurs

Inspirées des piliers, les six valeurs du programme orientent les comportements, les attitudes et les choix professionnels attendus des personnes étudiantes et de l'ensemble des acteurs impliqués dans la formation.

✔ La responsabilité sociale et populationnelle

Une formation orientée vers les besoins des populations et des communautés, visant l'équité, la pertinence et l'amélioration durable de la santé collective.

Le programme MD-UQ favorise une compréhension des besoins et des défis de santé actuels et futurs des populations du Québec, identifiés en partenariat étroit avec les populations et les communautés ainsi qu'avec les autres acteurs de santé, afin de former des médecins

conscients de leur rôle social dans une perspective de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité. La personne étudiante développe sa capacité à reconnaître les besoins prioritaires des populations, particulièrement celles vivant en contexte de vulnérabilité. Elle contribue également à l'élaboration de solutions adaptées, pertinentes et équitables ainsi qu'à l'évaluation de leurs retombées.

La rigueur

Une pratique fondée sur les données probantes, l'éthique et l'analyse critique, soutenant un jugement clinique solide, responsable et imputable.

Le programme MD-UQ valorise l'intégrité intellectuelle, l'analyse critique et l'imputabilité professionnelle. La personne étudiante développe les connaissances, les compétences et le discernement nécessaires pour prendre des décisions éclairées et offrir des soins sécuritaires, de qualité et adaptés aux réalités des personnes et des communautés.

L'engagement

L'implication active du médecin dans la santé des personnes et des communautés, par des actions concrètes et alignées sur les besoins du milieu.

Le programme MD-UQ encourage une participation concrète à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, des communautés et du système de santé. La personne étudiante adopte une posture proactive et responsable en mettant ses compétences au service des personnes, des communautés et de l'évolution des pratiques de soins.

L'ouverture

La reconnaissance et la valorisation de la diversité des personnes, des savoirs et des cultures.

Le programme MD-UQ promeut une culture d'inclusion, de partenariat et de collaboration interprofessionnelle, intersectorielle et interculturelle. La personne étudiante développe une attitude d'écoute, de respect et d'humilité qui lui permet de comprendre la diversité des expériences et de travailler efficacement avec les personnes, les communautés et les autres professionnels.

L'audace

La capacité d'innover, d'agir dans l'incertitude et de contribuer à l'évolution des pratiques.

Le programme MD-UQ valorise la créativité, l'innovation et l'utilisation judicieuse des nouvelles approches et des technologies pour favoriser l'accès aux soins. La personne étudiante apprend à proposer des solutions nouvelles, à s'adapter aux contextes changeants et à transformer les défis en occasions d'amélioration durable pour les personnes et les communautés.

L'empathie

La relation de soins fondée sur l'écoute, la dignité et la compréhension du vécu des personnes.

Le programme MD-UQ place l'humanisme au cœur de la formation et valorise des relations de soins authentiques et respectueuses de la dignité humaine et de sa sécurité culturelle. La personne étudiante développe sa capacité à comprendre les réalités, les émotions et les besoins des personnes afin d'établir des relations de confiance et d'offrir des soins empreints de compassion et de respect.

3.1.3 Les thématiques transversales

Les six thématiques transversales constituent la principale traduction des piliers et des valeurs du programme MD-UQ. Intégrées de façon continue dans l'ensemble de la formation, elles orientent les contenus, les méthodes d'enseignement, les activités d'apprentissage et d'évaluation, ainsi que les milieux de formation. De l'admission à la diplomation, elles contribuent au développement d'une identité professionnelle des futurs médecins axée sur la première ligne. Leur intégration à travers les différents fondements du programme est illustrée à la Figure 1.

La personne, sa communauté, son territoire et la sécurisation culturelle

Cette thématique constitue un élément central du programme. Elle repose sur une compréhension de la personne qui tient compte de son parcours de vie, de sa famille, de sa communauté et du territoire où elle habite. Ces réalités influencent sa santé, son accès aux services et ses besoins de soins. La formation préparera les futurs médecins à en tenir compte dans leur pratique et à favoriser la participation des personnes aux décisions concernant leur santé. Cette approche accorde une place importante à la connaissance des communautés et des milieux de vie. Elle vise à former des médecins capables d'établir une relation de confiance avec leurs patients, de travailler avec les ressources locales et de proposer des soins adaptés aux réalités du territoire.

La sécurisation culturelle s'inscrit dans cette volonté d'offrir des soins de qualité, accessibles et respectueux. Son intégration au programme prend appui sur la Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi encadre le déploiement de pratiques en santé auprès des membres des Premières Nations et des Inuits, en tenant compte de leurs réalités culturelles et historiques.

Dans la formation, cette orientation se traduira par des apprentissages concrets sur les réalités des Premières Nations et des Inuit, la communication clinique, le respect des personnes et la prévention des préjugés et de la discrimination. Les futurs médecins seront ainsi mieux préparés à comprendre les facteurs qui peuvent influencer la relation de soins, à adapter leurs interventions et à collaborer avec les communautés concernées. L'objectif est que chaque personne se sente écoutée et respectée, comprenne les soins proposés et puisse participer aux décisions qui la concernent. Plus largement, le programme préparera les futurs médecins à exercer auprès de populations aux parcours et aux besoins variés. La connaissance des conditions de vie, de la langue, des repères culturels et des obstacles à l'accès aux services contribuera à améliorer la pertinence des soins et la continuité du suivi. Cette attention portée à la personne et à son milieu constitue un fondement de la médecine de famille et des soins de première ligne.

Les mots des acteurs mobilisés

L'intégration, au sein de la formation, de la notion de sécurisation culturelle pour les Premiers Peuples en réponse aux inégalités persistantes en santé qu'ils subissent, nous apparaît à la fois pertinente et essentielle. Celle-ci se traduit par des soins adaptés à leurs réalités culturelles, linguistiques, sociales et historiques […]. Une telle approche contribuera à mieux outiller les futurs médecins à reconnaître et réduire les biais systémiques, tout en favorisant des pratiques cliniques plus équitables et concertées.

Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
(Tiré de l'Annexe 9)

Une […] approche [de sécurisation culturelle] permettra de préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique hétérogène et diversifié, en favorisant l'équité, l'inclusion et le respect des droits des personnes.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

L'intégration de la thématique dans le programme MD-UQ

Le programme privilégie des expériences immersives et longitudinales en milieu réel permettant une intégration active dans les communautés dès le début du parcours. Les patients, les proches, les communautés et les partenaires du territoire participent à la formation et contribuent à la compréhension des besoins locaux et des priorités sociosanitaires.

La sécurisation culturelle est présente dans les contenus, les activités cliniques, les expériences communautaires et les modalités d'évaluation. Elle dépasse une simple approche de sensibilisation ; elle vise plutôt le développement d'une pratique réflexive, respectueuse et adaptée aux réalités rencontrées. Le programme invite les personnes étudiantes à porter un regard critique sur leur propre pratique ainsi que sur les systèmes dans lesquels elles évoluent afin de favoriser des soins sécuritaires, inclusifs et équitables.

Par cette approche, le programme aspire à former des médecins capables d'agir au-delà du cadre clinique traditionnel, notamment dans des activités de prévention, de promotion de la santé et de développement des capacités d'autosoins des personnes et des communautés.

Les compétences et les capacités développées

La personne étudiante développe une compréhension globale des réalités humaines, sociales, culturelles et territoriales qui influencent la santé. Elle apprend à construire des relations de partenariat fondées sur l'écoute, le respect, la confiance et la coconstruction des soins.

Elle développe également sa capacité à adapter sa pratique aux besoins des populations, à comprendre les enjeux de sécurisation culturelle, et à agir comme un agent de transformation de la santé auprès des personnes, des communautés et des territoires qu'elle dessert. Elle est évaluée sur ses compétences et sa compréhension des enjeux, faisant de cette formation un élément essentiel du parcours académique et non une simple activité de sensibilisation (Jones *et al.*, 2013).

Le généralisme

Dans un contexte où les besoins d'intégration et de coordination des soins et des services sont croissants au sein du RSSS, le généralisme renvoie à une philosophie et à une pratique de soins fondées sur une approche globale de la personne, une couverture large des problèmes rencontrés en clinique, une pratique partenariale avec les différents acteurs contribuant à la santé des populations et une capacité d'adaptation aux réalités des personnes, des communautés et des territoires. Cette approche favorise une compréhension intégrée des trajectoires de soins et de services et permet d'accompagner les personnes tout au long de leur parcours de vie et de santé. Il combine les dimensions préventives, curatives, palliatives et de réadaptation, tout en reconnaissant l'importance des déterminants sociaux de la santé et de la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle.

L'intégration de la thématique dans le programme MD-UQ

Le généralisme constitue un principe directeur des choix pédagogiques, des milieux de formation et des modèles de rôle offerts aux personnes étudiantes. Il se traduit par des expériences de formation ancrées dans les milieux de première ligne et étroitement liées aux besoins et aux réalités des communautés desservies.

Les personnes étudiantes sont exposées à une grande diversité de situations cliniques, de populations et de contextes de pratique, particulièrement en milieux ruraux et éloignés ainsi qu'auprès de populations vivant dans des contextes vulnérabilisants, notamment dans certains milieux urbains mal desservis. Ces expériences favorisent une compréhension approfondie des réalités locales, des ressources disponibles et des défis liés à l'accès aux soins.

Le généralisme est porté non seulement par le curriculum formel, mais également par la culture institutionnelle, les enseignants, les mentors et les milieux cliniques d'immersion qui valorisent explicitement la pertinence et la richesse des soins généralistes.

Les compétences et les capacités développées

Au terme de sa formation, la personne étudiante développe la capacité de penser de manière globale, rigoureuse et contextualisée. Elle apprend à mobiliser les savoirs scientifiques dans des situations souvent marquées par la complexité, l'incertitude et la disponibilité variable des ressources. Elle développe également sa capacité à établir des liens entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la santé, à intégrer les interventions préventives, éducatives et de promotion de la santé dans sa pratique quotidienne, ainsi qu'à naviguer efficacement dans des systèmes de santé et de services sociaux complexes afin d'accompagner les personnes tout au long de leur parcours de soins et de services.

Les compétences humaines, scientifiques et cliniques

Cette thématique repose sur une conception globale des compétences médicales et biomédicales rigoureuses. Elle inclut les habiletés cliniques, la communication ainsi que les compétences humaines, relationnelles, culturelles et éthiques nécessaires à une pratique de haute qualité.

Dans cette perspective, la médecine est envisagée à la fois comme une science, nourrie par des connaissances issues de multiples domaines, et comme un art qui exige de communiquer, d'enseigner, de collaborer et de s'adapter aux réalités des personnes et des communautés.

L'intégration de la thématique dans le programme MD-UQ

Le programme intègre les sciences fondamentales, biomédicales, cliniques et sociales à des situations authentiques de pratique tout au long de la formation. Il accorde une importance particulière au développement du raisonnement clinique, de l'analyse critique des données probantes et de la prise de décision en contexte de complexité et d'incertitude. Cette approche s'appuie sur le développement d'une solide littératie des données, comprenant notamment l'épidémiologie, les statistiques appliquées et l'analyse critique des données cliniques et populationnelles. Les personnes étudiantes sont donc en mesure d'interpréter et de mobiliser ces informations de façon critique et contextualisée au service des personnes, des communautés et des trajectoires de soins.

La formation accorde également une place importante aux compétences culturelles, relationnelles et éthiques. Elle intègre les approches de soins sécurisants et anti-oppressifs, ainsi que le développement de connaissances et de compétences spécifiques en santé des Premiers Peuples. Cette approche reconnaît que la qualité des soins repose autant sur les connaissances scientifiques que sur la capacité à établir des relations thérapeutiques de qualité et à tenir compte des savoirs expérientiels et culturels.

Les compétences et les capacités développées

La personne étudiante développe une maîtrise intégrée des connaissances et des compétences cliniques afin d'établir des ponts entre les sciences biomédicales, cliniques et sociales. Elle apprend à analyser des situations complexes, à communiquer efficacement avec les patients, les équipes de soins et les partenaires communautaires et à adapter ses interventions aux contextes rencontrés.

Elle développe également la capacité de mobiliser les données scientifiques, cliniques et populationnelles de façon critique afin d'éclairer sa pratique et de soutenir des décisions adaptées aux réalités des personnes et des communautés. Elle adopte ainsi une pratique rigoureuse, humaniste et capable de répondre aux défis contemporains de la médecine.

Le partenariat et le travail en équipe

Cette thématique repose sur une conception élargie de la collaboration qui dépasse le cadre traditionnel des équipes professionnelles. Elle inclut les patients, les proches, les communautés partenaires, les gestionnaires et l'ensemble des acteurs du territoire.

Elle reconnaît que la qualité, la pertinence et la continuité des soins reposent sur une dynamique collective dans laquelle chaque acteur contribue pleinement, selon son expertise et ses responsabilités, au bien-être des personnes et des populations.

Les mots des acteurs mobilisés

Nous soulignons particulièrement la place accordée [dans le programme MD-UQ] à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle qui nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne. Il faut passer du paradigme d'un médecin de famille pour tous à celui d'une équipe de famille pour tous.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

L'intégration de la thématique dans le programme MD-UQ

Le programme vise à former des médecins capables de collaborer activement au sein de réseaux formels et informels en comprenant les rôles et les responsabilités des différents partenaires et en favorisant la continuité des soins entre les intervenants et les milieux.

À cette fin, la formation privilégie des expériences immersives en contexte réel où les personnes étudiantes apprennent avec, par et auprès de professionnels provenant de différentes disciplines. Les activités d'apprentissage permettent de mieux comprendre les rôles complémentaires des divers acteurs de première ligne et d'expérimenter différentes formes de collaboration dans la pratique.

Le programme valorise également un modèle de leadership collaboratif fondé sur le partenariat plutôt que sur la hiérarchie. Les patients et leurs proches sont considérés comme des partenaires de la démarche clinique et de la prise de décision, tandis que les équipes sont envisagées comme des réseaux ouverts et ancrés dans la communauté.

Les compétences et les capacités développées

La personne étudiante développe des compétences en communication, en collaboration et en leadership collaboratif lui permettant de travailler efficacement dans des équipes complexes et diversifiées. Elle apprend à reconnaître la contribution de chacun, à coconstruire les décisions avec les personnes et leurs proches et à participer à une organisation des soins plus intégrée, cohérente et durable.

L'IA, les technologies émergentes et l'innovation

Cette thématique reflète la volonté du programme MD-UQ de former des médecins capables d'évoluer dans un système de santé en constante transformation. Elle reconnaît l'importance croissante des technologies numériques, de l'IA et des données dans l'apprentissage, la pratique clinique, la recherche et l'organisation des soins. Elle reconnaît également que l'évolution des technologies transforme à la fois les pratiques médicales et le rôle des patients, qui participent de façon croissante à la gestion de leur santé et aux décisions qui les concernent.

Les mots des acteurs mobilisés

La volonté d'intégrer à la formation une utilisation critique des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous semble pertinente. Une telle approche peut contribuer à mieux préparer la relève à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, de la qualité des soins et de la relation humaine avec les patientes et patients.

Chambre de commerce de l'Est de Montréal
(Tiré de l'Annexe 9)

L'intégration de la thématique dans le programme MD-UQ

Le programme ne vise pas à former de simples utilisateurs de technologies, mais des médecins capables d'en comprendre les fondements, les limites et les enjeux éthiques. Une littératie numérique, informationnelle et statistique est développée de manière transversale à travers le curriculum grâce à des cours, des études de cas, des activités réflexives et des expériences cliniques.

Les contenus abordent notamment les questions liées à la protection des données, à la confidentialité, à l'utilisation responsable de l'IA, aux biais algorithmiques ainsi qu'à la pertinence clinique des outils numériques. Dans une perspective cohérente avec les orientations récentes visant une intégration responsable des technologies en première ligne, comme celles mises de l'avant dans l'initiative *Soignons la tech* du Collège québécois des médecins de famille (2026), la formation vise à développer un leadership technoclinique ancré dans la pratique et centré sur les besoins réels des personnes et des communautés.

Enfin, le programme offre aux personnes étudiantes des occasions de participer au développement, à l'évaluation et à l'implantation d'innovations cliniques, sociales, organisationnelles et technologiques en collaboration avec différents partenaires, particulièrement dans les domaines de l'ingénierie, de l'informatique et de la santé des populations.

Les compétences et les capacités développées

La personne étudiante développe sa capacité à utiliser les technologies et les données de manière critique, éthique et contextualisée afin de soutenir son raisonnement clinique et ses décisions. Elle est ainsi outillée pour mobiliser l'IA et les technologies de façon pertinente, sécuritaire, éthique et contextualisée au bénéfice des individus et des populations. Elle acquiert également une posture d'innovation lui permettant de s'adapter aux transformations du système de santé, d'évaluer la pertinence des solutions proposées, et de contribuer à l'amélioration des soins et des services.

L'équilibre de vie

La thématique de l'équilibre de vie repose sur l'idée que la qualité des soins et la durabilité de la pratique médicale sont indissociables du bien-être des personnes apprenantes et des professionnels de la santé. En conséquence, l'équilibre de vie est considéré comme une compétence professionnelle essentielle à une pratique humaine, responsable et durable.

L'intégration de la thématique dans le programme MD-UQ

Le programme intègre diverses activités et approches favorisant le bien-être, la prévention de l'épuisement professionnel, le développement de la résilience, la réflexion personnelle et le partage de savoirs expérientiels. Il accorde également une attention particulière à la création d'un environnement d'apprentissage cohérent avec les valeurs qu'il souhaite promouvoir.

La notion de curriculum caché (Doja *et al.*, 2016 ; Lawrence *et al.*, 2018 ; Lehmann *et al.*, 2018 ; Meyer *et al.*, 2025) est explicitement reconnue afin de mieux comprendre l'influence des cultures professionnelles sur la formation et le bien-être des apprenants. Le programme cherche à créer des milieux de formation qui soutiennent l'équilibre, l'entraide et le développement d'une identité professionnelle saine.

Dans le contexte particulier de la médecine de famille, cette thématique vise également à développer la capacité de composer avec l'incertitude, l'ambiguïté et les limites inhérentes à la pratique. Une attention particulière est portée aux défis pouvant être rencontrés dans les milieux éloignés ou auprès de populations vulnérables, dont l'isolement professionnel. Des stratégies de soutien, de mentorat et de développement de communautés de pratique sont mises en place pour accompagner les personnes étudiantes tout au long de leur parcours académique et professionnel.

Les compétences et les capacités développées

La personne étudiante développe des compétences en conscience de soi, en gestion du stress, en résilience et en organisation personnelle. Elle apprend à maintenir un équilibre entre les différentes sphères de sa vie, à reconnaître ses limites et à adopter des habitudes de vie favorables à sa santé, notamment en matière d'alimentation, de sommeil et d'activité physique régulière. Elle apprend à mobiliser les ressources et les réseaux de soutien disponibles ainsi qu'à se mobiliser pour soutenir ses pairs.

Elle développe progressivement une posture professionnelle équilibrée où la capacité de prendre soin de soi est considérée comme une condition essentielle à la capacité de prendre soin des autres.

3.1.4 Les cibles stratégiques structurantes

Le programme de médecine de l'UQ visera à améliorer l'accès aux soins et à mieux répondre aux besoins des populations moins bien desservies.

Pour y parvenir, il s'appuiera sur des cibles claires :

ADMISSIBILITÉ

75 % ou plus des personnes étudiantes seront issues de régions rurales ou éloignées ou de milieux actuellement mal desservis.

ORIENTATION POSTDOCTORALE

75 % des personnes diplômées se dirigeront vers la résidence en médecine de famille, les autres se dirigeant principalement vers des spécialités de base qui soutiennent directement la première ligne.

LIEU DE PRATIQUE

75 % des médecins exerceront en région ou auprès des populations ciblées, peu importe leur spécialité.

Ces cibles traduisent une orientation assumée : former des médecins dont le parcours, les choix de résidence et les lieux de pratique répondront mieux aux besoins du Québec.

La médecine de famille demeurera le pilier du programme. S'il est attendu que celle-ci constituera la principale voie de pratique des personnes diplômées, 25 % pourraient se diriger vers des spécialités comme la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie, l'obstétrique-gynécologie, la médecine interne, la santé publique ou la médecine d'urgence.

Dans plusieurs territoires, l'accès aux soins dépend aussi de ces spécialités médicales. Elles appuient les médecins de famille, soutiennent les équipes de première ligne, réduisent les transferts évitables et permettent d'offrir davantage de services à proximité des milieux de vie. Le programme visera donc une cohorte majoritairement orientée vers la médecine de famille, tout en reconnaissant le rôle essentiel de certaines spécialités pour renforcer la première ligne.

L'atteinte de ces cibles stratégiques structurantes sera favorisée par le positionnement public du programme, les modalités d'admission, le dispositif de formation ainsi que l'immersion clinique et communautaire qui sont détaillés dans les sections suivantes.

« Les mots des acteurs mobilisés

Les besoins de santé dans l'Est de l'île de Montréal sont nombreux, notamment en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé pour la population. […] Le programme de médecine proposé par l'UQ et ses constituantes nous paraît une avenue prometteuse pour y répondre, en formant une relève qualifiée déjà ancrée dans son milieu.

Ville de Montréal-Est
(Tiré de l'Annexe 9)

»

Les mots des acteurs mobilisés

[…] l'ancrage territorial du projet représente un levier important pour réduire les inégalités qui perdurent en matière de santé, particulièrement marquées chez les Premières Nations et les Inuit. Dans ce contexte, le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur environnement, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribuent au développement de conditions favorisant un établissement durable dans les différentes régions, tout en renforçant l'accessibilité des services pour les populations locales.

Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
(Tiré de l'Annexe 9)

Les mots des acteurs mobilisés

L'importance [qu'accorde le programme MD-UQ] à la médecine familiale s'inscrit ainsi dans une approche cohérente avec les réalités observées à Montréal-Nord et dans l'est de l'île de Montréal, où plusieurs résidents éprouvent des difficultés à obtenir un suivi médical de proximité. […] Recruter des étudiantes et étudiants provenant des communautés locales, leur offrir une formation au sein de leur milieu de vie et multiplier les occasions de stages dans les établissements de proximité sont autant de conditions favorables à leur établissement durable dans les secteurs qui en ont le plus besoin, notamment à Montréal-Nord.

Arrondissement de Montréal-Nord
(Tiré de l'Annexe 9)

3.2 L'expérience de formation

Les orientations retenues permettent déjà de définir les caractéristiques de l'expérience de formation proposée par le programme MD-UQ. Le modèle envisagé s'appuie sur des innovations pédagogiques reconnues et documentées au Canada comme à l'international (voir l'Annexe 3). Il s'inscrit dans un mouvement de transformation de la formation médicale axé sur la responsabilité sociale, les soins de proximité, l'équité territoriale et l'intégration des communautés à la formation des futurs médecins. Le programme MD-UQ se distingue notamment par une conception longitudinale et intégrée de la formation, dans laquelle les apprentissages théoriques, cliniques et communautaires s'inscrivent dans un continuum cohérent et progressif dès le début du programme jusqu'à la diplomation (voir l'Annexe 10). Cette approche repose sur la continuité des apprentissages et des milieux d'attache, une intégration précoce et durable aux équipes de soins, un raisonnement clinique contextualisé ainsi qu'une supervision longitudinale et un accompagnement pédagogique continu. Elle favorise une exposition précoce et soutenue aux réalités cliniques, communautaires et populationnelles, permettant à la personne étudiante de développer progressivement une compréhension globale des enjeux de santé de son territoire ainsi qu'une capacité croissante à intervenir auprès des personnes, des familles et des communautés.

L'expérience de formation renouvelée du programme MD-UQ se décline ainsi autour de deux dimensions complémentaires :

1. **le parcours de la personne étudiante**, qui décrit la progression des apprentissages et des expériences cliniques, communautaires et professionnelles au fil des quatre années de formation ;
2. **le modèle pédagogique privilégié**, qui soutient l'acquisition et l'intégration des compétences tout au long du programme.

3.2.1 Le parcours de la personne étudiante

Le programme MD-UQ reconnaît qu'une communauté est nécessaire pour former un médecin et s'inscrit dans cette vision en développant un parcours étudiant à même des milieux d'apprentissage ancrés dans les collectivités et engagés dans leur développement. Reposant sur un continuum longitudinal de formation théorique, clinique et communautaire, ce parcours permet aux personnes étudiantes de tisser des liens durables avec les milieux, d'en comprendre les réalités et d'intégrer progressivement les compétences requises à l'exercice de la médecine. Cette approche favorise l'émergence de médecins capables d'agir comme agents de changement, en mobilisant les ressources du milieu et en contribuant à des initiatives concrètes en réponse aux besoins des communautés.

Fort des liens durables d'affiliation avec les milieux et les communautés (voir l'Annexe 11), le parcours proposé par **le programme MD-UQ s'organise autour de territoires d'apprentissage** qui seront définis en partenariat avec des acteurs institutionnels (établissements de Santé Québec, Centres locaux de services communautaires (CLSC), Groupe de médecine de famille (GMF), Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centres de réadaptation, centres jeunesse, centres de soins en territoire autochtone, etc.) et intersectoriels (MRC, municipalités, organismes communautaires, milieux scolaires, etc.). Ces partenariats reposent sur une logique de responsabilité sociale territoriale, de coconstruction et de réciprocité, en cohérence avec les orientations des politiques publiques valorisant l'intersectorialité et la proximité avec les populations.

Les territoires d'apprentissage au cœur de la formation

Les candidats admis au programme de l'UQ forment la cohorte nationale et sont rattachés à l'un des établissements universitaires à vocation générale de l'UQ. Dès la première année, les personnes étudiantes sont intégrées à un sous-groupe de quatre à six personnes rattachées à un territoire d'apprentissage. Ces sous-groupes favorisent un encadrement de proximité, un sentiment d'appartenance et une intégration authentique aux équipes de soins et aux communautés. Les personnes étudiantes évoluent au sein de leur communauté plutôt que par une succession de stages ponctuels. Comme illustré dans la Figure 2, le territoire d'apprentissage pour une personne étudiante est :

- un territoire de CLSC ou de MRC[4] permettant la mise en contact avec divers lieux potentiels de formation et les acteurs de la communauté (organismes communautaires, communautés autochtones, milieux académiques, établissements de SSS, partenaires municipaux et scolaires, etc.) ;
- affilié à un des établissements universitaires à vocation générale de l'UQ ;
- affilié à un établissement de Santé Québec.

4 Les soins étant organisés autour de territoires de CLSC, ceux-ci seront en général l'unité la plus pertinente pour l'affiliation des personnes étudiantes. Les MRC constituent toutefois une échelle territoriale complémentaire aux territoires sociosanitaires du MSSS et peuvent soutenir la connaissance des populations, la concertation intersectorielle et l'action sur les déterminants de la santé.

FIGURE 2. MODÈLE D'ORGANISATION TERRITORIALE

Organisation territoriale - Territoire d'apprentissage

TERRITOIRE D'APPRENTISSAGE

LIEU D'ATTACHE PRINCIPAL

Ancrage dès la 1re année

Apprentissage **longitudinal** dans un territoire de CLSC et proximité avec les communautés

RÉSEAU DE LIEUX POTENTIELS DE FORMATION SELON LE TERRITOIRE D'APPRENTISSAGE

L'ÉTUDIANT SERAIT EXPOSÉ À UN RÉSEAU DIVERSIFIÉ DE MILIEUX COMPLÉMENTAIRES À SON LIEU D'ATTACHE

ÉTUDIANT
Petits groupes

MILIEUX HOSPITALIERS
Centres hospitaliers régionaux

PREMIÈRE LIGNE
Autres CLSC, cliniques de proximité, GMF, GMF-U, IPS, etc.

JEUNESSE ET SANTÉ MENTALE
Centres jeunesses, Centres de réadaptation en santé mentale, etc.

COMMUNAUTÉS
Organismes communautaires, écoles, milieux de travail

SERVICES SPÉCIALISÉS
Centres multiservices SSS, en santé de la femme, etc.

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES
Communautés à proximité ou en milieu urbain

MILIEUX ACADÉMIQUES
Laboratoires d'habiletés cliniques, activités de simulation et d'apprentissages spécifiques, cégeps, etc.

HÉBERGEMENT ET RÉADAPTATION
Résidences privées pour aînés (RPA), maisons des aînés, ressources d'hébergement, soins de longue durée, centres de réadaptation, etc.

AUTRES MILIEUX
Pharmacies, cliniques d'optométrie, de nutrition, de psychologie, de physiothérapie, etc.

CE MODÈLE PERMET À L'ÉTUDIANT DE :

- Développer une compréhension fine des trajectoires de soins et des besoins de la communauté
- Travailler de manière interprofessionnelle et intersectorielle
- S'ancrer durablement dans son territoire d'attache
- Être exposé à des réalités diversifiées
- Contribuer à la santé et au mieux-être des communautés

Ces territoires d'apprentissage constituent des espaces intégrés où s'articulent de façon concertée l'enseignement, les soins, la recherche et l'innovation en réponse aux besoins du milieu. À l'intérieur du territoire d'apprentissage, les personnes étudiantes sont affiliées à un milieu de soins principal, le plus souvent un CLSC, une coopérative de santé, un centre multiservice ou un GMF. Elles sont formées auprès de divers professionnels de la santé dans des milieux de soins variés sur le territoire allant des milieux de première ligne aux services spécialisés, en passant par les centres hospitaliers régionaux, les maisons de naissance, le soutien à domicile, les cliniques privées ainsi que les centres d'hébergement et de réadaptation. Les milieux de formation s'étendent également au-delà des structures traditionnelles de soins pour inclure les centres de santé autochtones, des organismes communautaires, des écoles, des milieux de travail et d'autres espaces de vie, dont le domicile, permettant une immersion dans les réalités sociales et communautaires[5]. Certains milieux feront l'objet d'exposition obligatoire de durée prédéterminée, alors que d'autres offriront des parcours plus flexibles permettant aux personnes étudiantes d'approfondir leurs intérêts en fonction de leur trajectoire. La continuité permise par l'affiliation à un territoire d'apprentissage favorise une compréhension approfondie des réalités sociales, culturelles et sanitaires propres aux populations desservies. Les personnes étudiantes sont ainsi exposées à une diversité de groupes et de contextes, notamment ceux des Premiers Peuples, des personnes en situation d'itinérance, des populations immigrantes, des milieux carcéraux ou encore des milieux d'hébergement de longue durée.

L'exemple d'une personne étudiante admise en Abitibi-Témiscamingue ou en Mauricie montre qu'il est possible de mobiliser un vaste réseau de milieux de formation complémentaires aux sites déjà utilisés par les programmes de médecine existants (voir les Annexes 12 et 13).

La diversité de contextes qu'offrent les territoires d'apprentissage permet aux personnes étudiantes de vivre une expérience concrète de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle par l'observation et la participation aux pratiques réelles des différents professionnels (pharmaciens, infirmière praticienne spécialisée (IPS), physiothérapeutes, optométristes, psychologues, nutritionnistes, travailleuses et travailleurs sociaux, sage-femmes, paramédics, etc.). Plus que de simples lieux de stages, les territoires d'apprentissage constituent des espaces de coconstruction et de collaboration entre les personnes étudiantes, les enseignants, les acteurs locaux et les communautés. Ils favorisent le développement du programme dans le respect des savoirs, des réalités et des priorités propres à chaque milieu, incluant les conceptions du territoire portées par les Premiers Peuples. Ainsi, chaque territoire contribue activement à la formation des futurs médecins tout en répondant aux besoins et aux aspirations des communautés qui l'habitent.

5 Les milieux seront sélectionnés selon des critères d'exemplarité, dont leur ancrage communautaire, la qualité de l'encadrement, leur engagement envers la responsabilité sociale et leur capacité à offrir des expériences longitudinales, interdisciplinaires et centrées sur la continuité des soins en réponse aux besoins d'une population donnée. Ces critères seront définis et encadrés par le comité de programme et soutenus par des partenariats structurés permettant d'accompagner les milieux dans leur rôle pédagogique et d'assurer des conditions optimales pour le développement des apprenants. Le programme veille aussi à soutenir les initiatives locales, à protéger le temps des partenaires et à assurer une continuité des relations. Il met en place des mécanismes de soutien et de consolidation des dynamiques locales afin de renforcer la capacité des milieux à accueillir et à former les personnes étudiantes dans une perspective durable.

À même son territoire d'apprentissage et au fil de son parcours (voir l'Annexe 10), la personne étudiante évoluera simultanément dans les types d'activités qui structurent son expérience hebdomadaire (voir la section 3.2.2). En début de formation, elle sera davantage centrée sur les apprentissages en petits groupes, les études de cas et des activités d'observation en milieux cliniques et communautaires. À mesure que les compétences se développeront, la part des activités comprenant une participation active aux soins et une implication clinique plus soutenue au sein des équipes interprofessionnelles augmentera. Plus la personne étudiante progressera, plus son parcours sera consacré à des activités cliniques intégrées incluant la prise en charge supervisée de patients, tout en maintenant des espaces de réflexion, de consolidation des apprentissages et d'intégration des savoirs.

Si la majorité des activités de formation se tiendront au sein des territoires d'apprentissage, la cohorte nationale sera regroupée ponctuellement, parfois en équipe, pour certaines activités (par exemple : formation intensive à l'Institut national d'anatomie de l'UQTR, formation intensive à l'École d'études autochtone de l'UQAT, conférences, etc.). Le dernier droit du curriculum est aussi spécifiquement dédié à une transition optimale vers la résidence incluant des périodes optionnelles de formation dans différentes spécialités. Cette période permettra aux personnes étudiantes de consolider leurs compétences cliniques, de se préparer aux attentes de la résidence et d'acquérir des stratégies concrètes pour réussir leur intégration, incluant des conseils pratiques, des mises en situation et des activités de préparation ciblées.

Ainsi, le programme ne reposera pas sur une succession de stages, mais sur un continuum d'apprentissage dynamique et évolutif où la personne étudiante progressera à travers des modules et des expériences. Ce modèle de formation théorique et clinique longitudinale et intégrée favorise le développement des compétences cliniques, une compréhension fine des trajectoires de soins et un ancrage durable dans les réalités des milieux de pratique.

Les mots des acteurs mobilisés

Notre Mouvement compte onze Centres d'amitié autochtones et trois points de service offrant des services intégrés et interreliés, soutenus par une approche culturellement pertinente et sécurisante. Ils constituent de véritables carrefours de services de première ligne de prévention, d'intervention et de guérison. Ils contribuent significativement à l'amélioration de la qualité de vie des citoyens autochtones dans les villes tout en promouvant la culture et en favorisant le rapprochement entre les peuples. De plus, la plupart de nos Centres affiliés sont situés dans des villes desservies par [les établissements universitaires de l'UQ]. Un partenariat entre nos organisations permettrait notamment à vos futur·e·s étudiant·e·s de bénéficier de milieux de stage dans nos cliniques de santé autochtone, favorisant ainsi une meilleure compréhension des réalités autochtones.

Regroupement des Centres d'amitié autochtone du Québec (RCAAQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

Les mots des acteurs mobilisés

Le développement d'une offre de formation médicale spécifiquement ancrée dans l'Est de Montréal et axée sur la médecine familiale contribue à une diversification stratégique des milieux de formation et à une meilleure adéquation entre la formation de la relève médicale et les besoins populationnels différenciés sur le territoire montréalais.

Ville de Montréal
(Tiré de l'Annexe 9)

La place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle nous apparaît […] porteuse [dans le programme MD-UQ]. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne. En effet, et plus que jamais, il est reconnu que les patients doivent pouvoir consulter le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment. Miser sur l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle permettra assurément d'améliorer l'efficacité de la première ligne. Les chiropraticiens souhaitent aussi contribuer à son amélioration et ils seront prêts à accueillir des étudiants en stage.

Ordre des chiropraticiens du Québec (OCQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

Des parcours flexibles et adaptés à la diversité des personnes étudiantes

La flexibilité du programme est envisagée comme un principe structurant souhaitable, permettant d'adapter, lorsque pertinent et faisable, le rythme de progression aux acquis et aux besoins de chaque personne étudiante, tout en respectant les exigences de formation, les normes d'agrément et l'atteinte des compétences terminales attendues. Les modalités concrètes d'un tel modèle, leur faisabilité et leurs conditions d'application seront définies et balisées par le comité de programme, en cohérence avec les exigences règlementaires, pédagogiques et organisationnelles. Dans tous les cas, le programme reposera sur une formation théorique et clinique longitudinale et intégrée, structurée autour d'une progression graduelle des apprentissages où la personne étudiante évoluera simultanément entre les activités pédagogiques, l'ancrage communautaire et la participation clinique croissante, tel que décrit dans la section suivante.

Cette flexibilité permet de moduler l'intensité des apprentissages d'une année à l'autre, sans compromettre la qualité ni l'étendue de l'exposition selon une évaluation des acquis obtenus. Bien qu'un parcours standard de quatre ans demeure la trajectoire privilégiée, le programme pourra, sous réserve de faisabilité et selon des balises rigoureuses encore à définir, permettre certaines adaptations du rythme de progression afin de mieux répondre à la diversité des profils et des réalités étudiantes. Ces adaptations pourront notamment tenir compte de priorités personnelles ou familiales, d'un projet académique complémentaire (par exemple une maîtrise), de besoins de consolidation des apprentissages ou d'autres situations particulières. Elles pourraient ainsi se

traduire par des parcours de durée variable, parfois écourté, parfois prolongé, incluant au besoin des pauses ou des reprises planifiées.

- **PARCOURS STANDARD (4 ANS) :** Dans un parcours standard de quatre ans, les formations sont complétées selon une progression équilibrée, combinant en parallèle les différentes formes d'apprentissage. La personne étudiante progresse graduellement vers des situations de plus en plus complexes avec une implication croissante au sein des équipes de soins et une continuité dans les milieux d'attache.
- **PARCOURS ACCÉLÉRÉ (MINIMALEMENT 3 ANS) :** Dans une perspective exploratoire et sous réserve de faisabilité et du respect des balises institutionnelles et réglementaires, certains profils particuliers pourront bénéficier d'une modulation du parcours permettant une progression plus rapide. Ces personnes étudiantes pourront choisir ou être en mesure d'accélérer leur parcours, notamment en complétant un plus grand nombre de séances de formation par année ou en bénéficiant de mécanismes de reconnaissance des acquis, leur permettant d'accéder plus rapidement à la diplomation. Ces personnes étudiantes maintiendront une exposition clinique longitudinale, mais avec une intensité accrue des activités d'apprentissage et une progression plus rapide vers des responsabilités cliniques avancées avec un accompagnement structuré assurant l'atteinte des objectifs du programme. Ce parcours s'adresse à des profils démontrant une grande autonomie, une capacité d'intégration rapide des compétences et une préparation antérieure pertinente (par exemple un baccalauréat complété dans le domaine de la santé). Il est utile de mentionner que ce type de parcours accéléré en trois ans existe déjà dans plusieurs facultés de médecine canadiennes, démontrant la faisabilité des trajectoires médicales accélérées dans un cadre rigoureux et structuré.
- **PARCOURS PROLONGÉ (JUSQU'À 5 ANS) :** À l'inverse, d'autres personnes étudiantes pourront opter pour un parcours prolongé pouvant s'étendre jusqu'à cinq ans afin de consolider leurs apprentissages, de concilier des réalités personnelles, de s'engager plus profondément dans des milieux et des projets communautaires ou d'amorcer un programme de maîtrise complémentaire. Ce cheminement permettra de répartir les modules sur une plus longue durée. Cette flexibilité ne réduira pas l'exposition clinique, mais permettra une adaptation du rythme d'acquisition des compétences dans un cadre structuré et cohérent.

Ainsi, le programme ne repose pas sur un parcours unique, mais sur un cadre potentiellement adaptable et centré sur la progression des compétences, permettant à chaque personne étudiante de construire un cheminement cohérent, rigoureux et adapté à son profil, dans la mesure où cela est compatible avec les exigences du programme et les normes d'agrément.

Des mesures d'encadrement sont aussi proposées aux personnes étudiantes, selon leur profil, pour leur permettre de cheminer dans leur parcours, notamment :

- du mentorat ;
- de l'accompagnement psychosocial ;
- des réseaux de soutien et d'entraide par les pairs ;
- des mesures de soutien financier et résidentiel ;
- des services dédiés aux personnes étudiantes autochtones ;
- des espaces culturellement sécuritaires.

Peu importe le rythme emprunté, le continuum de formation théorique, clinique et communautaire longitudinal demeure au cœur du cursus, assurant pour tous une exposition soutenue aux réalités des populations, aux milieux de soins et au développement progressif des compétences professionnelles attendues, tout en bénéficiant d'un accompagnement personnalisé.

3.2.2 Le modèle pédagogique privilégié

Le programme privilégie une formation théorique et clinique fondée sur une pédagogie active et hybride, combinant l'enseignement en présence et à distance. Cette approche favorise le développement progressif du raisonnement et des habiletés cliniques, l'engagement de la personne étudiante dans ses apprentissages ainsi qu'une plus grande flexibilité permettant de concilier études, travail et vie personnelle. Elle contribue également à assurer un accès équitable à la formation sur l'ensemble du territoire grâce à l'intégration de dispositifs technopédagogiques avancés.

La formation s'organise autour de phases simultanées où diverses activités pédagogiques en classe se combinent à des expériences d'observation, d'immersion et d'implication active auprès des personnes ainsi que de pratique réflexive (voir l'Annexe 10). Tel que décrit dans la section précédente, dès le début de leur formation, les personnes étudiantes s'intègrent aux équipes de soins en milieux cliniques et communautaires, avec un ancrage fort en médecine de famille et en soins de première ligne, tout en favorisant une exposition progressive et ciblée aux spécialités médicales. Ainsi les personnes étudiantes apprennent à travailler en équipe, à comprendre les rôles des différents acteurs du système ainsi qu'à s'engager dans des dynamiques collaboratives dans leur pratique.

Les activités pédagogiques projetées sont de sept ordres différents :

1. **Des activités d'immersion-observation en milieux cliniques, communautaires et de santé publique**

   Les activités d'immersion-observation permettront à la personne étudiante de se familiariser progressivement avec le territoire d'apprentissage, ses populations et ses ressources.

   - **Participation à des activités de reconnaissance du territoire** permettant l'identification des besoins prioritaires de la région par la mise en contact de la personne étudiante avec les différentes communautés, ses ressources, ses organisations citoyennes et publiques, et auprès des médecins de famille, des autres professionnels de la santé et des intervenants communautaires.
   - **Participation à des activités auprès des communautés autochtones du territoire** par des séjours permettant une première exposition à la vie de ces communautés et un premier apprentissage quant à leurs priorités, leurs modes de vie, leurs cultures et leurs réalités sociosanitaires et économiques.

   Ces activités viseront à **sensibiliser** la personne étudiante aux caractéristiques, aux réalités et aux ressources du territoire où s'effectue son apprentissage, favorisant ainsi le développement d'une **connaissance approfondie du milieu, de sa population et d'un sentiment**

d'appartenance à la communauté. Elles seront plus importantes au début de la formation pour laisser graduellement plus d'espace à l'exposition progressive aux situations de première ligne et à l'intégration aux équipes interprofessionnelles et intersectorielles.

2. **Des études de cas de complexité croissante et des activités de simulation**

   Les apprentissages s'appuieront notamment sur un corpus **d'une centaine d'études de cas cliniques**, réparties sur les quatre années du programme et dont la complexité augmente tout au long du parcours, structurées autour de grands symptômes plutôt que par systèmes, abordées en petits groupes avec des tuteurs et soutenues par des ateliers axés sur le raisonnement clinique contextualisé. Les études de cas seront l'occasion d'un premier contact avec la médecine clinique dans ses aspects humains, biologiques, psychosociaux, culturels et environnementaux. Elles seront **coconstruites avec les milieux et les communautés** en tenant compte des six thématiques transversales qui constituent le corpus fondamental du programme.

   Les études de cas permettront à la personne étudiante :

   - d'**acquérir les connaissances biomédicales** nécessaires pour comprendre les mécanismes physiopathologiques à la base des présentations symptomatologiques ;
   - de **situer la personne dans son contexte** de vie, de famille, au sein d'une communauté précise, de comprendre la perspective de la personne teintée de son expérience, de sa culture, de ses croyances et de ses capacités d'adaptation ;
   - de bénéficier du reflet exact d'une **pratique médicale en communauté** avec son contexte et ses réalités, la disponibilité des ressources professionnelles et l'accessibilité aux outils technologiques d'investigation et de traitement ;
   - de développer une compréhension de l'importance des **données probantes, de l'épidémiologie et des statistiques appliquées aux situations cliniques** rencontrées en première ligne.

   Le plus systématiquement possible, les études de cas permettront d'illustrer des situations où **le travail interprofessionnel et intersectoriel est nécessaire et valorisé.** Pour certaines, ce sera aussi l'occasion de créer des contacts avec des personnes étudiantes provenant d'autres domaines de la santé (sciences infirmières, physiothérapie, psychologie, nutrition, chiropratique, pratique sage-femme, service social, etc.).

   Des activités de simulation (virtuelles, en laboratoire d'habiletés cliniques et avec des patients partenaires) seront développées et intégrées aux études de cas afin de constituer un parcours d'apprentissage cohérent et **représentatif des réalités cliniques vécues par les médecins de famille.** Complémentaires à la pratique clinique, elles soutiendront **l'intégration progressive et sécuritaire des compétences** et pourront tirer parti des possibilités offertes par l'IA pour enrichir les scénarios d'apprentissage.

   Les études de cas se concentreront au début de la formation sur des situations cliniques simples dont la **complexité ira en croissant jusqu'à la diplomation.** Elles seront concentrées d'abord pendant les deux premières

années puis leur nombre et leur fréquence diminueront à mesure que la personne étudiante s'intégrera aux équipes interprofessionnelles et intersectorielles. Les études de cas prévues dans les deux dernières années seront l'occasion d'un retour réflexif sur des situations cliniques complexes permettant un développement plus élaboré du raisonnement clinique et du processus de résolution de problèmes, le tout en parallèle avec l'augmentation des responsabilités cliniques auprès des patients. Ces études de cas prépareront la personne étudiante aux examens de diplomation et à l'amorce d'un programme de résidence.

3. **Une intégration progressive aux équipes interprofessionnelles et intersectorielles**

   L'intégration aux équipes interprofessionnelles et intersectorielles permettra aux personnes étudiantes de mettre en pratique leurs **apprentissages dans des contextes réels de travail**. À mesure que leur niveau d'autonomie et leur implication clinique évolueront, elles **participeront de plus en plus activement aux activités de collaboration** qui caractérisent leur territoire d'apprentissage, notamment aux réunions interprofessionnelles et intersectorielles tenues dans les CLSC, les GMF, les centres hospitaliers, les CHSLD et d'autres milieux de soins. Cette immersion favorisera une **meilleure compréhension des rôles et des expertises des différents acteurs.**

4. **Une exposition graduelle à des situations cliniques et communautaires**

   Les apprentissages s'appuieront sur une exposition progressive à une diversité de situations cliniques représentatives de la première ligne et de la médecine de famille, notamment en contexte communautaire.

   - **Intégration longitudinale à différents milieux de pratique** réels distribués sur le territoire d'apprentissage (tel que présenté à la section 3.2.1), dans une logique de **formation clinique intégrée aux communautés**, favorisant une exposition progressive aux réalités de la pratique et à la continuité des soins.
   - **Exposition aux spécialités médicales en soutien à la médecine de première ligne** dès la première année du programme. Dans le cadre d'un modèle de formation théorique et clinique longitudinal et intégré, où la personne étudiante maintient une continuité de ses activités en médecine de famille et dans ses lieux d'attache, elle sera exposée notamment à la **médecine préventive et santé publique, la médecine d'urgence, la médecine interne, la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie, la chirurgie générale et l'obstétrique-gynécologie.** Ces expériences, offertes sous différentes formes allant de demi-journées à des journées complètes en cliniques spécialisées, seront réparties sur les quatre années du programme selon une progression des compétences et de la complexité clinique. Elles favoriseront une **compréhension intégrée des trajectoires de soins**, des **interfaces entre les spécialités et la première ligne,** ainsi que de la **continuité des soins.** Les personnes étudiantes auront également la possibilité d'effectuer des stages de plus longue durée dans une discipline ou une spécialité de leur choix.

5. **Un apprentissage des bases de la médecine clinique et des soins primaires**

   L'acquisition des bases de la médecine clinique et des soins primaires débutera par une formation **intensive** sur l'apprentissage **de l'anamnèse et de l'examen physique** dès le début du parcours. Celle-ci sera supervisée par un moniteur et sera graduellement enrichie de formations plus ciblées sur **la communication et la relation médecin-patient dans les contextes de pratique de la première ligne**, et ce, tout au long de la formation. Selon les situations pédagogiques, l'encadrement sera assuré par un médecin, une IPS ou tout autre professionnel de la santé.

   Dès la première année, la personne étudiante sera également initiée **aux premiers soins et aux mesures de secourisme** auprès d'infirmières cliniciennes, d'IPS, de paramédics, de médecins de famille, de médecins d'urgence et d'autres professionnels œuvrant en première ligne.

   Cette formation reposera notamment sur la **participation de patients partenaires** ainsi que sur des activités de simulation virtuelles d'habilités cliniques ou réalisées en laboratoire. Elle permettra **l'acquisition des compétences fondamentales nécessaires** à une intégration rapide et progressive au sein des équipes de soins.

6. **Un projet longitudinal d'intervention communautaire**

   Cette approche visera à outiller la personne étudiante aux **principes de la recherche,** de **l'analyse critique** et de **l'intervention communautaire** afin de mieux les ancrer dans leur communauté et les préparer à devenir des agents de transformation dans leur milieu. **Élaboré en équipe et en partenariat avec les communautés** le projet longitudinal d'intervention communautaire sera centré sur la prévention et la promotion de la santé ou sur tout autre sujet d'intérêt pour la personne étudiante et la communauté.
   Le projet sera encadré par un superviseur qualifié, un médecin de famille ou de santé publique ou un professeur-chercheur de l'UQ, et un intervenant communautaire. Il sera développé par la mobilisation concrète des personnes, des savoirs et des ressources locales dans une perspective de réciprocité, de responsabilité sociale et de transformation des pratiques.

   Le projet sera l'occasion pour la personne étudiante de **recueillir les données** pertinentes, épidémiologiques et qualitatives, d'en **faire l'analyse** et de les intégrer à son projet. Une attention particulière sera portée aux **dimensions éthiques, relationnelles et territoriales** de la démarche, notamment à travers des approches respectueuses des savoirs locaux, des dynamiques communautaires et des réalités culturelles propres à chaque milieu. Dans les contextes impliquant les Premiers Peuples, les projets s'inscriront explicitement dans le **respect des principes de gouvernance des données et de recherche en milieu autochtone**, incluant les principes PCAP® (propriété, contrôle, accès

et possession des données) afin d'assurer une démarche culturellement sécurisante, collaborative et adaptée aux priorités des communautés. Le projet d'intervention communautaire se déploiera progressivement à travers trois grandes phases :

- **Exploration et émergence d'un sujet d'intérêt :** Dès le début du programme, les personnes étudiantes seront exposées à des enjeux complexes et contemporains de santé à travers des activités collaborative, réflexives et interdisciplinaires favorisant une posture d'enquête, le développement de la pensée critique et l'identification progressive d'un enjeu ou d'une question ancrée dans les besoins d'une communauté, d'un territoire ou d'un système de soins. Il y aura six domaines potentiels : sciences biomédicales, clinique, sciences sociales et comportementales, sciences épidémiologiques et populationnelles, éducation ou sciences des systèmes de santé.
- **Immersion, approfondissement et coconstruction :** Les personnes étudiantes approfondiront la problématique retenue à travers une recension des écrits, l'analyse critique des données pertinentes, des échanges avec les milieux et l'accompagnement d'une équipe de supervision interdisciplinaire afin de coconstruire un projet contextualisé, rigoureux et socialement pertinent, pouvant notamment s'inspirer d'approches collaboratives telles que les *living labs*.
- **Réalisation, mobilisation et diffusion des connaissances :** Les personnes étudiantes réaliseront un projet appliqué d'intervention, d'amélioration des pratiques ou d'innovation en partenariat avec les milieux, culminant par une activité de diffusion et de mobilisation des connaissances auprès des communautés partenaires et des pairs.

Le programme intègrera aussi des activités permettant aux personnes étudiantes de comprendre les politiques de santé, les dynamiques organisationnelles et les enjeux contemporains du système de santé afin de les préparer à agir au-delà de la pratique clinique individuelle.

7. **Des séances de formations ponctuelles**

   Offertes tout au long du parcours par des experts de contenu, ces séances **obligatoires** permettront à la personne étudiante de compléter ou de consolider ses apprentissages sur des **sujets spécifiques nécessitant un accompagnement par un expert d'un domaine précis.** Ces séances seront choisies en fonction de la complexité des problématique de santé individuelle ou communautaires auxquelles la personne étudiante doit faire face et qui peuvent difficilement faire l'objet d'un apprentissage au moyen des méthodes précédemment décrites. Des activités de formation porteront également spécifiquement **sur la gestion des soins de santé, sur l'IA en soutien à l'apprentissage ou à la médecine clinique et sur d'autres technologies pertinentes.**

Afin de soutenir l'ensemble des activités pédagogiques et d'offrir une formation accessible aux personnes étudiantes sur l'ensemble du territoire, en collaboration avec les expertises de l'UQ, le programme s'appuiera sur :

- des modalités **pédagogiques innovantes**, notamment la supervision et la simulation à distance, les capsules interactives, les jeux sérieux et les environnements virtuels ;
- **une intégration structurée des technologies émergentes**, dont les outils de réalité virtuelle et l'utilisation de la télémédecine ;
- **une intégration de l'IA** dans la formation et dans les pratiques professionnelles en santé (ses forces et ses limites ainsi que les enjeux éthiques) ;
- **des modèles de formation hybride** permettant d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et pédagogiques disponibles.

Les expertises de l'UQ mobilisées pour soutenir ce modèle pédagogique sont présentées à la section 4.3.

3.2.3 Les leviers de rétention des futurs médecins

En phase avec son approche visant à **recruter à proximité, former dans la communauté et retenir sur le territoire**, le programme MD-UQ met en place diverses modalités d'accompagnement destinées à favoriser la persévérance, la réussite et l'ancrage durable des personnes étudiantes dans leur formation et dans les communautés qu'elles seront appelées à desservir. Cette immersion progressive est soutenue par des personnes professionnelles engagées dans les milieux de pratique, offrant un accompagnement personnalisé tant sur le plan professionnel que personnel. Le programme prévoit également du mentorat en continu, notamment avec des médecins de famille pratiquant localement. Ainsi, dès leur admission, les personnes étudiantes bénéficient d'un soutien favorisant tout au long de leur parcours leur intégration, leur progression académique et leur développement professionnel. Cet accompagnement, adapté à la diversité des parcours et des besoins, contribue à renforcer le sentiment d'appartenance, à réduire l'isolement et à soutenir le développement d'une identité professionnelle solide. Intégrés de manière longitudinale au curriculum, ces mécanismes de mentorat et de soutien par les pairs et les communautés permettent aux apprenants de développer progressivement des stratégies d'adaptation saines, de reconnaître les défis inhérents à la profession et de s'appuyer sur des modèles de rôle et des réseaux d'entraide tout au long de leur formation. En complément, les personnes étudiantes bénéficient de l'ensemble des services et des ressources déployés au sein de leur établissement (voir la sous-section 4.3.4) pour soutenir leur réussite, leur bien-être, leur équilibre de vie et leur engagement communautaire dans un environnement académique riche, humain et stimulant.

L'ancrage territorial : un facteur de rétention qui a fait ses preuves à l'UQ

Basée sur l'expérience acquise dans d'autres programmes en SSS, l'UQ anticipe que l'intégration, dès le début de la formation, dans des zones urbaines défavorisées, des milieux ruraux et des régions éloignées aux activités de formation clinique, contribuera à l'établissement des futures personnes professionnelles dans ces milieux.

Cette hypothèse s'appuie notamment sur des résultats observés dans plusieurs régions où l'UQ est présente. En Abitibi Témiscamingue, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en Mauricie et en Outaouais, entre 60 % et 86 % des infirmières cliniciennes et entre 80 % et 100 % des psychologues en pratique ont été formés dans un établissement universitaire de l'UQ[6].

L'engagement de l'UQ envers la rétention des futurs médecins se poursuivra au-delà de la diplomation en contribuant activement à leur environnement d'insertion professionnelle. Les personnes diplômées pourront maintenir des liens durables avec leur réseau de formation grâce à des communautés de pratique, particulièrement importantes pour contrer l'isolement professionnel pouvant être vécu dans certains territoires. Elles auront également accès à des occasions de développement professionnel continu, à des activités de perfectionnement ainsi qu'à des réseaux de recherche et d'innovation ancrés dans les réalités régionales (voir la section 4.3.2). En s'appuyant sur l'expertise des établissements universitaires de l'UQ en matière de partenariats avec les communautés, de recherche appliquée et de mobilisation des connaissances, le programme MD-UQ favorisera l'intégration des futurs médecins dans des projets répondant aux besoins des communautés et des populations. Cette continuité entre la formation, la pratique, la recherche et l'engagement communautaire contribuera à renforcer leur sentiment d'appartenance aux régions, à soutenir leur développement professionnel à long terme et à favoriser leur rétention au sein du système de santé québécois. Comme il est démontré, la présence d'un écosystème universitaire et les occasions d'enseignement sont des facteurs qui favorisent la rétention dans un milieu (Levesque *et al.*, 2018). Tous ces dispositifs favoriseront le développement et le maintien d'environnements académiques et universitaires locaux riches qui permettront la mobilisation des nouveaux médecins, dès le début de pratique, à rester impliquer dans la formation de la relève.

À ce stade d'avancement du projet, les travaux ont permis d'établir les grandes orientations du programme, sa vision, ses piliers, ses valeurs et ses thématiques transversales (section 3.1), ainsi que de définir le parcours étudiant, le modèle pédagogique et les mécanismes de soutien à la réussite et à la rétention régionale après la diplomation (section 3.2). L'élaboration détaillée du curriculum, incluant l'identification des cours, des activités de formation et de leur contenu spécifique, demeure toutefois à réaliser. Cette étape constituera la prochaine phase de développement du programme et mobilisera les expertises académiques, cliniques, pédagogiques et professionnelles requises.

6 Basé sur les analyses de l'enquête Relance 2023 du MES réalisées par la Direction de la recherche institutionnelle de l'UQ.

Ces travaux permettront de concevoir un curriculum cohérent et intégré, conforme aux normes du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC, 2025) et respectueux des composantes distinctives du programme MD-UQ. Ils viseront notamment à préciser les compétences et les objectifs de formation, la conception et le contenu du programme d'études (normes 6 et 7), les mécanismes de gestion, d'évaluation et d'amélioration du programme (norme 8), ainsi que les modalités d'enseignement, de supervision, d'évaluation et de sécurité des personnes étudiantes et des patients (norme 9).

3.3 L'opérationnalisation du programme et conditions de mise en œuvre

La mise en œuvre du programme MD-UQ exige la mise en place de conditions institutionnelles, académiques, partenariales et financières permettant d'assurer à la fois la cohésion du programme, la qualité de la formation, ainsi que son déploiement dans plusieurs territoires. Elle devra notamment s'appuyer sur une gouvernance adaptée au caractère multi-établissements du projet, un arrimage étroit avec l'écosystème québécois de formation médicale et de SSS, ainsi que sur des stratégies cohérentes de recrutement des personnes étudiantes et du corps professoral.

La présente section expose les principaux paramètres à préciser au cours de la phase de développement, notamment le modèle de gestion, de coordination et de gouvernance, les partenariats requis, les modalités de recrutement et d'admission, la mobilisation des ressources enseignantes, l'articulation avec les programmes de résidence, les autorisations et l'agrément nécessaires, ainsi que l'échéancier de déploiement et le modèle financier. Ces éléments devront être développés de manière intégrée afin de permettre la faisabilité, la pérennité et la conformité du programme, tout en préservant sa capacité à répondre aux besoins des populations et des territoires.

3.3.1 La gestion, la coordination et la gouvernance du programme

Le programme de doctorat de premier cycle en médecine de l'UQ est à portée nationale, il implique la participation de ses dix établissements. Les établissements universitaires à vocation générale accueillent les personnes étudiantes et dispensent l'enseignement. Les établissements universitaires à vocation particulière participent également à l'offre du programme en étant responsables de certaines activités pédagogiques et en contribuant à offrir aux personnes étudiantes un environnement de recherche de haute qualité en SSS.

L'ensemble des établissements participe dans une plus ou moins grande mesure à la gouvernance et à la gestion du programme.

À l'instar des autres programmes conjoints offerts par les établissements universitaires de l'UQ, il est envisagé que, par l'entremise de l'Assemblée des gouverneurs et du Conseil des études, le programme soit placé sous la responsabilité de l'UQ. En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi constitutive de l'UQ, l'Assemblée des gouverneurs créerait une unité administrative faisant office d'école de médecine et en confierait la gestion à un doyen ainsi qu'à une commission des affaires médicales chargée notamment d'adopter les règles, les procédures, les politiques et les directives relatives à l'unité administrative, d'orienter son développement stratégique, de superviser les activités du décanat, et de voir au bon fonctionnement du programme. En plus du doyen, un comité de direction serait nommé, composé de doyens associés régionaux et vice-doyens responsables des grands volets du programme. Les établissements universitaires de l'UQ seraient équitablement représentés et participeraient activement à aux instances de concertation, de gestion et de décision.

La gestion administrative et académique du programme s'appuierait sur des ressources communes et des ressources locales en fonction des besoins des personnes étudiantes et du personnel enseignant, des capacités des établissements ainsi que des exigences normatives.

La réflexion sur la gouvernance se poursuivra dans les mois à venir. Trois sources d'information sont prises en compte dans cette réflexion :

- les exigences d'agrément ;
- les modèles de gouvernance des programmes de médecine ;
- les modèles de programmes offerts en partenariat en vigueur à l'UQ.

Les exigences du CAFMC

Pour obtenir et maintenir l'autorisation d'offrir un doctorat de premier cycle en médecine par le CAFMC, l'UQ doit se conformer à un ensemble rigoureux de normes encadrant notamment la gouvernance et la gestion du programme (CAFMC, 2025).

Le programme de médecine doit obligatoirement s'ancrer au sein d'une unité administrative dédiée (telle qu'une faculté ou une école), affiliée à une université légalement habilitée à décerner le diplôme. Les normes prévoient que cette unité soit chapeautée par un conseil ou un comité équivalent. Elle doit également s'appuyer sur des comités spécialisés assurant un fonctionnement décisionnel transparent, équitable et rigoureux. Le comité de programme (norme 8.1) et le comité des admissions (norme 10.2), composés à majorité de professeurs, en constituent les éléments essentiels.

La responsabilité administrative globale, la gestion financière et le maintien de la qualité du programme incombent à une personne responsable, généralement désignée comme doyen (normes 1.5 et 5.2). Officiellement nommée par le conseil d'administration de l'université ou placée sous son autorité directe (norme 2.1), cette personne doit disposer d'un accès suffisant aux dirigeants de l'université (norme 2.3). Le doyen est notamment garant du maintien d'un effectif suffisant d'enseignants (norme 2.4), lesquels doivent être formellement intégrés au fonctionnement administratif du programme (norme 2.6).

Pour l'épauler, l'établissement doit compter sur un nombre suffisant de cadres académiques et administratifs (vice-décanats, directions d'unités organisationnelles) (norme 2.4). Dans un programme multisites, le dirigeant de chaque site relève du doyen d'un point de vue administratif.

L'unité administrative en charge du programme a l'obligation d'édicter et d'appliquer un cadre normatif et des procédures administratives explicites afin de baliser plusieurs aspects de son fonctionnement, notamment les responsabilités et les privilèges du décanat et des vice-décanats (norme 1.5), l'embauche, le statut et la progression de carrière du corps professoral (norme 4.3), les modalités d'évaluation sommative et d'avancement des personnes étudiantes (normes 9.8 et 9.9), et la sécurité des patients (normes 9.10).

Pour soutenir adéquatement le déploiement du programme, l'unité doit bénéficier de ressources pédagogiques, financières et matérielles suffisantes (norme 5). Cela englobe un accès garanti aux patients, des équipements de pointe, des installations physiques conformes, des bibliothèques bien pourvues et des infrastructures robustes en technologies de l'information. Lorsque le programme est dispensé sur plus d'un campus, l'unité administrative qui a la responsabilité ultime du programme doit s'assurer que les services offerts (santé, conseil financier, aide pédagogique et orientation de carrière) (normes 11 et 12) ainsi que les expériences de formation et d'évaluation sont rigoureusement comparables d'un site à l'autre, indépendamment de leur milieu d'apprentissage ou de leur campus d'attache (norme 8.7).

Les modèles de gouvernance à considérer

L'UNIVERSITÉ DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DU NORD DE L'ONTARIO

À sa création en 2002, l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) s'est dotée d'un modèle de gouvernance unique au Canada. Afin de permettre l'existence d'une seule école de médecine associée à deux universités partenaires, l'Université Laurentienne et l'Université Lakehead ont choisi de créer une corporation sans but lucratif distincte plutôt qu'une faculté intégrée à l'une ou l'autre des universités. Comme le décrivent Aberman et Wright (2010), « l'École allait être constituée en personne morale sans but lucratif dont les seuls membres votants seraient l'Université Lakehead et l'Université Laurentienne » (p. 148). Les deux universités conservaient ainsi un contrôle conjoint sur l'établissement tout en lui accordant une large autonomie administrative.

Dans ce modèle initial, l'EMNO devenait officiellement la faculté de médecine des deux universités. Selon les mêmes auteurs, « les deux universités adopteraient les résolutions nécessaires pour faire de l'EMNO leur faculté de médecine » (p. 149). Les responsabilités universitaires étaient exercées par les sénats des deux établissements, qui avaient créé « un comité mixte des sénats » chargé d'assurer la supervision académique et de conférer les grades. Le conseil d'administration de l'EMNO était composé à parts égales de représentants des deux universités ainsi que de membres de la communauté, tandis que l'École agissait elle-même comme employeur de son personnel enseignant et administratif. Cette structure soutenait un modèle pédagogique distribué reposant sur deux campus principaux (Sudbury et Thunder Bay) et un vaste réseau de sites de formation clinique dans les communautés du Nord de l'Ontario.

Au fil des années, l'École gagnant en maturité organisationnelle, le développement du programme de médecine l'a amenée à acquérir une autonomie accrue par rapport aux établissements qui lui avaient donné naissance. La crise financière de l'Université Laurentienne, placée sous la protection de la *Loi sur les arrangements avec les créanciers* en 2021, a également

vraisemblablement joué dans la volonté de protéger la mission et les activités de l'EMNO (Lachance, 2022).

Ces considérations ont mené à l'adoption de la *Northern Ontario School of Medicine University Act, 2021* (Gouvernement de l'Ontario, 2021). Entrée en vigueur le 1er avril 2022, cette loi a transformé l'EMNO en Université de l'EMNO (ou NOSM University), la première université de médecine autonome au Canada. L'établissement dispose désormais de sa propre personnalité juridique universitaire, d'un conseil des gouverneurs et d'un Sénat indépendants ainsi que du pouvoir de délivrer directement ses diplômes.

L'évolution de la gouvernance n'a toutefois pas modifié la mission fondamentale de l'institution. L'Université de l'EMNO maintient ses campus à Sudbury et à Thunder Bay, conserve son modèle de formation distribuée dans plus de 90 collectivités et poursuit sa collaboration avec les universités Laurentienne et Lakehead. Selon l'Université de l'EMNO elle-même, l'autonomie institutionnelle vise avant tout à renforcer sa capacité à remplir sa mission auprès des populations rurales, éloignées, autochtones et francophones du Nord de l'Ontario, tout en lui permettant de définir de façon indépendante son développement académique et stratégique (Université EMNO, s. d.).

La proximité de la mission fondamentale de cette institution et de son modèle de formation distribué dans de petites collectivités en font un exemple riche. Seul modèle de programme ayant été cogéré pendant 20 ans dans le domaine de la médecine, il convient de mieux comprendre son évolution afin de viser le bon équilibre dans la gouvernance, dans la prise de décisions, dans les fonctions administratives et académiques mutualisées, ainsi que dans la réponse efficiente et agile aux contextes locaux.

LE SITE DÉLOCALISÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE À SAGUENAY

Bien que les quatre facultés de médecine au Québec délocalisent leurs programmes de doctorat en médecine sur différents sites, ceux-ci demeurent entièrement sous leur responsabilité, et la participation des universités sises dans les territoires de délocalisation (UQTR, UQAC, UQAR et UQO) est variable.

Selon les informations obtenues des établissements concernés à l'UQ, le modèle allant le plus loin en matière de partage de la gouvernance et de gestion partagée serait celui de l'Université de Sherbrooke (UdeS).

Comme pour les trois autres universités avec faculté de médecine, le programme de doctorat en médecine de l'UdeS repose sur un modèle de gouvernance centralisé sur le plan académique, mais déployé dans plusieurs sites de formation régionaux (Saguenay, Moncton Longueuil et, éventuellement, Drummondville). Le programme demeure toutefois un programme unique de l'UdeS. La gouvernance académique relève de sa faculté de médecine et des sciences de la santé et de ses instances académiques et administratives supérieures. La direction du programme a notamment pour responsabilités de :

- « s'assurer d'une formation de qualité équivalente dans tous les sites de formation » ;
- « veiller à l'amélioration continue et au respect des normes dans tous les sites de formation » ;
- « coordonner le suivi de la population étudiante à l'échelle de l'ensemble du programme » (Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 2025, p.7).

La participation des campus délocalisés à la gouvernance est formalisée par la directive 2653-011 (*ibid.*), dont l'objectif est notamment de favoriser « l'inclusion de membres du corps professoral des sites de formation dans les comités du doctorat en médecine » ainsi que « l'inclusion de la direction administrative des sites de formation dans les comités » (*ibid.*, p. 4). Les doyens associés des campus régionaux jouent un rôle central dans ce dispositif. Selon la directive, ils représentent le décanat dans leur région et servent d'interface entre les sites et les différentes instances facultaires. Ils sont des employés de l'UdeS.

Dans le cas du campus de Saguenay, le doyen associé est un employé de l'UdeS et il siège au comité de direction du programme. Les personnes étudiantes sont inscrites à l'UdeS, mais ils disposent d'une carte étudiante de l'UQAC et peuvent profiter des installations sportives et des services à la communauté étudiante de l'UQAC. Les professeurs de clinique ainsi qu'une partie du corps professoral titulaire d'un doctorat (Ph. D.) ont un lien d'emploi avec l'UdeS.

L'UQAC participe à la gouvernance du site délocalisé sans toutefois intervenir dans la gouvernance académique du programme. Elle dispose notamment de deux représentants (vice-rectorat à l'enseignement et décanat des études) au comité de direction du programme délocalisé, lequel veille à la bonne conduite des opérations et des collaborations entre les deux établissements. L'UQAC est également représentée au comité d'admission central et au comité de gestion local du programme. Toutefois, elle ne participe pas à la détermination du curriculum ou des orientations académiques du programme.

Sur le plan opérationnel, les campus régionaux disposent de structures de gestion locales importantes. À Saguenay, on retrouve notamment un doyen associé, une direction de programme, une direction administrative, un agent de gestion, une équipe de secrétariat, une équipe de gestion locale composée de professeurs et de médecins formateurs ainsi que des ressources dédiées à la vie étudiante et au soutien académique. Cette organisation s'inscrit dans le cadre établi par la directive facultaire, qui confie aux directions administratives des sites la responsabilité de coordonner les ressources humaines, les budgets et les processus administratifs locaux (*ibid.*).

Ainsi, le modèle de l'UdeS combine :

- une gouvernance académique fortement centralisée afin d'assurer l'équivalence de la formation, la conformité aux exigences d'agrément et l'unicité du diplôme ;
- une gestion régionale décentralisée permettant aux campus partenaires d'adapter les opérations aux réalités locales.

Les universités partenaires de l'UdeS, comme l'UQAC, contribuent aux infrastructures, aux services à la communauté étudiante et à certaines activités d'enseignement, alors que la responsabilité académique du programme demeure entre les mains de l'UdeS.

Les modèles des programmes en partenariat en vigueur à l'UQ

À l'UQ, 58 programmes sont offerts en partenariat entre ses établissements. Ces partenariats impliquent entre 2 et 9 établissements et la majorité (32) le sont sur un mode conjoint. Les autres sont gérés selon un mode d'extension (16) et selon un mode d'association (7). L'UQ

possède donc une grande expérience de collaboration multi-établissements pour l'offre de programmes et pourra s'appuyer sur les constats des forces et des faiblesses des modèles en vigueur. On pense notamment aux programmes conjoints de diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) et de maîtrise en pratique infirmière spécialisée ainsi qu'au programme de doctorat interdisciplinaire en santé société offert en association.

3.3.2 L'arrimage avec l'écosystème québécois de formation médicale et avec les autres disciplines en SSS

Afin d'assurer l'arrimage du projet avec l'écosystème québécois de formation médicale, l'UQ a rencontré, entre septembre 2025 et mai 2026, chacune des facultés de médecine du Québec. Ces échanges ont permis de présenter à haut niveau les orientations du projet, de réaffirmer sa volonté de complémentarité avec les programmes existants et d'identifier des possibilités concrètes de collaboration en matière de pédagogie, de responsabilité sociale, d'interprofessionnalité, d'admission, de recherche et de soutien à la réussite étudiante. Cette démarche confirme l'inscription du projet dans une logique de partenariat au bénéfice de la formation médicale et de la réponse aux besoins des populations québécoises.

Les établissements universitaires de l'UQ ont un long historique de collaboration avec les facultés de médecine, notamment dans les régions où se trouvent les campus délocalisés. Ainsi, depuis vingt ans, le campus de Saguenay illustre la capacité d'un partenariat durable entre l'UdeS et l'UQAC à soutenir le déploiement et le maintien d'une formation médicale complète en région. De même, ces relations de collaboration sont présentes entre l'Université de Montréal (UdeM) et l'UQTR, l'Université Laval et l'UQAR ainsi qu'entre McGill et l'UQO.

L'UQ affirme sa volonté de poursuivre le dialogue avec l'ensemble des partenaires universitaires concernés. La prochaine phase du projet visera entre autres à préciser le modèle de formation du programme MD-UQ et à identifier les mécanismes de complémentarité et de collaboration avec les facultés existantes, particulièrement en ce qui a trait à l'implantation du programme MD-UQ dans les milieux cliniques et communautaires. Cette étape permettra de consolider les partenariats avec celles-ci ainsi qu'avec les autres partenaires des collectivités et du RSSS afin de s'assurer que le projet contribue à l'atteinte des objectifs gouvernementaux en matière d'accès aux soins, de médecine de famille, de première ligne et de répartition territoriale des effectifs médicaux.

La mise en place du programme MD-UQ ne vise pas à remplacer les délocalisations déjà en place, mais à ajouter une force de formation pensée sur des bases différentes et complémentaires dans le but de répondre autrement à des besoins qui persistent. Avec des cibles d'admission spécifiques, avec un objectif de mobiliser de nouveaux milieux cliniques qui participent actuellement encore peu à la formation médicale et qui sont pertinents pour la formation des médecins de famille et la première ligne, il apparaît raisonnable d'affirmer qu'une coexistence est possible sans affaiblir l'offre existante dont la contribution actuelle est indispensable.

Parallèlement, les établissements universitaires de l'UQ entretiennent déjà des liens étroits avec les établissements de Santé Québec de leur territoire. Par l'entremise de contrats d'affiliation, d'ententes-cadres, de partenariats stratégiques (voir l'Annexe 11) et de collaborations de longue date, ils contribuent ensemble activement à la formation des personnes étudiantes, notamment par les stages, à la recherche en SSS ainsi qu'à différents projets répondant aux besoins des communautés.

Cet ancrage se manifeste également par la participation des établissements universitaires de l'UQ aux réseaux universitaires intégrés en SSS (RUISSS), dont la mission est de favoriser la coordination des soins, l'enseignement clinique, la recherche, le transfert des connaissances et l'équité d'accès aux services sur l'ensemble du territoire québécois. Pour la formation médicale, les RUISSS jouent un rôle clé dans l'organisation des stages et des résidences, le soutien à la formation en région, l'assurance qualité des activités cliniques, l'arrimage de la formation aux besoins populationnels ainsi que la collaboration interprofessionnelle.

Depuis 2017, moment où le volet services sociaux a été ajouté à leur mission, la plupart des établissements universitaires de l'UQ ont intégré les comités directeurs des RUISSS des territoires où ils offraient de la formation en SSS. La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* en vigueur depuis 2023 (Gouvernement du Québec, 2023a), a d'ailleurs légitimé la participation des établissements universitaires de l'UQ aux RUISSS.

Avec le programme MD-UQ, et compte tenu des mandats des RUISSS et de leur composition au sens de la loi, l'UQ ne propose pas la création d'un nouveau RUISSS, mais plutôt la consolidation de la participation et du leadership de l'UQAM, l'UQTR, l'UQAC, l'UQAR, l'UQO et l'UQAT au sein des quatre RUISSS existants qui œuvrent déjà à répondre aux besoins des territoires, le tout dans un esprit de collégialité, de collaboration et de complémentarité.

L'UQ entend poursuivre le dialogue avec les facultés de médecine, les établissements de Santé Québec, les RUISSS, les partenaires communautaires et les différentes instances gouvernementales afin de préciser le modèle de formation du programme MD-UQ et d'en maximiser la complémentarité avec l'offre existante. L'UQ demeure ainsi convaincue que les défis persistants d'accès aux soins et de couverture médicale au Québec commandent l'examen de solutions novatrices. Dans cette perspective, elle poursuivra ses travaux dans un esprit d'ouverture, de collaboration et de partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés.

Les mots des acteurs mobilisés

Forts du vécu de collaboration entre Santé Québec Bas-Saint-Laurent, l'UQAR et le programme de médecine de l'Université Laval, nous croyons que l'ajout d'un programme porté par l'Université du Québec serait complémentaire à ce que nous offrons déjà et permettrait de mieux répondre à certaines de nos réalités plus rurales tout en poursuivant le reste de notre mission d'enseignement.

Santé Québec Bas-Saint-Laurent
(Tiré de l'Annexe 9)

Les mots des acteurs mobilisés

Nous nous réjouissons particulièrement des perspectives que cette démarche pourrait offrir aux régions qui font face à des défis importants en matière de recrutement, de rétention et de disponibilité des effectifs médicaux et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. […] Santé Québec Outaouais demeure engagé à contribuer à la formation de la prochaine génération de professionnels de la santé et des services sociaux et à collaborer avec l'ensemble des partenaires qui participent à cette mission essentielle. […] Nous croyons que le renforcement de la capacité collective de formation, surtout dans les régions moins bien desservies, représente un élément important pour assurer la pérennité et la performance du système de santé et de services sociaux au bénéfice de la population.

Santé Québec Outaouais
(Tiré de l'Annexe 9)

3.3.3 Le recrutement et l'admission : un profil revisité

Le programme prévoit l'admission progressive de nouvelles cohortes étudiantes afin de soutenir un déploiement harmonieux de la formation et des milieux d'apprentissage. Il privilégiera un accès direct au doctorat en médecine à partir de la formation collégiale, sans année préparatoire. Une période de montée en charge sur quatre ans est envisagée, permettant d'atteindre à terme une capacité de 200 personnes étudiantes par cohorte. Celles-ci seront réparties entre les établissements universitaires à vocation générale de l'UQ, selon une répartition qui tiendra compte des capacités d'accueil, des ressources disponibles, des milieux cliniques partenaires et des besoins des régions. **La capacité d'enseignement et d'encadrement**, notamment pour le volet de formation à la recherche, sera également soutenue par le corps professoral des établissements universitaires à vocation particulière qui détiennent des expertises pertinentes notamment en matière d'IA appliquée à la santé, de gestion des systèmes de santé, de technologies en santé, d'épidémiologie, d'approche de santé durable, etc.

Les critères d'admission au programme MD-UQ visent à sélectionner des personnes candidates dont les parcours, les ancrages et les expériences reflètent la diversité des populations et des territoires à desservir. Le modèle d'admission repose ainsi sur une approche globale et contextualisée, articulée autour de trois dimensions complémentaires :

- la capacité de réussir le programme ;
- l'adhésion aux valeurs et aux orientations du programme ;
- l'ancrage territorial, communautaire ou expérientiel cohérent avec les besoins des populations desservies.

La capacité de réussir le programme est évaluée à partir des capacités cognitives des personnes candidates ainsi que de leur autonomie et leur capacité d'adaptation, de collaboration et de résolution de problèmes en contexte d'incertitude. Cette dimension tient également compte des qualités humaines, relationnelles et réflexives essentielles à la réussite en médecine et à la pratique médicale contemporaine, particulièrement dans des contextes où les ressources professionnelles ou spécialisées peuvent être limitées.

Évaluer le potentiel, au-delà des notes

À l'instar de Simon Fraser University (SFU), le programme MD-UQ considère les résultats académiques comme une démonstration des aptitudes intellectuelles nécessaires pour suivre avec succès le programme et devenir des cliniciens compétents. Une fois ce niveau de préparation confirmé, l'évaluation de la personne candidate s'élargit à d'autres dimensions jugées essentielles à l'exercice de la médecine, dont l'engagement communautaire, les expériences de vie, les habiletés relationnelles et la contribution à la mission sociale du programme. Cette approche reconnaît que le potentiel de devenir médecin repose sur un ensemble de compétences, d'attitudes et d'expériences qui dépassent la seule performance académique.

L'adhésion aux valeurs et aux orientations du programme se manifeste par un intérêt envers la médecine de famille, les soins de première ligne, les réalités territoriales et les populations en contextes vulnérabilisants. Le programme recherchera des personnes démontrant une volonté de contribuer à une médecine plus équitable, humaine, contextualisée et socialement responsable. Le comité évaluera les critères qui démontreront le réel potentiel d'une personne candidate à exercer la médecine de famille et à installer sa pratique dans les milieux visés par le programme MD-UQ.

L'ancrage territorial, communautaire ou expérientiel est apprécié au regard de la provenance des personnes candidates, de leurs trajectoires territoriales et communautaires, de leurs expériences de vie et de leur engagement auprès de milieux vulnérables ou moins bien desservis. Il peut par exemple être démontré par la provenance d'un milieu rural ou d'un secteur urbain défavorisé, par des liens significatifs avec les populations et les territoires à desservir ou par la présentation de lettres d'appui de sa communauté. Le programme recherchera ainsi des personnes issues de la diversité des communautés visées, incluant des personnes des Premiers Peuples vivant en communauté ou hors communauté, des personnes originaires de régions rurales, éloignées ou de milieux urbains mal desservis, de milieux socioéconomiques variés ainsi que de première génération universitaire. Cette approche reconnaît que le recrutement local constitue un facteur majeur dans le choix du lieu de pratique et que certaines trajectoires de vie et expériences d'engagement communautaire sont associées à des choix professionnels davantage orientés vers les milieux moins bien desservis et la médecine de famille (Goodfellow *et al.*, 2016 ; Raleigh *et al.*, 2022 ; Wayne *et al.*, 2010).

Une attention particulière sera portée à la représentativité des populations historiquement sous-représentées en médecine. Afin de réduire les barrières associées aux inégalités d'accès à la formation médicale, le programme misera sur des mécanismes de repérage précoce du potentiel, dès le secondaire et le cégep, ainsi que sur des stratégies d'accompagnement favorisant l'accès, la réussite et l'ancrage territorial. Ces initiatives cibleraient particulièrement les communautés rurales, éloignées et historiquement sous-représentées en médecine et pourraient prendre la forme d'activités de mentorat, d'accompagnement vers les études médicales et de modalités de recrutement adaptées à certaines populations.

Dans le cas des Premiers Peuples, cette approche sera développée en partenariat avec les communautés, les établissements d'enseignement et les organisations concernées afin de soutenir des parcours respectueux des réalités culturelles, territoriales et communautaires. Des mesures visant à réduire les obstacles financiers et structurels à l'admission, telles que le soutien aux frais associés au processus de sélection ou aux études, pourraient également être mises en place afin de favoriser un accès plus équitable à la formation médicale.

Pour être explicitement aligné sur les besoins du système de santé et sur la mission sociale de l'UQ, il est envisagé de former un comité d'admission diversifié incluant des représentants des populations partenaires, des professionnels de la santé issus de différentes disciplines ainsi que des patients et des proches.

3.3.4 Le recrutement du corps professoral : implication des médecins et des professionnels de la première ligne

Dans un contexte où il est souvent mentionné que la capacité d'enseignement clinique serait l'un des principaux facteurs limitant l'expansion de la formation médicale, l'implantation du programme MD-UQ devra reposer sur une approche renouvelée et structurée de mobilisation des ressources humaines.

En 2026, les données du MSSS analysées indiquent qu'à l'échelle du Québec, environ 3,3 % du temps des médecins de famille est consacré aux activités pédagogiques et universitaires. Cette proportion atteint jusqu'à 6,7 % dans les régions abritant les campus principaux des facultés de médecine (Montréal, Capitale-Nationale, Estrie).

À l'inverse, dans la majorité des régions où l'UQ envisage le déploiement du programme, ce pourcentage demeure inférieur à la moyenne provinciale, variant entre 0,9 % et 3,3 %. Ces écarts suggèrent l'existence d'un potentiel significatif d'augmentation de l'engagement pédagogique des médecins de famille en région, en rapprochant progressivement leur contribution de celle observée dans les grands pôles universitaires.

Toutefois, plutôt que d'envisager un modèle traditionnel reposant sur un nombre restreint de professeurs cliniciens universitaires, l'objectif de l'UQ sera de diversifier, d'élargir et d'ancrer le bassin d'enseignants dans les territoires, en particulier en première ligne, par le développement d'axes structurants alignés avec la vision de l'UQ.

- **Faire de la première ligne le socle de la formation :** mobiliser pleinement les médecins de famille et les milieux de soins primaires pour élargir le bassin d'enseignants en ancrant la formation dans les réalités cliniques contemporaines.
- **Déployer un réseau interprofessionnel d'enseignement :** miser sur la collaboration entre les différents professionnels de la première ligne pour diversifier l'encadrement pédagogique et favoriser l'interprofessionnalité.
- **Recourir à des modalités pédagogiques innovantes :** développer des modalités de supervision et de simulation à distance ainsi que des modèles hybrides pour optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles.

- **Renforcer l'ancrage territorial :** recruter les enseignants localement et développer les communautés académiques régionales pour favoriser la pérennité de l'engagement et la cohérence avec les besoins des populations.

Dans ce contexte, l'UQ mise sur sa capacité à structurer un nouveau modèle d'enseignement afin de répondre aux besoins tout en assurant sa durabilité et en atténuant les défis liés à la disponibilité des médecins. Ce défi est d'ailleurs partagé par l'ensemble des nouveaux programmes de médecine actuellement en développement au Canada.

En vertu des consultations qui ont eu lieu, l'UQ est convaincue que les professionnels de partout sur le territoire répondront à l'appel afin de contribuer au développement et au déploiement de son programme. D'ailleurs, plusieurs dizaines de médecins ont déjà pris contact avec l'équipe du projet au cours des derniers mois pour manifester leur intérêt.

Ce que les expériences récentes nous apprennent

Lors de l'appel à contribution lancé par SFU auprès de la communauté médicale en préparation de l'accueil de sa première cohorte (en août 2026), pas moins de 600 candidatures avaient été reçues en seulement 24 heures, alors qu'on évoquait là aussi la difficulté de recruter des professeurs cliniciens. C'est également ce qui s'est produit à la Toronto Metropolitan University (TMU) à l'approche de l'accueil de sa première cohorte (en août 2025) où 1 450 candidatures avaient été reçues, se traduisant ultimement dans la nomination de 764 professeurs cliniciens. Plus près d'ici, « l'Université de Sherbrooke a elle-même fait face à une résistance "immense" avant son ouverture en 1966 […]. Il y avait relativement peu d'arguments, outre le fait qu'il n'y avait pas le bassin de professeurs chevronnés […] » (Sioui, 2024). Plus récemment, dans le cadre du déploiement de son nouveau campus délocalisé du Centre-du-Québec, une région en grande pénurie de médecins, l'UdeS mentionnait : « Le recrutement médical, pour participer à l'enseignement dans ce futur site délocalisé, est excellent. Plus de médecins veulent participer que le nombre de places disponibles à offrir à des professeurs ! Malgré le fait qu'on soit en manque d'effectifs, on valorise tellement l'enseignement que les médecins sont prêts à s'impliquer malgré tout. » (Roy, 2026). Ainsi, l'UQ est confiante en sa capacité à recruter des médecins pour enseigner dans le nouveau programme MD-UQ.

3.3.5 Les débouchés : jumelage et programmes de résidence

Malgré les besoins importants de la population, plusieurs régions du Québec peinent à pourvoir l'ensemble de leurs postes de résidence en médecine de famille. C'est le cas de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie, de Chaudière-Appalaches, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie, de l'Outaouais, du Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (voir la section 4.1.4 et l'Annexe 14) qui restent avec de nombreux postes vacants, année après année.

Le programme de doctorat de premier cycle en médecine de l'UQ vise à favoriser une orientation accrue des futures personnes diplômées vers la médecine de famille et les spécialités qui

soutiennent la première ligne, particulièrement dans les régions où les difficultés d'accès aux soins persistent (Katz *et al.*, 2025).

Dans cette perspective, l'UQ envisage donc à la fois l'optimisation des postes de résidences existants et le développement organique de ses propres programmes de résidence, à débuter par celui de médecine de famille, et ensuite ceux des résidences pour certaines autres spécialités de base, afin d'assurer une continuité entre la formation prédoctorale et les besoins des territoires, en arrimage avec les politiques publiques qui façonnent la transformation actuelle du RSSS. Le développement de ces résidences pourrait se faire en collaboration avec d'autres universités québécoises ou canadiennes[7].

Les personnes diplômées du programme participeront au processus du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) au même titre que les personnes diplômées des autres facultés de médecine québécoises et canadiennes. Elles pourront donc présenter leur candidature aux programmes de résidence déjà offerts dans les régions concernées. En étant formées au sein même de ces territoires tout au long de leur parcours prédoctoral, les personnes étudiantes de l'UQ développeront des liens durables avec les milieux de pratique et les communautés qu'elles desserviront. Cette approche est susceptible de favoriser leur maintien en région au moment du choix d'une résidence.

Dans le cadre des travaux de développement de résidences, l'UQ étudiera aussi la possibilité d'offrir une voie d'accès directe à la résidence en médecine de famille, sur le modèle de l'Université Queen's et de l'Université d'Ottawa qui permettent ce cheminement à une partie de leur cohorte. Destinée à des personnes ayant démontrées dès leur admission une volonté claire de s'engager dans cette trajectoire, cette approche permet de sécuriser des parcours de formation cohérents et continus, de réduire l'incertitude liée au jumelage du CaRMS et de renforcer l'attractivité de la médecine de famille auprès de candidats déjà motivés.

De même, il est envisagé de créer des trajectoires régionales structurées, en arrimage avec la planification des effectifs médicaux du MSSS. De telles trajectoires pourraient se traduire par l'attribution de contingents de formation ciblés pour certaines régions et par un accès facilité à des postes de résidence dans ces milieux, en contrepartie d'un engagement de pratique dans le territoire à l'issue de la formation. Ce type de mécanisme permettrait de renforcer la cohérence du continuum formation prédoctorale/résidence/pratique, de soutenir la rétention régionale et de maximiser les retombées du programme sur l'accès aux soins en première ligne.

Sans remplacer les mécanismes actuels, ces deux leviers offriraient la possibilité de mieux structurer les parcours de formation vers la médecine de famille, en favorisant la rétention des candidats entre les étapes du continuum et en répondant plus directement aux besoins du système.

Le programme contribuera ainsi à l'optimisation du processus de jumelage en augmentant le bassin de candidats susceptibles de choisir des postes qui demeurent difficilement pourvus et en favorisant des cheminements efficaces.

7 L'EMNO sert de modèle à cet égard puisque les résidences y ont été développées en collaboration avec l'Université McMaster et l'Université d'Ottawa.

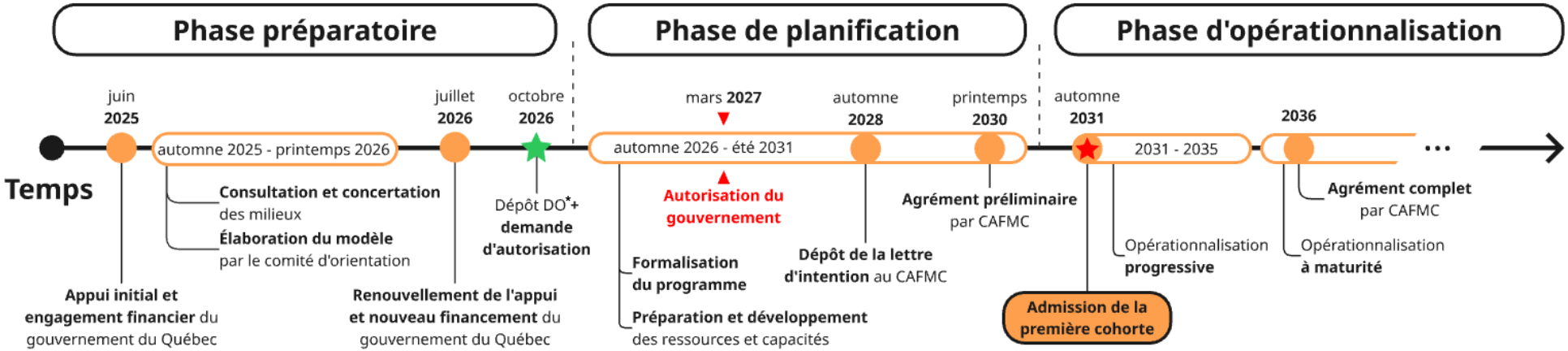
3.3.6 Le démarrage : autorisation et agrément

L'offre d'un programme de doctorat de premier cycle en médecine par l'UQ suppose l'obtention de deux autorisations :

1. **l'autorisation de financement** par le MES de l'effectif étudiant du programme ;
2. **l'agrément** délivré par le CAFMC.

Comme l'illustre la Figure 3, l'autorisation gouvernementale constitue un jalon déterminant au démarrage du projet. À la suite de la phase préparatoire et du dépôt du dossier d'opportunité, elle permet d'amorcer la planification détaillée du programme, la mobilisation des ressources requises et les démarches menant à l'obtention de l'agrément préliminaire du CAFMC, préalable à l'admission d'une première cohorte.

FIGURE 3. FEUILLE DE ROUTE



* DO : dossier d'opportunité

L'autorisation de financement de l'effectif étudiant par le MES

Cette autorisation intervient habituellement après un avis sur la qualité du programme émis par la Commission d'évaluation des projets de programme, suivi d'un avis du Comité des programmes universitaires sur la possibilité de financer les effectifs étudiants.

Cependant, dans le cas de la médecine, le CAFMC est l'organisme chargé d'évaluer la qualité de tous les programmes menant au diplôme de docteur en médecine (M.D.). Considérant le rôle unique de cette instance, **l'UQ souhaite que le MES lui délègue l'examen de la qualité du programme et délivre une autorisation de financement sous réserve de l'obtention de l'agrément préliminaire**, étape préalable à l'accueil d'une première cohorte de personnes étudiantes. Cette approche tient compte du caractère hautement critique de la qualité du programme et du rôle incontournable du CAFMC dès la conception du programme afin d'assurer le respect des exigences d'agrément, l'adéquation des capacités cliniques, la qualité du cheminement des cohortes et la pertinence des milieux affiliés.

L'agrément par le CAFMC

L'agrément d'un programme de doctorat de premier cycle en médecine par le CAFMC est une procédure à laquelle un établissement choisit de se soumettre pour assurer que « (1) les programmes éducatifs menant à l'obtention du diplôme de M.D. satisfont à des normes nationales raisonnables, généralement reconnues et appropriées sur le plan de la qualité de l'enseignement et que (2) les diplômés de ces programmes ont une expérience éducative complète et valide suffisante pour les préparer à la prochaine étape de leur formation » (CAFMC, 2026, p. 1).

Cet agrément est par ailleurs une des conditions essentielles (en plus de l'achèvement d'une formation postdoctorale et la réussite des examens dans l'une des 60 spécialités médicales) à l'obtention du permis d'exercer la médecine par le CMQ.

Le processus d'agrément d'une nouvelle faculté de médecine par le CAFMC est rigoureux et comporte plusieurs étapes :

- **Statut de demandeur :** obtenu à la suite du dépôt d'une lettre officielle et de la documentation requise auprès du CAFMC ;
- **Statut de candidat :** obtenu après l'analyse de la documentation institutionnelle, (environ deux ans après le dépôt initial[8]) ;
- **Agrément préliminaire :** accordé à la suite d'une première visite d'agrément (environ trois ans après le début du processus). Cette étape autorise l'admission d'une première cohorte étudiante ;
- **Agrément provisoire :** obtenu après une nouvelle visite d'agrément réalisée lorsque la première cohorte approche de la fin de sa formation (environ cinq à huit ans après le début du processus) ;
- **Agrément complet :** accordé pour une période de cinq ans après l'évaluation du programme en fonctionnement (environ huit à dix ans après le début du processus).

8 Les durées correspondent à un estimé selon un tableau indicatif fourni par le CAFMC.

Exemple de l'échéancier du développement du programme de médecine de TMU

Mars 2021 : subvention du gouvernement ontarien pour le développement du programme

Mars 2022 : confirmation par le gouvernement ontarien de l'autorisation de créer un programme

Mars-mai 2023 : approbation par le Sénat de TMU de la création de l'école et du programme

Septembre 2024 : octroi de l'agrément préliminaire par le CAFMC

Septembre 2025 : accueil de la première cohorte (94 personnes étudiantes)

(Toronto Metropolitan University, 2026)

Ainsi, **l'agrément préliminaire** constitue un jalon déterminant puisqu'il autorise l'accueil des premières personnes étudiantes, tandis que les étapes subséquentes visent à confirmer la qualité et la pleine maturité du programme.

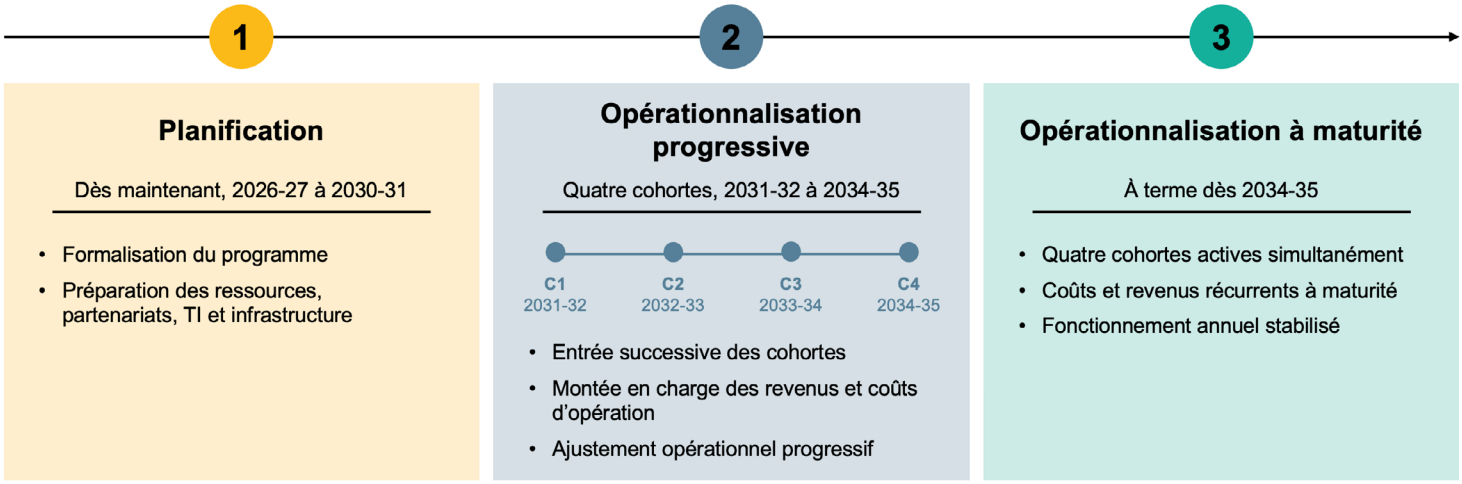
L'UQ a déjà établi un premier contact avec le CAFMC, qui lui a transmis de l'information, notamment en lien avec le processus d'agrément et l'échéancier standard. Ces éléments procéduraux (dépôt de la lettre d'intention, obtention des statuts de demandeur et de candidat, obtention de l'agrément préliminaire, admission de la première cohorte, agrément provisoire et obtention de l'agrément complet) ainsi que les délais standards associés ont d'ailleurs été intégrés dans la feuille de route sommaire du projet, sans toutefois les détailler de façon exhaustive (voir Figure 3).

L'UQ prévoit reprendre plus formellement les discussions avec le CAFMC à l'automne 2026. Selon la procédure d'agrément, « afin de présenter une demande d'agrément auprès du CAFMC, l'université doit avoir demandé l'autorisation de décerner le diplôme de docteur en médecine (M.D.) auprès de l'entité qui octroie une telle autorisation dans la province ou le territoire d'origine de l'établissement » (CAFMC, 2026, p. 9). Au Québec, si tout établissement figurant à l'article 1 de la *Loi sur les établissements d'enseignement de niveau universitaire* est d'emblée autorisé à décerner un « grade, diplôme, certificat ou autre attestation d'études universitaires » (Gouvernement du Québec, 2026b), dont un diplôme de M.D., la démarche pour l'autorisation de financement de l'effectif du programme peut être jugée comme le préalable requis à l'initiation du processus d'agrément. Cette autorisation doit être accordée « avant qu'un programme d'éducation médicale en développement puisse admettre une première classe de personnes étudiantes » (CAFMC, 2026, p. 9).

3.3.7 Le modèle financier : planification, mise en œuvre et opération

Afin d'évaluer les ressources requises pour la mise en œuvre et le fonctionnement du programme MD-UQ, l'UQ a élaboré une modélisation financière couvrant l'ensemble des prochaines étapes telles que présentées dans la Figure 4. Celle-ci porte sur : 1) la **phase de planification** précédant l'accueil de la première cohorte ; 2) la **période de montée en charge progressive** du programme ; 3) son **fonctionnement à maturité.** Les estimations présentées visent à apprécier les principaux coûts, les revenus et les besoins de financement associés au développement du programme MD-UQ.

FIGURE 4. PHASES DE DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME MD-UQ

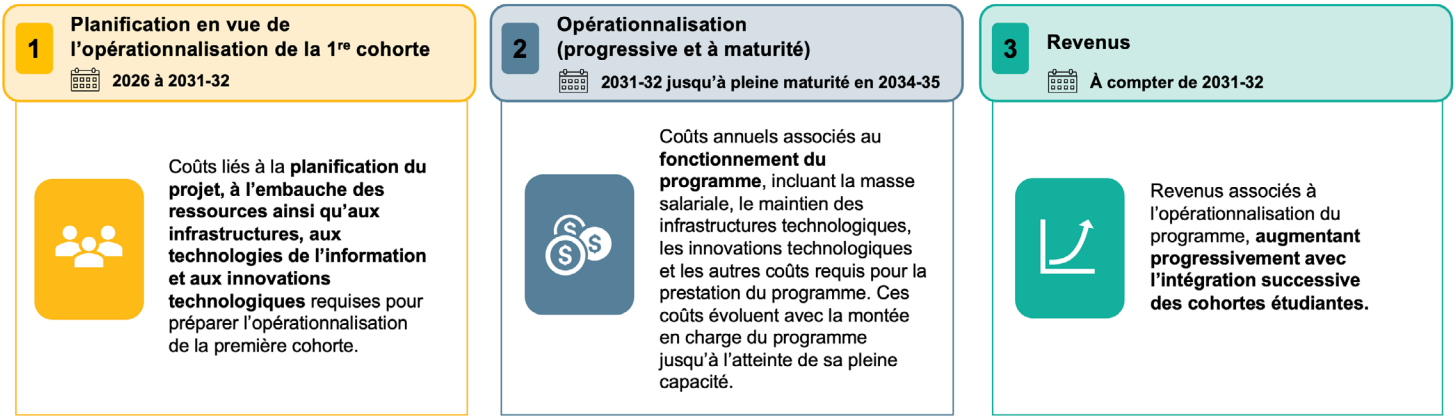


Les estimations ont été établies à partir des caractéristiques du programme définies à ce stade, notamment une première cohorte de **200 personnes étudiantes en 2031-2032,** le déploiement du programme principalement au sein des **établissements universitaires à vocation générale** de l'UQ, avec la collaboration des établissements universitaires à vocation particulière, et l'intégration successive de trois autres cohortes. Les hypothèses financières s'appuient, entre autres, sur les travaux du comité d'orientation, les consultations menées auprès des équipes de l'UQ, l'analyse d'exemples canadiens similaires pertinents, des données publiques ainsi que l'expérience acquise dans le cadre de projets comparables.

Le modèle présenté est constitué d'**estimations de planification fondées sur le scénario actuellement privilégié.** Il sera appelé à être précisé au fur et à mesure de l'avancement de la conception du programme, de la confirmation des modalités de déploiement et de la validation des paramètres de financement applicables.

Dans la Figure 5, les coûts et les revenus sont présentés en deux volets distincts afin de refléter la nature des dépenses et leur horizon temporel :

FIGURE 5. LES COÛTS ET LES REVENUS INHÉRENTS AU DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME MD-UQ



La planification en vue de l'opérationnalisation de la première cohorte

La mise en place du programme nécessitera, avant l'accueil de la première cohorte prévu en 2031-2032, des **investissements visant à compléter la planification du programme, à mettre progressivement en place les ressources humaines requises pour son démarrage et à préparer les infrastructures et les capacités technologiques** nécessaires à sa prestation.

Les besoins estimés couvrent **l'ensemble des activités requises au cours des cinq exercices financiers précédant l'ouverture du programme**, soit de 2026-2027 à 2030-2031. Le tableau 1 présente les catégories de coûts.

TABLEAU 1. LES CATÉGORIES DE COÛTS ET LEUR DESCRIPTION

Catégories de coûts		Description des coûts
1	**Coûts liés directement à la planification du projet***	Ressources internes et externes dédiées à la planification du programme, incluant la gouvernance, les consultations, la planification académique, la planification des effectifs, les analyses, les études ainsi que le soutien stratégique.
2	**Coûts liés directement à la planification du projet – contingence***	
3	**Coûts liés à l'embauche des ressources pour l'opérationnalisation de la première cohorte**	Masse salariale des ressources qui seront en fonction au démarrage du programme (leadership académique, personnel administratif, corps professoral et personnel de soutien) et qui seront maintenues en fonction de l'arrivée des nouvelles cohortes.
4	**Infrastructures**	Coûts prévus spécifiquement pour l'aménagement des espaces requis pour le programme, par exemple les bureaux, les salles d'étude et les salles de classe. Cette catégorie ne prévoit aucun coût lié à de nouvelles constructions.
5	**Technologies de l'information et infrastructures**	Coûts d'implantation prévus durant la phase de planification.
6	**Innovations en technologies**	Investissements prévus pour soutenir les capacités d'innovation requises au démarrage du programme.
7	**Frais indirects (ou de gestion) du projet (10 %)**	Frais généraux liés aux services administratifs et aux espaces, qui ne peuvent être directement rattachés au projet tel que présenté dans la Directive relative au développement et à la gestion des ententes partenariales de l'UQ.

*Les coûts associés à ces catégories sont ceux associés à la phase de planification du programme et ont déjà été présentés au gouvernement dans le cadre d'un rapport préliminaire déposé en juin 2026.

Sur la base d'une répartition uniforme des dépenses estimées sur les cinq exercices financiers précédant l'accueil de la première cohorte, **les investissements requis représentent un coût annuel moyen d'environ 20,9 M$** (2026-2027 à 2030-2031). Cette répartition est présentée à des fins de planification et pourra évoluer en fonction du séquencement des travaux, du rythme d'embauche des ressources et du calendrier de réalisation des différents investissements. Le financement philanthropique constituera un levier important dans la réalisation du projet. À cette fin, la Fondation de l'Université du Québec (FUQ) mènera la plus grande campagne de son histoire, consacrée au plus important projet de développement académique porté par l'UQ depuis près de 60 ans. Les sommes recueillies contribueront au financement d'investissements essentiels à l'implantation et au déploiement du programme. Leur ampleur et leur répartition demeurent toutefois à préciser et ne sont pas intégrées à la présente modélisation.

L'opérationnalisation (progressive et à maturité)

À compter de l'accueil de la première cohorte en 2031-2032, le programme entrera dans une phase d'opérationnalisation progressive, marquée par l'intégration successive des cohortes jusqu'à l'atteinte de sa pleine capacité. Les coûts récurrents associés au fonctionnement du programme augmenteront graduellement au cours de cette période, en fonction de cette montée en charge, puis se stabiliseront à l'atteinte de la phase d'opérationnalisation à maturité (2034-2035).

La masse salariale constitue la principale composante de ces coûts, compte tenu des ressources académiques, professionnelles, administratives et de soutien requises pour assurer la prestation du programme à travers le territoire. À celle-ci s'ajoutent les coûts liés au maintien des infrastructures technologiques, aux innovations technologiques et aux services de bibliothèques.

Comme présenté dans le tableau 2, les **coûts annuels d'opérationnalisation sont estimés à 26,1 M$ en 2031-2032**, puis augmenteront graduellement pour atteindre **38,7 M$ en 2034-2035**, au moment où quatre cohortes seront présentes simultanément.

En guise de comparaison, au cours des 10 dernières années, le MES a alloué l'équivalent de 360 M$ aux quatre facultés de médecine en subventions spécifiques uniquement. Ces bonifications visaient notamment la majoration du financement pour les programmes de médecine en région, l'augmentation globale des cohortes, le financement des projets de délocalisation, ainsi que la refonte des programmes de médecine et l'implantation de l'approche par compétence. Ces subventions s'ajoutent au financement annuel de base de plus de 200 millions accordé aux universités pour les doctorats de premier cycle en médecine.

TABLEAU 2 : ÉVOLUTION ANNUELLE DES COÛTS LIÉS À L'OPÉRATIONNALISATION (M$)

	Opérationnalisation progressive avec l'arrivée des cohortes			Opérationnalisation à maturité		
Coûts	**2031-2032**	**2032-2033**	**2033-2034**	**2034-2035**	**2035-2036**	**2036-2037**
Masse salariale	19,1	23,3	26,2	27,2	27,7	28,3
Maintien des infrastructures technologiques	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0
Maintien des innovations technologiques	4,0	4,1	4,1	4,2	4,3	4,4
Bibliothèques	1,3	2,6	4,0	4,2	4,3	4,4
COÛTS TOTAUX	**26,1**	**31,8**	**36,2**	**38,7**	**39,5**	**40,3**

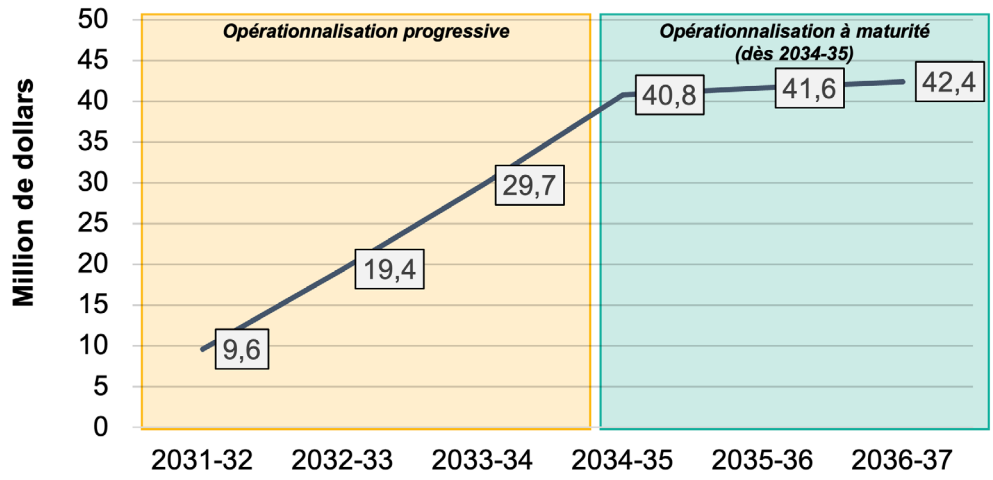
Les revenus

À compter de l'arrivée de la première cohorte, les revenus du programme augmenteront progressivement avec l'intégration successive des cohortes étudiantes. Selon les paramètres actuellement modélisés, ils proviendront principalement des **subventions du MES et des droits de scolarité**, auxquels s'ajoute le montant fixe proportionnel prévu dans le modèle[9].

La Figure 6 illustre que les revenus annuels passeront ainsi d'environ **9,6 M$ en 2031-2032**, lors de l'accueil de la première cohorte, à **40,8 M$ en 2034-2035**, lorsque les quatre cohortes seront simultanément présentes au programme.

9 Le montant fixe proportionnel a été estimé à partir des règles budgétaires du MES, qui prévoient pour les programmes de médecine une composante fixe correspondant à 30 % du financement établi sur la base de l'année 2023-2024. Puisque le programme de médecine de l'UQ n'était pas en activité en 2023-2024, le montant présenté constitue une estimation et pourrait être ajusté selon les modalités qui seront retenues par le MES.

FIGURE 6 : ÉVOLUTION DES REVENUS (M$)



D'autres sources de revenus pourraient éventuellement contribuer au financement du programme, comme **certains frais, dons ou contributions philanthropiques** (notamment en provenance de la FUQ). Ces sources de revenus demeurent à préciser et ne sont pas intégrées à la modélisation financière à ce stade, le contexte actuel ne permettant pas d'en estimer les montants avec suffisamment de certitude.

La modélisation financière complète le portrait des modalités d'opérationnalisation et des conditions de mise en œuvre du programme MD-UQ. Ensemble, les analyses réalisées permettent d'apprécier les ressources, les mécanismes et les conditions nécessaires à son déploiement, tout en précisant les hypothèses structurantes qui sous-tendent les projections et les évaluations présentées dans ce dossier.

À la lumière de ces travaux, la section suivante présente les principaux critères d'opportunité permettant d'évaluer la pertinence et la valeur ajoutée du programme MD-UQ pour le Québec, particulièrement en matière de formation médicale, d'accessibilité aux études en médecine, et de réponse aux besoins actuels et futurs du réseau de SSS.

4 Les critères d'opportunité

La création d'un nouveau programme de doctorat de premier cycle en médecine doit reposer sur une démonstration claire de sa pertinence au regard des besoins de la population, des priorités du système de santé et des capacités institutionnelles permettant d'en assurer le développement et la pérennité. Dans cette perspective, la présente section examine les principaux critères d'opportunité qui soutiennent la proposition du programme MD-UQ.

Elle met d'abord en lumière les besoins sociosanitaires, démographiques et territoriaux auxquels le programme entend contribuer, ainsi que les attentes exprimées à l'égard de la formation médicale au Québec. Elle présente ensuite les occasions de transformation offertes par l'évolution récente de la formation médicale au Canada et ailleurs dans le monde et montre comment le modèle proposé par l'UQ s'inscrit dans les tendances les plus porteuses en matière de responsabilité sociale, de généralisme, d'ancrage communautaire, de collaboration interprofessionnelle et d'innovation. Enfin, elle met en évidence les forces institutionnelles de l'UQ, dont l'expertise en SSS, l'ancrage territorial, les capacités de recherche et les mécanismes de soutien à la réussite étudiante qui constituent des assises solides pour la mise en œuvre du programme.

L'analyse de ces différentes dimensions montre que le programme MD-UQ répond à une conjonction favorable de besoins, d'opportunités et de capacités. Il représente une contribution stratégique au renforcement de l'accès aux soins, au développement de la médecine de famille et à l'amélioration de la réponse du système de santé aux besoins des populations québécoises.

4.1 L'opportunité socioéconomique et socioculturelle

Le projet de doctorat de premier cycle en médecine de l'UQ s'inscrit dans un contexte marqué par d'importantes transformations démographiques, sociales et territoriales qui influencent les besoins de santé de la population québécoise et la capacité du système de SSS à y répondre.

Il contribue aux objectifs gouvernementaux visant à renforcer la première ligne et à poursuivre le virage vers une approche préventive, globale et intégrée de la santé. Il s'inscrit également en réponse aux enjeux persistants d'accès aux soins et aux services observés dans plusieurs territoires, urbains et ruraux, et auprès de certaines populations, ainsi qu'au défi d'attractivité de la médecine de famille et de disponibilité de la relève médicale.

Les sections qui suivent présentent les principaux éléments de contexte qui soutiennent la pertinence du projet. Elles abordent les transformations sociétales et leurs effets sur les besoins de santé et certaines réalités vécues par des populations présentant des besoins particuliers. Elles montrent également comment le programme tient compte des orientations gouvernementales qui guident l'évolution du système, des défis d'accès aux soins et aux services de première ligne, de l'état des effectifs et des capacités médicales, de l'attraction de la médecine de famille et de la pratique en région[10], ainsi que des constats issus de la démarche nationale de consultation menée par l'UQ.

4.1.1 Des besoins différenciés selon les territoires et les populations

Des inégalités en santé selon les territoires

Le Québec connaît d'importantes évolutions démographiques, sociales et économiques qui influencent les besoins de santé de sa population. Le vieillissement de la population (INSPQ, 2026b), la diversification culturelle et sociale, notamment par la croissance de l'immigration (ISQ, 2026) ainsi que la persistance de certaines vulnérabilités socioéconomiques (Movsisyan *et al.*, 2024) influencent directement les déterminants sociaux de la santé et contribuent à accroître la demande pour des soins complets, continus et coordonnés. Ces transformations s'accompagnent d'une complexification des besoins de santé et accentuent l'importance de la prévention, de la collaboration interprofessionnelle et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Malgré les efforts considérables déployés au cours des dernières années, voire des dernières décennies, des inégalités socioéconomiques importantes persistent et continuent de se traduire par des écarts significatifs de santé et de bien-être entre les groupes de population, notamment en matière d'espérance de vie, de prévalence de certaines maladies chroniques, de proportion d'enfants vulnérables

10 À moins d'indications contraires, les données qui sont présentées, sont issues d'un travail d'analyse interne de l'UQ à partir de données publiques ou fournies par le MSSS (voir l'Annexe 4). Cette analyse a permis d'établir un portrait national ainsi que des portraits régionaux dont les principaux constats sont présentés ci-dessous.

à la maternelle et d'accès aux services. Elles se manifestent différemment selon les territoires et contribuent à l'émergence d'inégalités sociales et territoriales de santé importantes.

Le territoire québécois est caractérisé par des **réalités sociosanitaires très différentes selon les régions.** Les conditions de vie, l'exposition aux facteurs de risque, les habitudes de santé et l'accès aux services varient considérablement entre les régions urbaines, les couronnes périurbaines et les régions périphériques ou éloignées[11]. Certains territoires, notamment la Côte-Nord, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et l'Est-de-l'Île-de-Montréal, présentent des niveaux élevés de **défavorisation matérielle**, tandis que certains secteurs de Montréal, particulièrement dans l'Est et le Centre-Sud, sont davantage touchés par la **défavorisation sociale.** Les indicateurs de santé révèlent également des profils régionaux distincts : la **consommation excessive d'alcool** est plus importante dans le Nord-du-Québec, le Saguenay—Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord, alors que le **tabagisme** demeure plus fréquent dans plusieurs régions éloignées, dont la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue. Des écarts sont aussi observés en santé mentale. Les **troubles anxio-dépressifs** sont plus fréquents dans certaines régions périphériques comme le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay—Lac-Saint-Jean et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, tandis que les **taux de suicide** les plus élevés sont observés dans le Nord-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord.

Enfin, la **détresse psychologique** est particulièrement présente dans certains territoires urbains, notamment dans l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et l'Outaouais. Ces constats illustrent la nécessité d'adapter les réponses du système de santé aux réalités propres des différentes communautés et de mieux tenir compte des déterminants sociaux et territoriaux de la santé.

Les mots des acteurs mobilisés

La proposition de l'UQ […] nous paraît tout particulièrement structurante pour l'Est de Montréal, qui présente des déterminants socioéconomiques de la santé plus défavorables que d'autres secteurs de la métropole. Ce territoire nécessite des interventions ciblées et adaptées, qui peuvent générer des retombées sociales pour la population et pour son développement.

Arrondissement de Rosemont Petite-Patrie
(Tiré de l'Annexe 9)

Les populations vivant en milieu rural, éloigné ou isolé

Les notions de ruralité, d'éloignement et d'isolement décrivent des réalités différentes, mais souvent cumulatives. La ruralité renvoie principalement à la faible densité et à la dispersion de la population, alors que l'éloignement traduit la distance par rapport aux centres où sont concentrés les services. L'isolement ajoute une contrainte d'accessibilité lorsque les communautés sont peu ou pas reliées aux principaux

11 Ces catégories de régions qui sont nommées des plus centrales aux plus éloignées ont été utilisées dans le cadre de l'analyse des données sociodémographiques.

réseaux de transport. Statistique Canada définit d'ailleurs l'éloignement en tenant compte à la fois de la distance qui sépare une communauté des centres de population et de la taille de celles-ci. Ainsi, un milieu à faible densité n'est pas nécessairement éloigné, et une petite ville peut être relativement dense tout en étant éloignée des grands centres de population. Ainsi, les milieux ruraux, éloignés ou isolés correspondent aux territoires où la dispersion de la population, la distance et les contraintes de déplacement influencent significativement l'organisation et l'accès aux soins de SSS (Statistique Canada, 2023, 2026a).

La faible densité de population limite la masse critique nécessaire au maintien local de certains services médicaux spécialisés ou requérant des équipements particuliers. Les professionnels doivent ainsi exercer dans un contexte caractérisé par des équipes plus petites, un accès limité aux spécialistes, aux installations et aux équipements, ainsi qu'un champ de pratique souvent plus étendu qu'en milieu urbain. Cette polyvalence est particulièrement importante lorsque les possibilités de transfert sont restreintes ou que les professionnels doivent stabiliser une personne avant son évacuation (Excellence en santé Canada, s. d.). Les personnes des milieux ruraux ou éloignées rencontrées lors des consultations ont d'ailleurs insisté sur l'importance d'offrir à cet égard une formation représentative de ces milieux de pratique.

Les distances influencent la décision de consulter, les délais d'accès, les possibilités de suivi et la capacité des professionnels à offrir des services dans les différents milieux de vie. Pour les personnes qui doivent se déplacer, l'accès dépend non seulement de la distance à parcourir, mais aussi de la présence d'une route praticable, d'un véhicule, d'un service de transport collectif ou adapté, des conditions météorologiques ainsi que de la capacité d'assumer les frais de déplacement, d'hébergement et d'accompagnement. Ces contraintes sont particulièrement importantes lorsque les soins nécessitent des rendez-vous fréquents ou rapprochés, notamment en oncologie, en réadaptation, en santé mentale ou dans le suivi des maladies chroniques. Les coûts indirects associés au transport et aux pertes de revenu constituent des obstacles plus fréquents dans les communautés rurales et éloignées (INSPQ, 2009).

Dans les situations urgentes, l'accès repose sur une chaîne complexe comprenant l'intervention préhospitalière, la stabilisation dans une installation locale, la détermination du centre receveur et le transport vers celui-ci. Le *Programme d'évacuations aéromédicales du Québec* permet notamment le transfert par avion ou par hélicoptère des personnes nécessitant des soins spécialisés qui ne sont pas disponibles dans leur région. L'efficacité de ces mécanismes demeure tributaire des distances, des conditions météorologiques, des infrastructures et de la coordination entre les établissements (Gouvernement du Québec, 2026c).

Le recrutement et la rétention des professionnels représentent également des défis persistants dans les milieux ruraux, éloignés ou isolés, tel que mentionné à de nombreuses reprises lors des consultations. Dans une petite équipe, le départ ou l'absence prolongée d'un seul médecin, d'une infirmière ou d'un autre professionnel peut réduire substantiellement la capacité locale et parfois entraîner l'interruption temporaire d'un service. Selon notre analyse des données partagées par le MSSS, les médecins de famille établis dans le Bas-Saint-Laurent, en Abitibi-

Témiscamingue, dans le Nord-du-Québec, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et sur la Côte-Nord ont quitté leur région pour une autre de deux à quatre fois plus souvent que la moyenne québécoise au cours des cinq dernières années (voir l'Annexe 5, Figure 19). Cette analyse rejoint celle de Fortin et Gbeto (2026) qui montre « que les médecins demeurent beaucoup moins longtemps dans les régions éloignées ou isolées que dans les autres régions. La durée médiane de séjour atteint environ 23 ans dans les régions universitaires ou périphériques[12], 16 ans dans les régions intermédiaires et seulement 6 ans dans les régions éloignées ou isolées. » (Fortin et Gbeto, 2026, p. 3).

Cette instabilité peut se traduire par une dépendance accrue à l'égard du personnel temporaire et du dépannage médical. Au Québec, le mécanisme de dépannage vise à maintenir les services lorsqu'une installation manque d'effectifs médicaux, notamment à l'urgence, à l'unité de soins de courte durée et en obstétrique. Si le dépannage permet d'éviter des ruptures immédiates de services, il ne peut se substituer à la présence durable d'une équipe connaissant le milieu et assurant une continuité relationnelle avec la population (Régie d'assurance maladie du Québec, s. d.). Le roulement des effectifs soulève ainsi un enjeu particulier de continuité. De plus, le roulement entraîne des coûts de recrutement, d'accueil et de formation, mais ses conséquences dépassent la gestion des ressources humaines. Il fragilise les équipes, limite le développement d'une expertise collective et oblige les usagers à répéter leur histoire auprès de nouveaux intervenants (ICIS, 2026).

Les corridors de services, le soutien à distance, la télésanté et les mécanismes de transfert peuvent contribuer à réduire certains effets de l'éloignement, mais ils ne remplacent pas une capacité locale suffisante. Les personnes rencontrées lors des consultations ont insisté sur ce point. Le milieux ruraux ou éloignées nécessitent des équipes stables, polyvalentes et interprofessionnelles, soutenues par des réseaux régionaux et suprarégionaux efficaces. Elles exigent également des médecins capables d'exercer avec un degré élevé d'autonomie, de composer avec l'incertitude, de stabiliser des situations critiques et complexes, ainsi que d'adapter leurs décisions aux ressources accessibles sur le territoire.

Les populations urbaines mal desservies

Les difficultés d'accès ne sont pas exclusives aux milieux ruraux ou éloignés. Certains territoires urbains cumulent une forte densité de population, une défavorisation sociale et matérielle importante ainsi qu'une offre de services insuffisante ou difficilement accessible au regard des besoins. Le Collège des médecins du Québec qualifie même certains milieux urbains de déserts médicaux (CMQ, 2024, p. 10). La proximité géographique d'un établissement ne garantit pas nécessairement un accès en temps opportun, particulièrement lorsque les services sont saturés, fragmentés ou mal adaptés aux réalités linguistiques, culturelles et socio-économiques des populations. Ces milieux présentent donc des enjeux distincts de ceux associés à la distance, mais qui peuvent également entraîner des consultations tardives, des ruptures de suivi et un recours accru aux services d'urgence.

12 Les travaux de Fortin et Gbeto (2026) utilisent une classification des régions différente de celle utilisée dans ce dossier. Lorsqu'il sera question de cette étude, le terme « périphérique » réfère aux régions à proximité des centres universitaires.

Les consultations réalisées dans le cadre du projet vont dans ce sens. Selon les personnes rencontrées, Montréal fait face à des enjeux critiques d'accès aux médecins de famille. Les inscriptions à un groupe de médecins y sont fréquentes[13], ce qui nuit à la continuité des soins. Il n'y aurait pas suffisamment d'effectifs médicaux pour répondre aux besoins réels de la clientèle. Les difficultés de prise en charge sont exacerbées dans certains secteurs où les GMF vivent des difficultés en raison de loyer trop élevés. Les populations vulnérables sont souvent celles dont les besoins sont moins bien comblés.

Les populations présentant des besoins particuliers

Certaines populations vivent des réalités particulières qui influencent leur état de santé et leur accès aux soins. Les consultations réalisées ainsi que la littérature recensée mettent en évidence l'importance de mieux prendre en compte ces réalités dans l'organisation des services et dans la formation des futurs professionnels de la santé. Les sections suivantes présentent les principaux constats relatifs aux Premières Nations et aux Inuit, aux communautés culturelles et aux personnes noires, aux personnes en situation d'itinérance ou de pauvreté, aux personnes de minorités sexuelles et de genre ainsi qu'aux enjeux entourant la santé des femmes.

Les Premières Nations et les Inuit

Les Premières Nations et les Inuit continuent de présenter des indicateurs de santé défavorables par rapport au reste de la population québécoise. Les données disponibles (CSSSPNQL, 2018) montrent notamment :

- une prévalence importante de maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, etc.) ;
- une forte présence de multimorbidité chez les adultes ;
- des enjeux persistants de problèmes de santé mentale, de dépendances et de traumatismes intergénérationnels ;
- des difficultés liées à la sécurité alimentaire, au logement et à la pauvreté.

Les consultations réalisées auprès de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), du Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuit au Québec (PFMPNIQ), des centres d'amitié autochtones ainsi que des personnes étudiantes et diplômées autochtones mettent en évidence la **persistance d'enjeux importants en matière d'accès aux soins et aux études médicales pour les Premiers Peuples.** Les participants soulignent la fréquence de consultations tardives, la présence de maladies chroniques insuffisamment contrôlées, des besoins importants en prévention ainsi que l'influence marquée des déterminants sociaux sur les trajectoires de santé.

13 Selon les données du MSSS en date du 15 septembre 2026 (Santé Québec, 2026) plus de 227 000 personnes à Montréal ont été inscrites à un groupe de médecins depuis un an, contre seulement 21 500 à un médecin de famille.

Les défis d'accès demeurent particulièrement importants dans plusieurs communautés, principalement en raison de l'éloignement géographique, des difficultés de transport, des enjeux de continuité des soins, de la pénurie de professionnels, des barrières linguistiques ainsi que du racisme, de la discrimination et de l'inadéquation culturelle de certains services.

Les consultations rappellent également que la conception autochtone du mieux-être repose sur une vision holistique intégrant le territoire, l'identité culturelle, le pouvoir d'agir, le réseau social, la paix intérieure et la sécurité. Cette conception met en évidence l'importance de services fondés sur la confiance, la proximité, la continuité et la sécurité culturelle, ainsi que la nécessité de tenir compte des réalités linguistiques, des contextes historiques marqués par le colonialisme et les pensionnats, et de la place des savoirs et des pratiques traditionnelles dans les parcours de soins. Dans l'ensemble, les consultations soulignent l'importance d'approches élaborées en partenariat avec les communautés et adaptées aux réalités contemporaines des Premières Nations et des Inuit.

Les mots des acteurs mobilisés

La place accordée à l'interprofessionnalité [dans le programme MD-UQ] est très porteuse, particulièrement dans les milieux où les besoins sont complexes et souvent exacerbés par des inégalités structurelles. Cette façon d'intervenir se rapproche davantage de la vision holistique qu'ont les Premières Nations et les Inuit de leur santé globale.

Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) (Tiré de l'Annexe 9)

Les communautés culturelles et les personnes noires

Les mouvements migratoires internationaux ont contribué à une diversification importante de la population québécoise et des réalités sociales auxquelles sont confrontés les professionnels de la santé. Les consultations réalisées auprès de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) et de partenaires communautaires mettent en évidence plusieurs facteurs susceptibles d'influencer l'accès aux soins et les trajectoires de santé des communautés culturelles. Parmi ceux-ci figurent les différences culturelles dans les perceptions de la santé mentale et physique, de la maladie et du recours aux soins, les barrières linguistiques et communicationnelles, la méconnaissance du système de santé, les effets des parcours migratoires, ainsi que diverses formes de discrimination et d'exclusion sociale. Pour les personnes immigrantes, réfugiées et demandeuses d'asile, des besoins complexes liés à leur parcours migratoire, à leur situation socioéconomique ainsi qu'aux défis associés à l'intégration dans la société d'accueil peuvent entraîner des répercussions importantes sur la santé physique, mentale et sociale et accentuer les inégalités d'accès aux soins.

Les consultations soulignent l'importance d'une approche interculturelle et sensible aux traumatismes afin de favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique fondée sur la confiance, le respect et la sécurisation culturelle. Elles mettent en évidence la **nécessité de former des professionnels capables d'intervenir dans des contextes de diversité culturelle et linguistique, de mieux comprendre les effets des parcours migratoires sur la santé, d'adapter leur communication clinique, de collaborer avec les**

organismes communautaires et d'offrir des soins inclusifs contribuant à réduire les inégalités en santé.

En ce qui concerne les personnes noires, elles sont surreprésentées au sein de la population canadienne affichant les pires résultats en matière de santé. Un trop grand nombre de personnes d'ascendance africaine vivent toujours dans la pauvreté, sont en mauvaise santé, ont un plus faible niveau de scolarité et sont surre-présentées dans le système de justice pénale. Selon le Conseil médical du Canada (2024), le manque de sensibilisation des professionnels de la santé contribue à aggraver l'état de santé de la population noire. L'amélioration de leur état de santé doit être un élément clé des programmes d'études et de formation en médecine.

Les mots des acteurs mobilisés

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)
(Tiré de l'Annexe 9)

Les personnes en situation d'itinérance ou de pauvreté

Les personnes en situation d'itinérance vivent d'importantes inégalités en santé, à la fois parce qu'elles sont plus exposées à des problèmes de santé complexes et parce qu'elles rencontrent davantage d'obstacles dans l'accès aux soins.

Le phénomène de l'itinérance est en croissance. Le dénombrement de 2025 a estimé à 12 077 le nombre de personnes en situation d'itinérance visible au Québec, soit une hausse de 20 % depuis 2022. Cette réalité ne se limite plus aux grands centres urbains : bien que Montréal affiche le plus grand nombre de personnes en situation d'itinérance (5 036) et le taux le plus élevé parmi les grandes régions (229,5 pour 100 000 habitants), des régions comme l'Abitibi-Témiscamingue (205,9 pour 100 000 habitants), l'Outaouais (200,7 pour 100 000 habitants) et la Côte-Nord (173,6 pour 100 000 habitants) présentent également des taux très élevés, illustrant l'ampleur du phénomène dans l'ensemble du territoire québécois (MSSS, 2026c).

Le *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026* (MSSS, 2021b) souligne que **le manque de dépistage précoce, les difficultés de traitement et l'absence de suivi médical contribuent à une détérioration rapide de l'état de santé des personnes concernées.** Ces constats se reflètent dans les données québécoises les plus récentes :

- 57 % des personnes en situation d'itinérance déclarent un problème de santé mentale ;
- 58 % déclarent un trouble lié à la consomma-tion de substances ;
- 64 % ont consulté à l'urgence au moins une fois au cours de la dernière année.

Dans le même ordre d'idées, selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la santé de la population dépend largement des conditions économiques et sociales telles que le revenu, le logement et la sécurité alimentaire. Les personnes vivant dans des conditions de défavorisation présentent davantage de facteurs de risque et une espérance de vie plus faible que celles vivant dans des milieux favorisés (INSPQ, 2025, 2026a).

Les consultations menées soulignent l'importance que la formation des futurs médecins comporte une sensibilisation à ces réalités, notamment par le biais de stages auprès de population en situation d'itinérance et de pauvreté. Une meilleure formation médicale sur les déterminants sociaux de la santé, les traumatismes, les dépendances, la réduction des méfaits et les réalités de l'itinérance permettrait aux médecins de reconnaître plus rapidement les effets de la pauvreté sur la santé, d'adapter leurs interventions et d'orienter les patients vers les ressources appropriées afin de réduire les inégalités de santé. Il serait alors possible d'améliorer le dépistage, de favoriser une approche plus humaine et moins stigmatisante, et d'assurer une meilleure continuité des soins. Une telle formation permettrait également de renforcer la collaboration avec les organismes communautaires et les services de proximité, contribuant ainsi à réduire le recours répété aux urgences et à offrir des soins mieux adaptés aux besoins des personnes les plus vulnérables.

Les personnes de minorités sexuelles et de genre

Selon l'ISQ, près de 261 600 personnes faisaient partie des minorités sexuelles au Québec en 2019-2021, soit 3,9 % de la population de 15 ans et plus. En outre, environ 17 190 personnes appartenaient à une minorité de genre en 2021, soit 0,25 % des personnes de 15 ans et plus. Ces populations sont proportionnellement plus représentées chez les jeunes générations (ISQ, 2025).

Malgré les avancées sociales et juridiques des dernières décennies, les personnes de la diversité sexuelle et de genre continuent de vivre d'importantes inégalités de santé. Ces problèmes et difficultés sont influencés par l'acceptation de l'orientation sexuelle, de l'identité et de l'expression de genre dans leur entourage et la société. Ces problèmes sont aussi liés à l'homophobie, la transphobie et à la stigmatisation rencontrées (Gouvernement du Québec, 2023b).

Les jeunes LGBTQ+ et les jeunes trans vivent plus d'intimidation, de cyberintimidation et de violence que les autres jeunes de leur âge. On constate une surreprésentation des personnes LGBTQ+ chez les personnes itinérantes, particulièrement chez les jeunes (Gouvernement du Québec, 2023c).

Le rapport *Inclusion, bien-être et santé des personnes de minorités sexuelles et de genre au Québec* (Blais *et al.*, 2022) conclut que les personnes de minorités sexuelles présentent plus souvent une moins bonne santé mentale, davantage de détresse psychologique, plus d'idées suicidaires, un niveau de stress plus élevé et un soutien social plus faible que la population générale. Les personnes trans et non binaires apparaissent comme le groupe le plus vulnérable et présentent les résultats les plus défavorables sur plusieurs indicateurs de santé mentale, de bien-être et d'inclusion sociale. Ces écarts sont associés à différents facteurs, notamment la discrimination, la stigmatisation, les microagressions, le manque de services adaptés et les obstacles rencontrés lors de l'accès aux soins.

Plusieurs personnes de la diversité sexuelle et de genre limitent leur recours aux services ou vivent des expériences négatives en raison d'un manque de connaissances, de sensibilité ou d'expertise de certains professionnels face aux réalités LGBTQ+ (Blais *et al.*, 2022). Dans ce contexte, la formation des médecins constitue un levier important pour réduire ces inégalités.

Il ressort des consultations avec le milieu communautaire qu'une attention particulière devrait être apportée quant à ces population dans la formation médicale. Une meilleure formation pourrait notamment inclure une compréhension des déterminants sociaux de la santé propres aux personnes LGBTQ+ ; une sensibilisation aux effets de l'homophobie, de la transphobie et du cissexisme sur la santé physique et mentale ; l'apprentissage d'une communication inclusive et respectueuse de l'identité et du prénom choisis ; une meilleure connaissance des réalités cliniques et psychosociales des personnes trans et non binaires ; ainsi qu'une capacité accrue à repérer la détresse psychologique, les idéations suicidaires et les facteurs de vulnérabilité liés à la discrimination. Plus largement, l'amélioration des compétences des médecins et des équipes de soins contribuerait à créer des environnements cliniques plus sécuritaires et inclusifs. Une telle approche pourrait accroître la confiance envers le système de santé, favoriser un recours plus précoce aux soins et réduire progressivement certaines des inégalités de santé observées chez les personnes de la diversité sexuelle et de genre au Québec.

La santé des femmes

La santé des femmes occupe aujourd'hui une place de plus en plus importante au Québec, mais plusieurs estiment qu'elle demeure encore sous-priorisée par rapport à l'ampleur des besoins. Le gouvernement du Québec reconnaît d'ailleurs que certaines réalités propres aux femmes ont longtemps été moins bien documentées, diagnostiquées ou prises en compte dans l'organisation des soins (Gouvernement du Québec, 2024).

Le sexisme médical est une réalité documentée qui se traduit par une connaissance encore incomplète de la santé des femmes, tant dans la recherche (Gouvernement du Québec, 2024 ; Villines et Kuehnle, 2021) que dans la formation (Coeur + AVC, 2023 ; CMQ, 2024). Historiquement centrés sur les hommes, les savoirs médicaux ont contribué à une moins bonne compréhension de certaines conditions touchant les femmes et de leurs manifestations cliniques.

Cette situation peut entraîner des retards diagnostics, une prise en charge inadéquate et une sous-estimation des symptômes, notamment dans le cas de maladies cardiovasculaires, de l'endométriose, de la fibromyalgie ou de la ménopause. Les stéréotypes de genre influencent également l'évaluation de la douleur et des symptômes rapportés par les femmes, qui sont plus souvent minimisés ou attribués à des causes psychologiques (Samulowitz *et al.*, 2018).

Ces enjeux sont amplifiés pour les femmes autochtones, racisées ou issues de la diversité sexuelle et de genre, qui peuvent faire face à des formes croisées de discrimination.

Ces constats rappellent que les savoirs et les pratiques de santé sont influencés par des facteurs sociaux, culturels et historiques. **La santé des femmes est devenue un enjeu stratégique de santé publique au Québec et on**

constate que plusieurs voix s'élèvent[14] pour affirmer que la santé des femmes, qui touche environ 50 % de la population, représente une des plus importants leviers d'amélioration des soins et de réduction des iniquités au Québec. De même, plusieurs acteurs consultés ont insisté sur l'occasion que représentait le développement d'un nouveau programme de médecine pour renverser la situation et redonner à la santé de la femme une place conséquente dans la formation des futurs médecins.

4.1.2 Les enjeux d'accès aux soins et services de première ligne

Les transformations observées au sein de la société québécoise s'accompagnent de défis persistants en matière d'accès aux soins et aux services de première ligne. Les **délais d'attente**, la **fragmentation des services** et la **surcharge des urgences** témoignent des limites de la capacité actuelle du système à répondre à l'ensemble des besoins de la population.

Selon des études récentes (Benatia *et al.*, 2025 ; Echevin, 2025), les difficultés d'accès à un médecin de famille découlent à la fois d'un déficit de capacités médicales et de contraintes structurelles qui limitent l'utilisation optimale de ces capacités au bénéfice des services de proximité. Le nombre de visites brutes par médecin a chuté de 40 % depuis la fin des années 1990 (Echevin, 2025). Les études mentionnées suggèrent pourtant que les médecins de famille ont maintenu un niveau d'engagement professionnel (nombre de semaines de travail par année) relativement stable, malgré l'augmentation de la complexité des besoins de santé de la population. La diminution du nombre de visites réalisées par médecin ne signifie pas nécessairement une baisse proportionnelle de l'activité clinique, qui elle, n'a diminué que de 8 % depuis les années 1990 (ibid.). Une part importante de cette évolution s'explique par l'augmentation de la complexité des patients et des soins requis. Les analyses récentes suggèrent que les hausses de rémunération ont eu des effets limités sur l'augmentation de l'offre de services médicaux, notamment en raison de contraintes organisationnelles qui limitent la capacité d'ajustement des médecins.

Là où l'accès à la première ligne est plus restreint, l'hôpital devient plus souvent le principal point d'entrée dans le système de santé, c'est le cas pour le Nord-du-Québec, la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, Montréal, la Gaspésie–Île-de-la-Madeleine, Laval et l'Estrie ou plus de personnes affirment que l'hôpital est leur endroit habituel de suivi. Cette situation contribue notamment à une utilisation accrue des urgences pour des problèmes de santé qui pourraient être pris en charge ailleurs dans le réseau. Selon les données analysées, près de la moitié des visites à l'urgence concernent des cas classés P4 ou P5[15], une proportion qui tend à être plus importante dans les régions éloignées : 71 % sur la Côte-Nord, 69 % au Bas-Saint-Laurent, 67 % en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 65 % en Chaudière-Appalaches, 64 % en Abitibi-Témiscamingue et 59 % en Outaouais.

14 Tant dans la littérature, que dans les événements en SSS, que dans les consultations menées par l'UQ.

15 Les cas classés de Priorité 4 (P4) ou Priorité 5 (P5) regroupent des problèmes de santé peu urgents qui ne requièrent habituellement pas une prise en charge immédiate en milieu hospitalier. Ces situations peuvent généralement être évaluées et traitées dans les services de première ligne, contribuant ainsi à une utilisation plus efficiente des ressources d'urgence.

Le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) a été mis en place spécifiquement pour favoriser l'accès à la première ligne. Les données analysées montrent que pour l'ensemble du Québec, en 2024-2025, le GAP a été incapable d'octroyer un rendez-vous médical jugé nécessaire dans 12 % des cas. Ce pourcentage montait même jusqu'à 44 % en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 33 % en Mauricie et au Centre-du-Québec, 32 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 28 % sur la Côte-Nord et en Chaudière-Appalaches, 26 % en Estrie et 22 % en Abitibi-Témiscamingue.

Les enjeux d'accès sont particulièrement marqués dans les territoires présentant déjà des vulnérabilités sociosanitaires importantes, mais également auprès de certaines populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires liés à la langue, à la culture, à la pauvreté, aux conditions de logement, à l'isolement géographique ou à la discrimination.

Depuis le début du siècle, l'accès à un médecin de famille demeure un défi important au Québec. L'inscription auprès d'un médecin ou d'un milieu de soins est fréquemment utilisé pour suivre l'évolution de la situation. Elle ne doit toutefois pas être confondue avec l'accès réel à une consultation ou à une prise en charge. Les expériences rapportées par des personnes inscrites qui ne parviennent pas à obtenir une consultation ou une prise en charge en temps opportun (Boily et Gentile, 2026 ; Cousineau, 2026c ; Gaior et Gentile, 2026) mettent en évidence cette distinction, alors que les données disponibles permettent difficilement d'en mesurer l'ampleur. Les récentes vagues d'inscriptions ont évidemment augmenté le nombre de personnes inscrites, sans toutefois augmenter les ressources médicales pour répondre à la demande. La question de l'accessibilité aux soins et aux services ne peut ainsi pas être dissociée de celle des effectifs médicaux et de leur répartition dans le territoire. C'est ce qui sera abordé dans la prochaine section.

Les mots des acteurs mobilisés

Considérant qu'un sondage Léger effectué en mars 2026 pour la FQM indique que 78 % des Québécoises et des Québécois vivant en région sont préoccupés par la qualité et l'accès aux soins de santé et privilégient un système basé sur la proximité des services [et] 44 % […] estiment que l'accès aux soins de santé s'est détérioré au cours des dernières années; […] Considérant que [le projet de l'UQ] représente une occasion unique d'améliorer l'accès aux soins de première ligne dans les régions du Québec ; Il est […] unanimement résolu que le conseil d'administration de la FQM appuie le projet de programme de médecine portée par l'Université du Québec.

Fédération québécoise des municipalités (FQM)
(Tiré de l'Annexe 9)

4.1.3 Les effectifs et les capacités actuelles dans l'ensemble du Québec

Selon les travaux d'analyse des données sur les effectifs médicaux réalisés (voir l'Annexe 5), le **MSSS évalue à 9 350 le nombre de médecins de famille « installés » au Québec** au sein du réseau public. Ce nombre semble l'estimation la plus juste et permet d'avancer que le Québec dispose d'effectifs d'environ **1,03 médecin de famille par 1 000 habitants.**

Le Québec paraît relativement mieux doté que le reste du Canada lorsqu'on s'attarde sur le nombre de médecins de famille par habitant. Cependant, lorsqu'on examine l'angle des capacités, soit en mesure d'équivalents temps complet (ETC), la province est moins bien dotée que le reste du Canada[16]. Cette situation s'explique par des facteurs structurels qui limitent la **disponibilité clinique des médecins de famille pour la prise en charge de patients en première ligne**, soit les activités médicales particulières (AMP), la pratique en milieu hospitalier, ainsi que diverses autres activités, dont l'enseignement, la gestion et certaines fonctions de santé publique. Par conséquent, seulement 61 % des capacités des médecins de famille au Québec sont consacrées aux services de proximité, soit 0,60 ETP pour 1 000 habitants. Le cumul de diverses sources de données consultées suggère que les capacités *per capita* en médecine de famille au Québec sont nettement inférieures à de nombreuses juridictions comparables à l'échelle internationale, comme les Pays-Bas, le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, la France et l'Australie.

Selon l'analyse par l'UQ des données fournies par le MSSS, l'écart entre les effectifs actuels et les besoins en médecine de famille atteint **1 861 ETC de médecins**, soit une augmentation requise de **21 %** des capacités actuelles. De ce nombre, il manque 1 363 ETC seulement en première ligne. Les estimations d'Échevin (2025) sont plus inquiétantes, car il conclut à « un déficit quantitatif d'environ 2 000 omnipraticiens actifs » (p.8) en plus d'une perte de productivité de 20 % causée par des contraintes structurelles et administratives, soit une perte de capacité équivalente à près de 1 900 médecins de famille à plein temps supplémentaire. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale évalue d'ailleurs que toutes les régions du Québec sont en déficit de médecins de famille à court et moyen termes (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2026).

Les tendances temporelles

Au cours des dernières années, la croissance des capacités en médecine de famille a été inférieure à la croissance démographique. La perte de capacité est estimée à 3 % pour l'ensemble de la province entre 2014 et 2022 (Benatia *et al.*, 2025). Cette situation affecte pratiquement toutes les régions. La part des médecins de famille sur l'ensemble des effectifs médicaux tend pour sa part à diminuer depuis 2010 avec une croissance deux fois plus faible que celle des médecins spécialistes.

Cette évolution témoigne d'un déséquilibre croissant dans la composition des effectifs médicaux au Québec. Bien que le nombre de médecins de famille continue d'augmenter, leur croissance demeure insuffisante pour suivre celle de la population et est deux fois plus faible que celle des médecins spécialistes. Il en résulte une diminution progressive du poids relatif de la médecine de famille au sein de l'effectif médical québécois et, conséquemment, une **érosion relative de la capacité médicale consacrée à la première ligne.** Dans un contexte où les besoins associés au vieillissement de la population, à la chronicité et à la continuité des soins sont appelés à croître, cette tendance soulève un enjeu quant à l'équilibre futur entre les capacités de première ligne et de médecine spécialisée.

16 Le terme « effectifs » désigne le nombre de médecins actifs, soit un nombre de personnes. À l'inverse, le terme « capacité » renvoie à l'équivalent temps complet (ETC), c'est-à-dire au nombre de médecins qui seraient disponibles si chacun exerçait la médecine de famille à temps plein.

Des écarts régionaux

Depuis 2022, la perte de capacité en médecine de famille se constate par une décroissance dans huit régions; une croissance de 0 % à 1 % dans quatre régions et une croissance entre 2 % et 4 % dans six régions[17]. La décision de rehausser le nombre d'admissions dans les cohortes au cours des dernières années vise certainement à pallier cette situation et portera fruits dans quelques années, mais encore faut-il que les diplômés arrêtent leurs choix sur la résidence en médecine de famille, en plus de prendre la décision de s'installer dans les régions où les capacités sont déficientes (voir la section 4.2.2).

Les régions adossées aux deux grands centres urbains du Québec ressortent souvent comme les territoires les moins bien dotés en médecins de famille (Laurentides, Lanaudière, Montérégie, Chaudière-Appalaches). Ce sont aussi dans ces mêmes régions que les écarts aux besoins estimés sont les plus prononcés. Dans le même temps, certaines régions éloignées, comme le Nord-du-Québec,laGaspésie—Îles-de-la-Madeleine et la Côte-Nord, présentent un effectif médical et une capacité *per capita* relativement élevés. Ces indicateurs ne se traduisent toutefois pas nécessairement par une meilleure accessibilité aux services de première ligne. Plusieurs facteurs propres à ces territoires réduisent la capacité réellement disponible pour offrir des soins de proximité : le recours important aux ressources de dépannage, l'étendue des distances à couvrir, le roulement élevé des effectifs médicaux dans certaines régions et une pratique des médecins de famille davantage concentrée en milieu hospitalier. À ces contraintes s'ajoute une grande diversité de réalités sociosanitaires au sein même des régions (éloignement, faible densité de population, état de santé de la population et intensité variable des pénuries) qui exerce une pression supplémentaire sur l'organisation et l'accessibilité des services de première ligne.

4.1.4 L'attractivité de la médecine de famille et de la pratique en régions rurales ou éloignées

Le programme de MD-UQ se veut également une réponse aux enjeux de valorisation de la médecine de famille auprès des personnes étudiantes en médecine (Cousineau, 2026a). En effet, depuis 10 ans, 667 postes de résidence en médecine de famille sont demeurés vacants au deuxième tour du jumelage du CaRMS, dont 129 uniquement en 2026 (CaRMS, 2026a). Cela compte pour 93 % des postes vacants au Canada sur la même période. La situation ne relève pas d'un épisode ponctuel, elle s'inscrit dans une tendance de fond qui perdure depuis des années.

Pour bon nombre d'étudiants, la médecine de famille est tout simplement un deuxième choix. Il est donc essentiel que des actions significatives soient réalisées pour revaloriser la médecine de famille.

17 Régions ayant subi une perte de capacité : Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Estrie, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Mauricie et Centre-du-Québec. Région ayant connu une augmentation de 0 % à 1 % : Terres-Cries-de-la-Baie-James, Laurentides, Lanaudière. Régions ayant connu une croissance de 2 % à 4 % : Outaouais, Montréal, Capitale-Nationale, Laval, Nord-du-Québec, Montérégie.

Les environnements de formation des programmes de médecine actuels s'orientent principalement sur les centres hospitaliers, où la médecine spécialisée occupe une place dominante et où les modèles de rôle en médecine de famille sont beaucoup moins présents. Les personnes étudiantes disent également être exposées à un discours négatif sur la médecine de famille pendant leurs études (CMQ, 2024). En effet, 84 % des résidents en médecine de famille et 78 % des résidents dans les autres spécialités perçoivent que la médecine de famille est moins valorisée que les autres spécialités (MSSS, 2023).

La majorité des **places de résidences en médecine de famille non comblées** sont situées en régions rurales ou éloignées. L'encadré suivant présente le nombre de places restées vacantes dans les régions au cours des dernières années (voir l'Annexe 14).

Nombre de postes de résidence demeurés vacants par région de 2022 à 2026 (CaRMS, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026b)

74	Abitibi-Témiscamingue
39	Bas-Saint-Laurent
34	Mauricie
30	Chaudière-Appalaches
26	Côte-Nord
26	Estrie
22	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
22	Montérégie
21	Outaouais
20	Centre-du-Québec
18	Saguenay—Lac-St-Jean
18	Lanaudière
13	Laurentides

Selon un sondage mené auprès des cohortes des quatre facultés de médecine québécoises en décembre 2023, seulement 15 % des personnes étudiantes des campus principaux et 29 % des campus délocalisés indiquaient avoir l'intention de pratiquer en région (FMEQ, 2024), alors que l'un des objectifs importants des campus délocalisés est précisément de favoriser la pratique médicale en région. En outre, ce sondage, qui a été réalisé avant l'importante période de tensions entourant la négociation

de l'entente-cadre entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) en 2025, surestime probablement les intentions actuelles pour la pratique de la médecine de famille en région au sein de la communauté médicale étudiante (Brisson Dubreuil, 2026 ; Cousineau, 2026a). Cette période, marquée notamment par des moyens de pression touchant l'enseignement médical et par un discours public fortement polarisé autour de la médecine de famille, a en effet entraîné des répercussions importantes sur le climat entourant la profession et sa valorisation auprès de la relève. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les milieux régionaux, dont la capacité future de recrutement dépend étroitement de l'attractivité de la médecine de famille et de la formation en région. Elle laisse ainsi entrevoir que les effets pourraient se prolonger au-delà de 2026 et accentuer les difficultés de renouvellement des effectifs médicaux dans les territoires déjà moins bien desservis (Martin, 2026 ; St-Michel, 2025).

Le manque d'attrait de la médecine de famille et des régions entraine des difficultés de recrutement et de rétention dans certains secteurs. Dans certaines régions, la rétention des médecins est hautement problématique. Par exemple, la moitié des médecins des Îles-de-la-Madeleine y passent en moyenne 3 ans (CMQ, 2024) ; le Nord-du-Québec est dépendant du dépannage médical, de même que la Côte-Nord où certains secteurs sont même boudés par les médecins dépanneurs de sorte qu'au final, des patients doivent être transférés à Québec pour recevoir des soins (*ibid.*). Cette instabilité des équipes médicales a des répercussions majeures. « [D]u point de vue de l'accès aux soins, de la continuité des services et de la réduction des inégalités territoriales, la durée de séjour des médecins dans une région constitue une dimension aussi importante que leur choix initial d'installation. » (Fortin et Gbeto, 2026, p. 40).

Selon cette étude de Fortin et Gbeto :

> *« les relocalisations en provenance des régions éloignées ou isolées vers les régions universitaires ou périphériques sont beaucoup plus fréquentes qu'en sens inverse. Ce résultat est cohérent avec l'idée selon laquelle les grands centres urbains exercent une forte attraction, en raison non seulement des possibilités professionnelles, mais aussi de facteurs familiaux, sociaux et institutionnels. Les régions éloignées et isolées peuvent offrir des incitatifs financiers substantiels, mais elles demeurent associées à des coûts non pécuniaires importants : éloignement géographique, isolement professionnel, charge de travail plus lourde, accès plus limité à certains services, possibilités d'emploi plus restreintes pour le conjoint ou la conjointe, et contraintes familiales liées à l'éducation des enfants ou à la proximité du réseau social »* (2026, p.40-41).

Ceci soutient le postulat de l'UQ : il faut recruter et former directement dans les milieux et offrir un continuum de soutien étendu dans la durée.

Les cadres supérieurs rencontrées lors de la consultation nationale de l'UQ dans les établissements régionaux de Santé Québec du Nord-du-Québec, de la Côte-Nord, de la Gaspésie, des Îles-de-la-Madeleine et de l'Abitibi-Témiscamingue estiment que le manque de médecins dans leur région, sur une échelle de 0 à 10 (0 étant « aucun manque » et 10 étant « manque

extrêmement criant »), est de 8/10 en moyenne[18]. Ces consultations ont aussi permis de cibler les secteurs moins attractifs qui peinent particulièrement à recruter des médecins de famille, et ce, même dans les régions qui réussissent à combler leurs plans territoriaux des effectifs médicaux.

Les cadres supérieurs consultées dans les établissements régionaux de Santé Québec font par ailleurs le même constat que le CMQ lors de leur seconde tournée des pôles en santé (2024) : les nouveaux médecins n'arrivent pas toujours suffisamment préparés pour affronter les défis d'une pratique en région (accès limité aux spécialistes, aux équipements et aux plateaux techniques; isolement professionnel plus grand), ce qui contribue à des départs hâtifs.

Depuis 1975, le gouvernement a mis en place plusieurs incitatifs financiers (primes diverses), ainsi que certains leviers (comme les PTEM et les AMP) qui ont permis d'augmenter le nombre de médecins exerçants hors des centres universitaires (Fortin *et al.*, 2025). Toutefois, on constate que bien que ces incitatifs et ces leviers ont des effets probants sur l'attractivité, ils n'ont pas suffi à régler le problème et ils sont moins efficaces pour retenir les médecins (Fortin et Gbeto, 2026 ; Sempowski [2004] cité dans Legris *et al.*, 2024). Des résultats encore plus significatifs pourraient être atteints en agissant sur d'autres facteurs, notamment en recrutant des personnes étudiantes ayant certaines caractéristiques (Goodfellow *et al.*, 2016 ; Raleigh *et al.*, 2022 ; Wayne *et al.*, 2010), qui proviennent des milieux ciblés et qui ont l'intention d'y installer leur pratique, en augmentant significativement l'exposition aux réalités régionales pendant la formation ainsi qu'en offrant un continuum de soutien au-delà de la fin des études (FMEQ, 2024 ; Fortin et Gbeto, 2026).

Les mots des acteurs mobilisés

Considérant l'augmentation de la clientèle orpheline sur le territoire de la MRC de Maria-Chapdelaine, avec près de 40 % de la population, ce qui en fait l'un des territoires les plus touchés au Québec ; considérant que les secteurs plus éloignés ont plus de difficulté à tirer leur épingle du jeu en matière d'attractivité des médecins de famille que dans les grands centres ; […] il est proposé, […] appuyé et résolu unanimement que le conseil de la MRC de Maria-Chapdelaine appuie le projet de programme de médecine porté par l'Université du Québec […] [et] que le conseil de la MRC de Maria-Chapdelaine demande au gouvernement du Québec de soutenir activement la mise en œuvre de ce projet.

MRC de Maria-Chapdelaine (Saguenay–Lac-Saint-Jean)
(Tiré de l'Annexe 9)

18 Ces données sont issues d'un sondage complété par les cadres supérieurs des établissements régionaux de Santé Québec en préparation des rencontres de consultation. Les résultats ont montré que la majorité considéraient que leur territoire souffrait d'un manque de médecins plus ou moins marqué (huit à dix pour l'Abitibi-Témiscamingue, le Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec et les Îles-de-la-Madeleine; cinq à sept pour l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Chaudière-Appalaches, la Montérégie-Ouest, le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie, l'Outaouais, la Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière). Seuls deux établissements ont indiqué avoir peu de besoins non comblés en médecine, soit Laval et le Saguenay–Lac-Saint-Jean, ce dernier a toutefois indiqué des manques dans certains secteurs plus ruraux de son territoire. Si ces résultats fournissent certaines indications, ils sont toutefois à interpréter avec prudence puisqu'il s'agit de perceptions et que nous avons pu remarquer des différences, parfois marquées, entre deux réponses provenant d'un même établissement.

4.1.5 Le programme MD-UQ : une contribution aux visées transformatrices des nouvelles politiques en SSS

Dans le contexte actuel de la SSS au Québec, le renforcement de la première ligne apparaît comme un levier essentiel pour améliorer l'accès aux services, favoriser la prévention, assurer une meilleure continuité des soins et réduire les inégalités de santé observées entre les territoires et les populations. L'analyse des récentes politiques et orientations permet de dégager des thèmes centraux, dont le quintuple objectif, qui définissent la modernisation du système de SSS et auxquels le programme MD-UQ est arrimé. Cette section présente une synthèse de cette analyse.

Deux stratégies centrales d'intervention pour favoriser l'évolution du système

1. **Renforcer la première ligne, le travail interprofessionnel, soutenir les stratégies intersectorielles**

   Les nouvelles politiques québécoises reconnaissent la **première ligne comme le cœur fonctionnel du système de santé et de services sociaux.** Dans les modèles d'organisation renouvelés, la première ligne n'est plus un simple niveau de soins : elle devient un réseau intégrateur de services. Elle est ancrée dans la communauté. La première ligne incarne le point de jonction entre la prévention, les soins de santé, les services sociaux et l'action communautaire. Par sa gouvernance de proximité et ses pratiques collaboratives, elle permet d'**assurer la continuité, la coordination et la personnalisation des services**. Elle joue également un rôle déterminant dans la prévention clinique, la détection précoce des vulnérabilités, le soutien à la santé mentale et l'accompagnement des familles et des aînés.

2. **Renforcer la prévention**

   Toutes les nouvelles politiques ou stratégies valorisent une **action préventive, continue** et **intersectorielle** à tous les paliers du système, dans les milieux de vie et les milieux cliniques de proximité, notamment par :

   - la réduction du fardeau des maladies évitables (*Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne* [MSSS, 2026b], *Programme national de santé publique 2025-2035* [MSSS, 2025b], *Politique gouvernementale de prévention en santé* [MSSS, 2025a]) ;
   - la préservation de l'autonomie (*Plan d'action gouvernemental 2024-2029 : la fierté de vieillir* [MSSS, 2024], *Politique nationale de soutien à domicile – Mieux chez soi* [MSSS, 2026c]) ;
   - la prévention des situations de vulnérabilité des jeunes et des familles (*Stratégie de protection de la jeunesse : en élaboration*).

Trois cibles de performance importantes pour le RSSS : un système orienté vers des résultats qui comptent

1. **Améliorer l'accessibilité**

   Assurer un **accès équitable et pertinent** aux services demeure une priorité transversale, cela implique :

   - de rapprocher les services de proximité des personnes par l'entremise des territoires de CLSC ;
   - d'améliorer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, au moment requis cliniquement et dans les milieux de vie ;
   - d'adapter les services aux réalités des Premières Nations, des Inuit, des personnes immigrantes et de tout autre groupe minoritaire sujet à la discrimination sociale (l'accessibilité étant aussi culturelle et linguistique).

2. **Réduire les inégalités de santé**

   Les politiques réaffirment la responsabilité de l'État de **réduire les inégalités sociales de santé** sous toutes ses formes, ce qui implique :

   - d'effectuer du démarchage ciblé pour atteindre les plus vulnérables ;
   - de favoriser la détection précoce des risques sociaux et de santé afin d'intensifier les interventions en amont des problèmes nécessitant le recours aux services spécialisés ;
   - d'identifier et d'éliminer les pratiques publiques susceptibles de creuser les écarts.

3. **(Re)placer l'humain au cœur du système**

   Plusieurs documents énoncent la volonté de (re)placer l'humain (la personne, le patient ou l'usager) au centre du système. Par ce concept, il est attendu de :

   - répondre aux besoins et aux préférences des personnes dans une perspective humaniste ;
   - reconnaître la dignité des personnes, la qualité de la relation de soin, le respect des trajectoires de vie et la lutte contre la déshumanisation liée aux processus bureaucratiques.

Cinq orientations pour une dispensation renouvelée des soins et des services

1. **Agir localement**

   La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSS) mentionne l'intention de « développer et maintenir une **culture de gestion de proximité** » (Gouvernement du Québec, 2023a). La notion de proximité, omniprésente dans les récentes politiques, se concrétise par :

   - le renforcement de la première ligne ;
   - la décentralisation des services ;
   - l'action des CLSC, des GMF et de l'ensemble des organisations publiques et privées pour construire une offre de services complète le plus près possible des personnes.

Offrir des services près des citoyens permet de favoriser les interactions entre toutes les parties et d'assurer une meilleure concertation interdisciplinaire dans une perspective de continuité et de globalité. Cette transformation redonne sens à la première ligne : elle recentre l'action sur les besoins des communautés locales tout en mobilisant les forces vives du territoire.

2. **Assumer la responsabilité populationnelle**

   Les nouvelles orientations invitent à **organiser les services selon les besoins réels** des populations locales plutôt qu'autour de l'offre préétablie.

   > *Sans responsabilité populationnelle, l'établissement public et les autres organismes se limitent à offrir leurs services respectifs, de manière indépendante, aux individus qui en font la demande sans considérer les besoins de l'ensemble de la population ni fournir d'effort pour réduire la pression sur la demande de service en agissant en amont sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être (MSSS, 2026a, p. 9).*

   Chaque réseau territorial doit tendre vers une connaissance la plus juste possible des besoins de la population dans le but de **concevoir une offre optimale et partagée.** Ce principe permet une planification proactive et coordonnée des services en cohérence avec la politique de première ligne et de la stratégie de prévention.

3. **Adapter les services**

   Au Québec, la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* (Gouvernement du Québec, 2026a) a été adoptée en 2024. Cette loi découle notamment des constats de plusieurs enquêtes et commissions qui ont mis en lumière les inégalités, la discrimination et les obstacles rencontrés par les peuples autochtones dans leurs accès aux services publics. Elle oblige Santé Québec et les établissements du RSSS à :

   - adopter une approche de sécurisation culturelle ;
   - élaborer, avec des partenaires autochtones, des mesures concrètes pour offrir des services culturellement sécurisants ;
   - favoriser des pratiques accueillantes, inclusives et adaptées aux réalités des Premiers Peuples.

   Au-delà des obligations propres à cette loi, cette évolution témoigne d'une orientation plus large du système de santé vers l'adaptation des services aux réalités et aux besoins des populations historiquement marginalisées ou moins bien desservies. Cette approche implique notamment de reconnaître les obstacles structurels, sociaux, culturels et organisationnels qui influencent l'accès aux soins et l'expérience des usagers, et de développer des pratiques adaptées aux réalités des communautés culturelles, des femmes, des personnes en situation d'itinérance, des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou de consommation, ainsi que des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Elle repose sur des principes d'équité, d'inclusion, de

sécurité culturelle et de partenariat avec les communautés concernées afin d'offrir des soins plus accessibles, pertinents et centrés sur les besoins des personnes.

4. **Offrir des services intégrés et intersectoriels**

   Les politiques québécoises préconisent une organisation des soins et des services fondés sur la cohérence et la coordination des interventions entre les différents prestataires de soins et services. Elles misent sur le décloisonnement des structures, la collaboration entre les intervenants et les organisations, ainsi que sur la concertation entre les ministères (SSS, Éducation, Enseignement supérieur, Affaires municipales, Transports, Environnement, etc.) et les acteurs régionaux et locaux afin d'assurer des continuums de services fluides et adaptés aux besoins des usagers. Cette approche repose sur la capacité des parties prenantes à coconstruire des réponses concertées et complémentaires. Fondée sur la reconnaissance mutuelle des expertises et une coordination partagée, cette collaboration intersectorielle renforce la cohérence des services, améliore leur efficacité et permet d'agir plus tôt sur les problématiques (MSSS, 2026a).

5. **Soutenir l'autonomie des personnes**

   En phase avec la volonté de replacer l'humain au cœur du système, il est attendu de soutenir la capacité des personnes et des proches à agir sur leur santé et leurs conditions de vie en maintenant leur autonomie. On reconnait ainsi que les **personnes sont les premiers soignants** face à leur santé et positionne les autres professionnels et les autres intervenants comme des partenaires qui soutiennent l'atteinte de ses propres objectifs.

Ensemble, ces orientations gouvernementales dessinent les contours d'un système de santé davantage axé sur la prévention, la première ligne, la proximité, la responsabilité populationnelle et la réduction des inégalités. Les deux stratégies d'intervention, les trois cibles de performance et les cinq orientations pour la dispensation des soins présentés dans cette section constituent des repères structurants pour le développement du programme MD-UQ. Ils contribuent à lui donner une couleur distinctive, ancrée dans les communautés, centrée sur les besoins des populations et résolument tournée vers la collaboration interprofessionnelle, l'innovation et l'équité. Le programme MD-UQ entend ainsi s'inscrire en cohérence avec les ambitions du gouvernement du Québec et contribuer à la formation d'une relève médicale capable de soutenir concrètement les transformations attendues du système de santé et de services sociaux.

4.1.6 Les attentes envers la formation médicale au Québec : constats issus de la consultation nationale de l'UQ

Les transformations de la société québécoise, les orientations gouvernementales et les besoins de santé documentés constituent des éléments clés à considérer pour un nouveau programme de médecine. À ceux-ci s'ajoutent les résultats des

consultations menées par l'UQ (voir l'Annexe 2). En effet, à l'hiver et au printemps 2026, plus d'une centaine d'organisations des milieux universitaire, gouvernemental, professionnel, clinique, communautaire et citoyen ont été consultées. Les contributions recueillies lors de présentations, de rencontres de travail et d'ateliers collaboratifs ont fait l'objet d'une analyse et d'une synthèse. Elles ont permis de dégager les attentes des groupes consultés à l'égard de la formation des médecins québécois de demain et d'éclairer les orientations retenues pour le programme MD-UQ.

Les compétences attendues des médecins de demain

Les consultations ont permis d'identifier plusieurs compétences et qualités jugées essentielles pour préparer les futurs médecins à répondre aux besoins actuels et futurs des populations québécoises. Les groupes consultés ont notamment souligné l'importance des éléments suivants :

- **Former les futurs médecins pour exercer dans une diversité de contextes**, notamment en milieux urbains défavorisés, ruraux, éloignés et auprès de populations en situation de vulnérabilité. Plusieurs établissements régionaux de Santé Québec ont d'ailleurs mentionné la nécessité de mieux préparer les futurs médecins à la réalité de ces contextes, considérant que la formation actuelle est davantage orientée vers la pratique en milieu urbain. Cela implique que la formation :
    - favorise un ancrage réel dans les communautés et offre des expériences d'apprentissage alignées avec les futurs milieux de pratique ;
    - assure une meilleure préparation en misant sur les connaissances tant technologiques que sur les enjeux sociaux et sur la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle ;
    - soit offerte dans le même contexte que le lieu de pratique anticipé.
- **Rehausser les connaissances et les compétences liées aux déterminants sociaux de la santé ainsi que l'adoption d'une approche globale centrée sur la personne**, tant dans les milieux urbains défavorisés qu'en milieux ruraux ou éloignés. Ainsi, la formation doit préparer les médecins à répondre aux besoins des populations marginalisées ou en situation de vulnérabilité, notamment les personnes vivant dans la pauvreté ou l'itinérance, les femmes, les communautés autochtones, les personnes noires, les communautés culturelles et ethniques ainsi que les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre.
- **Développer des compétences culturelles et relationnelles**, incluant une sensibilité aux réalités autochtones et à l'intégration des savoirs autochtones tout au long du parcours de formation.
- **Renforcer les capacités de collaboration interprofessionnelle et de leadership collaboratif.** Cela implique de travailler en partenariat avec les communautés, les organismes communautaires et les acteurs d'autres secteurs, de reconnaître les expertises complémentaires et les champs d'autonomie des différentes professions, de favoriser une communication authentique et de promouvoir des pratiques véritablement collaboratives, tant en présence qu'à distance. L'importance **d'impliquer un éventail plus large de professionnels**

de la santé dans la formation médicale afin de contribuer à réduire les hiérarchies persistantes au sein des équipes de soins a également été soulignée.

- **Intégrer les technologies de la santé et développer un regard critique et éthique sur les innovations**, notamment l'IA, ont également été identifiés comme des priorités. Ces compétences doivent s'accompagner d'une grande capacité d'adaptation afin de permettre aux futurs médecins d'évoluer efficacement dans des environnements complexes et en constante transformation.
- **Promouvoir la prévention, la santé globale, l'engagement social et la responsabilité sociale.** Les futurs médecins devraient être en mesure d'intervenir efficacement dans des contextes complexes en conciliant excellence scientifique, généralisme, collaboration et proximité avec les populations. Plus largement, la consultation fait ressortir la volonté de voir émerger une pratique médicale profondément ancrée dans les communautés et les réalités sociales, caractérisée par l'empathie, l'écoute, l'ouverture, la capacité d'adaptation, l'audace et l'engagement envers le mieux-être collectif.

Des défis à surmonter dans la formation médicale

Les consultations ont permis d'identifier des défis actuellement vécus dans la formation médicale et pour lesquelles le programme MD-UQ peut offrir des pistes de solution, notamment :

- **renforcer l'attractivité de la médecine de famille** par un curriculum qui encourage et qui renforce véritablement ce choix ;
- **recruter** des candidats en région afin d'améliorer la rétention régionale et ainsi offrir une meilleure accessibilité, une meilleure représentativité et une meilleure qualité des soins ;
- réduire les **barrières à l'accès à la profession** pour les personnes autochtones ainsi que pour la diversité des populations ;
- développer un r**éseau territorial d'enseignement** et diversifier le bassin d'enseignants ;
- résoudre les **enjeux de capacité** d'accueil, d'encadrement et d'infrastructures liés à l'augmentation du nombre de personnes étudiantes.

4.1.7 Le programme MD-UQ : un levier stratégique pour contribuer aux transformations nécessaires en SSS

La compréhension du contexte ainsi que des grandes orientations qui encadrent actuellement l'adaptation et l'évolution du système de SSS du Québec constitue un préalable essentiel à la conception d'un programme de formation médicale adapté aux besoins futurs. La création d'un doctorat de premier cycle en médecine orienté vers la médecine de famille s'inscrit dans une démarche collective portée par les établissements universitaires de l'UQ afin de répondre aux transformations de la société et aux défis qu'elles soulèvent pour le RSSS, en cohérence avec les orientations gouvernementales de modernisation. Les principales lignes de force qui la sous-tendent sont les suivantes :

- **Favoriser l'équité territoriale et la rétention :** le processus de recrutement, les lieux de formation, les méthodes d'encadrement de même que l'ensemble du programme a été conçu pour favoriser la rétention dans les territoires présentant les plus grands besoins. Les établissements universitaires de l'UQ sont décentralisés et possèdent cet ancrage territorial distinctif qui confère cette capacité de développement de partenariats avec les personnes et leurs communautés respectives.
- **Alignement avec les besoins de la population :** le programme MD-UQ vise à former des médecins capables d'intervenir efficacement dans des environnements géographiques différents (urbains, périurbains, ruraux et éloignés), auprès de populations socialement et culturellement diversifiées. La formation permettra le développement d'une compréhension approfondie des déterminants sociaux, culturels, environnementaux et territoriaux de la santé. La formation, jumelée au recrutement parmi les communautés d'ancrage constitue un levier essentiel pour mieux refléter leurs réalités et agir sur les inégalités (Strasser *et al.*, 2018) touchant, entre autres, les Premiers Peuples, les communautés culturelles et les populations en situation de vulnérabilité. L'UQ dispose d'une expertise de pointe à cet égard.
- **Contribution au renforcement de la première ligne comme pivot du système et à la modernisation du RSSS :** le Québec est résolument engagé dans une transformation profonde de son RSSS. Le programme MD-UQ souhaite participer à la consolidation de la première ligne en valorisant la médecine de famille et en formant des médecins dont le parcours de formation, les compétences et l'identité professionnelle sont alignés avec les besoins des GMF, des CLSC et des milieux communautaires, baignant dès le début de leur formation dans un contexte interprofessionnel assumé, collaboratif et promouvant les innovations organisationnelles. En effet, cet écosystème interdisciplinaire préexistant est mature au sein de l'UQ, qui est prête à contribuer.
- **Préparer les médecins aux réalités de demain :** la modernisation des systèmes d'information, l'intégration des technologies numériques et de l'IA, de la télésanté et des données cliniques transforme les pratiques médicales. Les futurs médecins doivent être formés à la fois à l'utilisation judicieuse, critique et éthique de ces outils pour améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins, mais également développer les capacités d'adaptation, de réflexion et de prise de décision nécessaires dans un environnement

en constante évolution. Les personnes étudiantes seront appelées à concilier excellence scientifique, jugement clinique, humanisme et innovation, tout en contribuant à une pratique durable sur les plans organisationnel, économique et environnemental. Par son écosystème de recherche et de formation, l'UQ offre des conditions particulièrement favorables au développement de ces compétences.

Par son ancrage territorial, son engagement envers la responsabilité sociale, sa capacité d'innovation et son approche interprofessionnelle, le programme MD-UQ constitue un levier stratégique pour former une relève médicale en phase avec les transformations du Québec et les besoins actuels et futurs de sa population.

Les mots des acteurs mobilisés

L'Ordre des pharmaciens du Québec […] souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne. […] [La] présence [de l'UQ] dans plusieurs régions, sa connaissance des réalités locales et sa capacité à développer des formations adaptées aux besoins des communautés pourraient favoriser le recrutement, la formation et l'établissement durable de futurs pharmaciens dans les milieux où les besoins sont importants.

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

4.1.8 Des appuis forts au projet

La tournée de consultation, qui a mobilisé plus d'une centaine d'organisations des milieux universitaire, gouvernemental, professionnel, clinique, communautaire et citoyen, a permis de rallier des appuis significatifs et de recueillir les perspectives d'un large éventail d'acteurs concernés par l'avenir de la formation médicale et de l'organisation des soins au Québec. Les lettres reçues proviennent notamment d'instances municipales et régionales, d'organisations du développement économique, d'ordres professionnels, d'établissements et organismes du RSSS, d'organisations représentant les Premiers Peuples ainsi que de regroupements de patients, d'usagers et de communautés culturelles. Plus précisément, plusieurs établissements de Santé Québec appuient le projet : Santé Québec Abitibi-Témiscamingue, Santé Québec Outaouais, Santé Québec Bas-Saint-Laurent, Santé Québec Gaspésie, Santé Québec des Îles, Santé Québec Baie-James, Santé Québec Laval, Santé Québec Côte-Nord, Santé Québec Chaudière-Appalaches et Santé Québec Lanaudière. D'autres appuis sont attendu dans un avenir rapproché.

Il convient de souligner qu'un appui de principe au projet a été sollicité auprès de la majorité des organisations rencontrées dans le cadre de la consultation nationale. Bien que l'intérêt suscité par le programme MD-UQ et la pertinence de ses objectifs aient été largement reconnus, certaines organisations ont choisi de ne pas se prononcer officiellement. Cette réserve s'explique par leurs liens institutionnels avec les facultés de médecine existantes, par le contexte créé à la suite du positionnement public de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec et

par le caractère hautement stratégique de l'initiative. Par ailleurs, selon un sondage mené auprès de 1 004 personnes par Léger Opinion pour le compte de l'UQ, **91 % des Québécois sont en accord avec l'idée selon laquelle « le gouvernement devrait appuyer la création d'un nouveau programme de médecine de famille à travers le réseau de de l'UQ afin de former davantage de médecins dans toutes les régions »** (Léger Opinion, 2025, p. 12).

Cette convergence d'appuis, conjuguée à l'intérêt exprimé par de nombreux acteurs n'ayant pas souhaité formaliser leur position, témoigne de l'importance accordée au programme MD-UQ et de sa capacité à répondre à des enjeux prioritaires en matière d'accès aux soins, de développement régional, de responsabilité sociale et d'équité en santé. Les lettres d'appui reçues sont présentées à l'Annexe 9.

Les mots des acteurs mobilisés

Santé Québec Abitibi-Témiscamingue souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne. […] Nous considérons […] que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

Santé Québec Abitibi-Témiscamingue
(Tiré de l'Annexe 9)

Les mots des acteurs mobilisés

L'initiative de l'Université du Québec de formation en médecine témoigne d'une volonté de renforcer la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à former la relève médicale et à répondre aux besoins croissants de la population en matière d'accès aux soins de première ligne. Tous les efforts consacrés à l'innovation en formation médicale et à l'amélioration de l'accessibilité des parcours de formation constituent des avenues prometteuses pour l'avenir du réseau.

Santé Québec Outaouais
(Tiré de l'Annexe 9)

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins, et favoriser la prise en charge de plus d'usagers et d'usagères, pour ainsi mieux répondre à l'évolution des besoins de la population. […] Le Regroupement provincial des comités des usagers accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)
(Tiré de l'Annexe 9)

Dans un contexte où l'accès aux services et aux soins de santé de proximité constitue un enjeu majeur pour les populations vivant en région, ce projet de décentralisation de la formation en médecine familiale est plus que prometteur pour contribuer à résorber le manque de professionnels de la santé, c'est pourquoi nous inviterons l'ensemble des municipalités du Québec à faire de même et à appuyer par résolution votre projet de programme.

Fédération québécoise des municipalités (FQM)
(Tiré de l'Annexe 9)

Les mots des acteurs mobilisés

L'accès aux soins de santé de proximité représente un enjeu majeur pour nos communautés. À Drummondville comme ailleurs au Québec, les besoins sont bien réels et appellent des solutions structurantes permettant non seulement de former davantage de médecins, mais aussi de favoriser leur établissement durable dans les régions où les besoins sont importants. À cet égard, l'approche proposée par l'Université du Québec m'apparaît particulièrement intéressante. Miser sur un modèle de formation fortement ancré dans les territoires, permettant à des étudiantes et étudiants de se former au sein même des communautés et d'y réaliser une part importante de leur parcours clinique, peut contribuer à créer un lien durable entre les futurs médecins et les milieux qu'ils seront appelés à desservir.

Ville de Drummondville
(Tiré de l'Annexe 9)

En tant que mairesse de Montréal, je tiens à exprimer l'appui de la Ville au projet porté par l'Université du Québec (UQ) […], lequel vise la mise en place d'un programme de médecine centré sur la médecine familiale et la première ligne. Cette initiative s'inscrit de manière cohérente dans l'écosystème montréalais, caractérisé par une forte intégration entre la formation médicale, la recherche et la prestation de soins au sein des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS).

Ville de Montréal
(Tiré de l'Annexe 9)

Les mots des acteurs mobilisés

La ville de Montréal-Est accueille favorablement et appuie fortement la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal.

Ville de Montréal-Est
(Tiré de l'Annexe 9)

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador souhaite exprimer son appui à […] la mise en place d'un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne. Nous estimons que cette initiative est un élément de solution important pour mieux répondre aux besoins de santé des populations des Premières Nations et des Inuit en favorisant une médecine de proximité et une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont très besoin.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
(Tiré de l'Annexe 9)

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

Il est proposé […] et résolu unanimement que la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue reconnaisse le caractère important et structurant de ce projet pour le territoire et appuie le projet de programme de médecine de famille porté par l'Université du Québec, en collaboration avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue
(Tiré de l'Annexe 9)

4.2 L'opportunité systémique : le positionnement du programme MD-UQ dans l'écosystème de la formation médicale

La section précédente a fait état des orientations actuelles du RSSS et des besoins exprimés par les partenaires du réseau témoignant de l'importance de former une nouvelle génération de médecins en phase avec les réalités contemporaines des soins.

Au Québec, les modèles actuels de formation médicale, historiquement centrés sur les centres hospitaliers universitaires et les soins spécialisés, ont permis le développement d'une expertise clinique de haut niveau. Ils constituent aujourd'hui une base solide à partir de laquelle l'UQ souhaite développer un programme de médecine **complémentaire** à ceux offerts par l'Université McGill, l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke.

Cette complémentarité vise notamment à renforcer la prise en compte :

- **des enjeux contemporains** qui transforment l'organisation des soins et des services de santé, notamment l'accessibilité, l'équité territoriale, le renforcement de la première ligne, la prévention et la responsabilité sociale des établissements de formation ;
- **des besoins des populations et des communautés**, marqués par des inégalités persistantes en santé, des disparités régionales et des difficultés d'accès aux soins de proximité, qui appellent à une formation médicale davantage ancrée dans les milieux de vie.

L'UQ regroupe 10 établissements universitaires répartis dans plus de 40 municipalités du Québec : aucun programme canadien ne repose sur un réseau universitaire distribué de cette ampleur. L'UQ s'appuie à la fois sur un ancrage territorial fort, notamment auprès des communautés autochtones et sur une portée nationale, ce qui en fait un levier unique pour contribuer au développement du Québec et pour répondre aux besoins des partenaires locaux en SSS. La complémentarité du programme MD-UQ repose sur le recrutement et la formation de futurs médecins dans des territoires actuellement moins bien ou non desservis par les autres facultés de médecine, lui conférant une pertinence systémique particulière au sein de l'offre québécoise de formation médicale. Cette position privilégiée est renforcée par **l'opportunité exceptionnelle de repenser la formation médicale à partir d'une véritable page blanche**, en phase avec les réalités actuelles du Québec et les transformations du RSSS.

Cette possibilité de concevoir un programme dès ses fondements permet à l'UQ d'articuler étroitement l'ancrage territorial, l'immersion communautaire, la collaboration interprofessionnelle et la santé des Premiers Peuples dans une vision intégrée de la formation médicale.

La proposition du programme MD-UQ ne repose donc pas sur l'ajout de chacune de ces dimensions prises isolément, plusieurs étant déjà présentes sous différentes formes dans les facultés existantes. Son caractère novateur réside plutôt dans leur intégration systématique au sein de l'ensemble du curriculum. Le programme est conçu dès l'origine autour d'un ensemble cohérent de thématiques transversales s'appuyant sur des piliers et des valeurs (présentées à la section 3.1 et illustrée à l'Annexe 8) qui structurent les apprentissages, les expériences cliniques, le recrutement étudiant, les partenariats et l'organisation de la formation. Cette approche vise à faire de ces dimensions non pas des activités complémentaires, mais des composantes constitutives de l'identité professionnelle des futurs médecins.

Dans cette perspective, et en alignement avec les besoins du RSSS, l'UQ vise à enrichir l'offre existante en proposant un modèle entièrement nouveau pour le Québec, explicitement centré sur la responsabilité sociale et populationnelle, le renforcement de la première ligne, l'accès à des soins de proximité et la prise en compte des réalités territoriales. Cette proposition s'inscrit dans la même mouvance que les nouveaux programmes en émergence au Canada et ailleurs dans le monde. Ainsi, la réflexion ayant mené au développement du programme MD-UQ s'inspire d'expériences reconnues pour leurs innovations en formation médicale et leur capacité à répondre à des enjeux similaires.

4.2.1 La modernisation de la formation médicale au Canada : des modèles pour le programme MD-UQ

La création du programme MD-UQ s'inscrit dans un contexte de transformation de la formation médicale au Canada, marqué par l'émergence de nouvelles facultés et de nouveaux programmes davantage orientés vers la médecine de famille, les soins de première ligne, l'ancrage communautaire, les populations mal desservies et les besoins des communautés locales. Ces orientations rejoignent directement les fondements du projet MD-UQ. Afin d'alimenter sa réflexion, l'UQ a réalisé une analyse de programmes de médecine au Québec, au Canada et à l'international, ainsi qu'une analyse spécifique de l'intégration de l'IA et des technologies de la santé dans la formation médicale (EdHu2O5O, 2026) (voir l'Annexe 3). Cette démarche a permis d'identifier des modèles inspirants et des pratiques prometteuses pour répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé québécois.

Des programmes inspirants au Canada

Parmi les programmes recensés, quatre initiatives canadiennes récentes ou en émergence illustrent particulièrement cette évolution de la formation médicale et présentent plusieurs caractéristiques en phase avec les orientations retenues pour le programme MD-UQ.

École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO ; première cohorte en 2005)

Pionnière au Canada, elle considère l'ensemble du Nord de l'Ontario comme un campus de formation. Son modèle vise à former des médecins en lien direct avec les besoins des populations rurales, éloignées, francophones et autochtones.

Toronto Metropolitan University (TMU ; première cohorte en 2025)

La nouvelle faculté de TMU actualise le modèle en l'adaptant aux communautés urbaines mal desservies du Grand Toronto, en recrutant des personnes étudiantes issues de ces milieux et en centrant sa formation sur la première ligne.

Simon Fraser University (SFU ; première cohorte en 2026)

La faculté de SFU incarne une nouvelle génération de programmes conçus dès l'origine autour de la première ligne et de l'ancrage communautaire, avec une intégration précoce des personnes étudiantes aux milieux de soins.

York University (première cohorte prévue en 2028)

Le projet de l'Université York pousse plus loin cette évolution en faisant de la première ligne sa mission centrale, étant la première faculté canadienne explicitement dédiée à la formation de médecins de famille.

Ces modèles ont ainsi en commun trois éléments qui constituent également le socle du programme MD-UQ :

- recruter autrement ;
- former plus tôt dans les milieux de pratique ;
- orienter explicitement la formation vers les besoins de première ligne.

Des programmes inspirants à l'international

Au-delà du Canada, plusieurs programmes internationaux démontrent qu'il est possible de concilier excellence académique, ancrage communautaire et réponse aux besoins des populations moins bien desservies.

University of California (UC PRIME)

Les programmes d'éducation médicale de l'Université de Californie (UC PRIME) offrent des parcours complémentaires orientés vers les besoins des communautés mal desservies, notamment en santé rurale, en santé autochtone, en santé des populations immigrantes ou urbaines vulnérables et en équité en santé. Ils combinent formation clinique, leadership, engagement communautaire et diversification du recrutement afin de former des médecins engagés auprès de ces populations.

Charles Darwin University et Flinders University (Australie)

Ces programmes accordent une place centrale à la médecine de famille, à la santé communautaire, à la santé des Premières Nations et à la pratique en régions rurales et éloignées. Ils reposent sur une immersion clinique précoce et prolongée dans les communautés afin de préparer les futurs médecins à répondre aux besoins des territoires moins desservis.

Arctic University of Norway (UiT)

Son modèle de formation médicale décentralisée permet de former des médecins sur plusieurs campus et dans des communautés nordiques éloignées. Il illustre qu'il est possible d'offrir une formation médicale de grande qualité dans des territoires vastes, peu densément peuplés et éloignés des grands centres.

Ces expériences démontrent qu'une formation ancrée dans les communautés, les régions et les réalités populationnelles peut contribuer à renforcer l'engagement social des futurs médecins et leur rétention en région, à soutenir la pratique en première ligne et à mieux répondre aux besoins des populations. Le programme MD-UQ s'inscrit dans cette mouvance internationale en adaptant ces principes au contexte québécois.

L'intégration de l'IA et des technologies de la santé dans la formation médicale

L'analyse réalisée auprès des programmes de référence en intégration de l'IA et des technologies de la santé[19], a permis d'identifier plusieurs pistes d'intérêt pour le développement du programme MD-UQ. Parmi celles-ci figurent la possibilité de se distinguer par une approche ancrée dans la médecine de famille et les soins de proximité, l'intégration de pratiques pédagogiques innovantes adaptées au contexte québécois, le recours à une formation accessible à tous les étudiants indépendamment de leur compétence numérique, ainsi que la prise en compte des risques pédagogiques associés aux technologies et à l'IA. Ces enseignements constituent des leviers importants pour orienter la modernisation de la formation médicale.

Dans les prochaines sections, chacune des thématiques transversales constituant l'architecture centrale sera abordée sous l'angle des leviers par lesquels le programme entend répondre aux enjeux identifiés dans le RSSS, des caractéristiques distinctives du programme proposé par l'UQ et de la complémentarité avec les programmes de médecine québécois.

4.2.2 L'ancrage territorial, la sécurisation culturelle et l'équité en santé : répondre aux besoins des populations et des communautés

Les enjeux d'accessibilité aux soins, les disparités territoriales, les inégalités sociales de santé ainsi que les difficultés de rétention médicale dans plusieurs régions du Québec mettent en évidence la nécessité de former des médecins davantage ancrés dans les réalités des populations qu'ils desservent. Ces défis touchent particulièrement les régions rurales ou éloignées, les Premiers Peuples, les milieux urbains défavorisés et les populations vivant dans des contextes vulnérabilisants. Dans cette perspective, la thématique transversale **La personne, sa communauté, son territoire et la sécurisation culturelle** constitue un levier structurant du programme MD-UQ afin de répondre aux transformations et aux besoins contemporains du RSSS. Le programme se distingue par les axes structurants suivants :

- intégration transversale des concepts de sécurisation culturelle et d'équité en santé ;
- ancrage territorial : un avantage pour le recrutement, la formation en milieux de pratique et la rétention.

19 Parmi les dix programmes analysés, les quatre modèles jugés les plus pertinents pour le programme MD-UQ sont les suivants : Université de Mons, TMU, Oxford University et University of British Columbia, voir l'Annexe 3.

L'intégration transversale des principes de sécurisation culturelle et d'équité en santé

Le programme MD-UQ intègre de manière transversale les principes d'équité, de justice sociale et de sécurisation culturelle afin de mieux répondre aux réalités des populations moins bien desservies. Il reconnaît que la qualité des soins repose autant sur les compétences cliniques que sur la compréhension des contextes historiques, sociaux et culturels qui influencent l'expérience des patients. Ces principes ne sont pas abordés uniquement sous forme de contenus théoriques ponctuels, mais ils sont intégrés de façon continue dans les expériences cliniques, les activités réflexives, les stages et les projets communautaires. Cette approche vise à former des médecins capables d'établir des relations de confiance, de coconstruire les soins avec les personnes et les communautés et d'adapter leur pratique aux réalités des milieux dans lesquels ils évolueront.

Le programme MD-UQ s'inscrit dans un mouvement déjà amorcé d'intégration accrue des dimensions communautaires, territoriales et sociales dans la formation médicale. En effet, certaines facultés québécoises ont développé des initiatives importantes en santé rurale, en santé publique, en responsabilité sociale ou en santé autochtone. Ces expériences demeurent toutefois souvent variables selon les stages, lesquels sont davantage théoriques ou moins longitudinaux. Le programme MD-UQ propose de pousser plus loin cette orientation par des éléments structurants dans l'ensemble du parcours de formation plutôt que par des activités complémentaires ou ponctuelles. Il privilégie des expériences immersives et continues en milieux cliniques, communautaires et de santé publique, favorisant ainsi une intégration active dans les communautés dès le début du parcours. Également, les personnes étudiantes participent à un projet longitudinal d'intervention communautaire fondé sur la mobilisation des savoirs, des ressources et des acteurs locaux dans une perspective de réciprocité, de responsabilité sociale et de transformation des pratiques. Cette approche développe une posture de partenariat avec les personnes et les communautés, fondée sur l'écoute, le respect et la coconstruction des soins. Elle amène ainsi les personnes étudiantes à intégrer les principes de sécurisation culturelle, à adapter leur pratique aux réalités des milieux et à contribuer à la prévention, à la promotion de la santé et au développement des communautés, en s'appuyant notamment sur les expertises développées au sein des établissements universitaires de l'UQ en matière de compréhension des réalités autochtones et de sécurisation culturelle.

Le programme MD-UQ souhaite accorder une place particulière aux perspectives des Premiers Peuples en reconnaissant leur contribution à une vision élargie de la santé, fondée sur l'interdépendance entre les personnes, les familles, les communautés, le territoire et l'environnement. Cette contribution ne constitue pas un contenu périphérique du cursus, mais un élément distinctif qui participe à la couleur même du programme et à sa volonté de former des médecins capables d'agir avec humilité, en partenariat avec les communautés et dans le respect de la pluralité des savoirs et des approches de soins. L'UQ reconnaît l'expertise développée par le PFMPNIQ, coordonné par la CSSSPNQL, et collabore avec eux et les communautés des Premiers Peuples afin d'aller le plus loin possible dans le développement de facteurs favorables pour former plus de médecins autochtones et intégrer la sensibilisation et la sécurisation culturelle à la formation.

L'ancrage territorial comme levier de recrutement, de formation et de rétention de la relève médicale

L'ancrage territorial de l'UQ constitue un élément distinctif majeur, permettant de recruter, former et retenir de futurs médecins au sein même des communautés. Le programme MD-UQ s'appuie sur un recrutement représentatif des territoires et des communautés, sur une formation dans les milieux où se vivent les réalités de première ligne et sur un continuum d'appartenance et de pratique afin de favoriser l'engagement social, le sentiment d'appartenance et une meilleure compréhension des réalités locales. Cette approche vise une intégration systématique et uniforme pour l'ensemble des personnes étudiantes, dans le respect des exigences d'agrément du CAFMC.

Recruter une relève représentative des territoires et des communautés

Malgré une littérature abondante qui documente les bienfaits d'une plus grande diversité du corps médical, le recrutement des facultés de médecine existantes montre toujours un biais en faveur des candidats originaires des grands centres urbains (MSSS, 2023) et issus de classes sociales favorisées. Dans son mémoire de maîtrise, Bahrini (2022) affirme que :

- 70 % des candidates et candidats admis provenaient de familles avec des revenus de plus de 100 000 $ alors que seulement 5 % des ménages avaient un tel revenu ;
- 85 % des candidates et candidats admis avaient au moins un parent qui avait fréquenté l'université alors que seulement 25 % de la population québécoise détient un diplôme universitaire ;
- 73 % des candidates et candidats admis proviennent d'un grand ou d'un moyen centre de population.

Les études sur la rétention des médecins en région indiquent que le fait d'être natif de la région où se déroule la formation ou de provenir d'une autre région non urbaine est le facteur le plus important dans le choix d'établir sa pratique en région. La probabilité de s'installer en région est deux à huit fois plus grande pour les personnes provenant de région que pour celles provenant de milieux urbains (Legris *et al.*, 2024). Compte tenu du fait que la majorité des personnes étudiantes proviennent des grands et des moyens centres, il n'est pas étonnant que les délocalisations des programmes dans les régions ne donnent pas les résultats escomptés.

Selon des analyses internes[20], de 2020 à 2025, 76 % des personnes sortant des collèges et admises en médecine dans les quatre facultés québécoises proviennent de Montréal et ses alentours ou de la Capitale-Nationale. Les délocalisations n'ont pas réussi à démontrer qu'elles changeaient significativement la donne. L'exemple de McGill et de son campus en Outaouais est frappant à cet égard : entre 2020 et 2025, seulement 15 % des nouveaux inscrits issus des collèges à l'année préparatoires en Outaouais provenaient de cette région, c'est-à-dire seulement deux personnes par année en moyenne.

Toujours sur la période 2015-2025, au moins 79 % des personnes admises en médecine et provenant de l'Outaouais, 55 % de la Mauricie, 54 % du Bas-Saint-Laurent et 44 % du Saguenay–Lac-Saint-Jean se sont exilées pour poursuivre leurs études, malgré la présence d'une faculté

20 Analyse réalisée par l'UQ à partir des données du Cube des admissions du BCI (ensemble des candidats). Elle porte sur l'évolution du nombre de personnes admises au baccalauréat en médecine dans les établissements à charte, parmi les sortants des collèges, selon la région administrative du collège de provenance.

délocalisée sur leur territoire[21]. Le programme MD-UQ aura l'avantage d'améliorer considérablement les possibilités pour les personnes étudiantes de suivre leur programme de formation dans leur région d'origine.

Afin de permettre une meilleure rétention en région et une diversification du corps médical, le système actuel de formation en médecine tente d'adapter ses pratiques et d'élargir son rayon d'action, notamment en procédant à des réformes des modes d'admission et à des délocalisations, mais connait un succès mitigé et largement insuffisant. Par exemple, à l'automne 2025, l'UdeS devait offrir uniquement 3 places pour le contingent québécois – catégorie collégiale Voie médecine pour la diversité socio-économique (Université de Sherbrooke, s. d.-a) sur 186 places pour le contingent québécois – catégorie collégiale régulière. Les personnes provenant de régions éloignées peuvent pour leur part bénéficier d'une bonification de la cote R ou de leur cote académique globale (Université de Sherbrooke, s. d.-b). Cette bonification, qui était de 0,5, a été critiquée comme étant insuffisante (FMEQ, 2024). Elle a été augmentée à 1,0 et certaines universités proposent une bonification supplémentaire. L'avenir nous dira si cette bonification aura les effets escomptés, mais la liste des régions bénéficiant de la bonification (MSSS, 2026) est restreinte et ne compense pas pour toutes les inégalités entourant le calcul de la cote R. Ainsi, les communautés éloignées et autochtones, tout comme les groupes issus de la diversité socioéconomique, demeurent largement sous-représentés dans les cohortes étudiantes.

L'admission des personnes autochtones en médecine et le PFMPNIQ

L'augmentation du nombre de médecins autochtones constitue un levier important pour améliorer l'accès à des soins culturellement sécuritaires et renforcer la confiance envers le système de santé. Pourtant, les Autochtones représentent près de 5 % de la population canadienne, mais moins de 1 % des médecins (Hussain, 2025). L'écart est encore plus marqué dans les régions rurales et nordiques. Les obstacles à l'accès aux études médicales demeurent nombreux (CSSSPNQL, 2021).

Le PFMPNIQ, chapeauté par la CSSSPNQL, a réalisé un travail très important au cours des dernières années en créant un contingent de personnes autochtones dans les facultés de médecine, qui passent par un processus de sélection adapté culturellement et qui bénéficient de mentorat et d'accompagnement tout au long de leurs études. Ce programme a aussi permis d'améliorer les cursus de formation. Depuis sa création en 2008, le programme a admis 125 personnes issues des Premières Nations et Inuit.

Le programme MD-UQ se distingue fortement des facultés de médecine qui continuent essentiellement d'appliquer leur processus d'admission traditionnel, auquel s'ajoutent quelques ajustements périphériques. En plus de privilégier un accès direct au doctorat en médecine tout de suite après la formation collégiale, sans année

21 Analyse réalisée par l'UQ à partir des données du Cube des admissions du BCI (ensemble des candidats). Elle porte sur l'évolution du nombre de nouvelles personnes inscrites au baccalauréat en médecine dans les établissements à charte, parmi les sortants des collèges, selon la région administrative du collège de provenance. Les données couvrent la période de 2020 à 2025, sauf pour le Bas-Saint-Laurent, où seules les années 2022 à 2025 ont été retenues afin de tenir compte de l'ouverture du campus de l'Université Laval à Rimouski en 2022.

préparatoire, le programme propose des critères de sélection entièrement repensés afin d'assurer une cohérence directe avec ses cibles stratégiques et ses valeurs, notamment la promotion de la médecine de famille, de la pratique en région rurale ou éloignée et de l'intervention auprès de populations en situation de vulnérabilité (voir la section 3.3.3). Rappelons que le programme a l'ambition de recruter au moins 75 % de sa cohorte parmi des personnes issues de régions rurales ou éloignées ou de populations actuellement moins bien desservies, contribuant ainsi à un meilleur arrimage entre la formation médicale et les besoins réels des territoires. Les modalités d'admission mises de l'avant dans le programme MD-UQ s'inspirent notamment de certaines approches globales d'admission (par exemple SFU) où les parcours, l'engagement communautaire et les expériences de vie sont davantage valorisés afin de favoriser une diversité de profils, sans perdre de vue les critères académiques.

De même, en collaboration avec ses partenaires du milieu de l'enseignement supérieur, l'UQ propose aussi d'aller plus loin que ce qui existe actuellement dans le repérage hâtif des candidats à fort potentiel dans les milieux et communautés ciblées afin de les accompagner dans leur cheminement vers la réussite du processus d'admission.

Les mots des acteurs mobilisés

L'ajout d'une nouvelle faculté ne devrait pas avoir pour effet de redistribuer les étudiants déjà admissibles entre un plus grand nombre d'établissements. Si l'objectif poursuivi est d'augmenter véritablement la capacité de formation médicale au Québec, la réflexion ne devrait pas se limiter à la création de nouvelles places ou de nouvelles structures. ***Elle devrait également porter sur la manière dont nous identifions et sélectionnons les futurs médecins.*** *À cet égard, la création d'une nouvelle faculté pourrait constituer une occasion de repenser certains paramètres d'admission afin de mieux répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé. Sans remettre en question l'importance de l'excellence académique, il apparaît pertinent de se demander si la médecine de famille, discipline essentielle à la performance globale du réseau, ne justifie pas une appréciation plus diversifiée des candidatures. […] Une telle approche pourrait permettre d'identifier et de former davantage de futurs médecins dont le profil est particulièrement bien adapté aux réalités de la première ligne, des communautés rurales et des régions du Québec, tout en maintenant des standards de qualité et de compétence auxquels la population est en droit de s'attendre.*

Santé Québec Gaspésie
(Tiré de l'Annexe 9)

Former dans les milieux où se vivent les réalités de la première ligne

Inspiré d'autres initiatives (voir l'Annexe 3), le programme MD-UQ propose d'aller plus loin que le modèle en vigueur dans les programmes québécois en structurant l'ensemble du curriculum de manière longitudinale intégrée sur quatre ans, sans rupture nette entre la formation préclinique et l'externat. Cela permet aux personnes étudiantes de développer progressivement leurs compétences grâce à une exposition précoce, intensive et continue à une diversité de milieux de soins en région et en milieux urbains défavorisés où se vivent concrètement les besoins de première ligne, de prévention, de santé publique et de soins aux populations vulnérables. La continuité des apprentissages à même un territoire et ses équipes de soins devient un levier pédagogique central plutôt qu'une expérience ponctuelle. La présence des personnes étudiantes pendant plusieurs années dans les mêmes milieux de pratique permet à ces milieux de compter sur une stabilité du stagiaire. Ils pourront donc compter sur une personne qui sera plus rapidement, et sur le long terme, un membre de l'équipe et non uniquement un observateur à former. Alors que les facultés existantes demeurent structurées selon un modèle hospitalo-universitaire, le programme MD-UQ propose une approche intégrée et cohérente qui ne saurait être reproduite par la simple addition d'activités complémentaires. Le Tableau 3 compare le modèle d'externat traditionnel, celui d'externats longitudinaux intégrés (ÉLI) ainsi que les éléments distinctifs du programme MD-UQ.

TABLEAU 3. COMPARAISON DE L'EXTERNAT TRADITIONNEL, DU MODÈLE ÉLI ET DE LA PROPOSITION DU PROGRAMME MD-UQ

Dimension	Externat traditionnel	ÉLI	Programme MD-UQ
Structure générale	Externat distinct de 2 ans après la formation préclinique (2 ans)[22]	Externat de 2 ans, dont environ 1 an en formule longitudinale, après la formation préclinique	Curriculum longitudinal intégré sur les 4 années de formation médicale
Place de la formation clinique	Principalement concentrée aux années 3 et 4	Principalement concentrée aux années 3 et 4	Répartie progressivement de l'an 1 à l'an 4
Transition préclinique-clinique	Rupture importante entre la formation préclinique et l'externat	Rupture maintenue malgré l'ÉLI	Absence de rupture
Caractère longitudinal	Faible, stages par rotations de 4 à 6 semaines	Longitudinal pendant une période limitée (9 à 10 mois)	Longitudinal tout au long du programme (4 ans)
Accès au modèle	Obligatoire pour toutes les personnes étudiantes à moins d'opter pour un ÉLI	Au choix, pour une minorité de personnes étudiantes	Pour toutes les personnes admises
Continuité avec les patients et les superviseurs	Limitée	Modérée à élevée, mais seulement pendant l'ÉLI	Élevée sur plusieurs années

22 Dans cette structure, en termes d'exigence d'admission, deux des quatre facultés actuelles au Québec imposent une année de formation supplémentaire (année préparatoire exigée pour UdeM et McGill) et la formation à l'Université Laval est d'une durée de quatre à cinq ans, variable selon le cheminement et le milieu d'enseignement.

Dimension	Externat traditionnel	ÉLI	Programme MD-UQ
Présence dans les communautés autochtones	Limitée	Limitée	Élément structurant du programme
Exposition à l'interdisciplinarité	Limitée	Partielle	Élément structurant du programme
Milieux de formation	CHU et CHAU (hôpitaux régionaux pour stage de 6 semaines en région pour la médecine de famille)	Hôpitaux régionaux et GMF-U	Réseau diversifié de milieux cliniques et communautaires[23]
Orientation dominante	Formation hospitalière spécialisée	Formation régionale intégrée	Formation centrée sur les communautés et les besoins populationnels
Première ligne et santé publique	Présence limitée	Plus importante	Élément structurant du programme
Médecins de famille formateurs	Présence limitée	Plus importante	Présence fondamentale

23 CLSC, centres multiservices, GMF, CH régionaux qui sont peu ou pas mobilisés par les programmes existants, directions régionales de santé publique, CHSLD, maisons des aînés, cliniques de médecine de famille ou spécialisées, centres de soins en territoire autochtone, réseau de cliniques universitaires de l'UQ, services préhospitaliers d'urgence, domicile des patients, centres de réadaptation ou d'hébergement, centres professionnels (optométrie, nutrition, physiothérapie, pharmacie, etc.) organismes communautaires (centre d'accueil pour immigrants, itinérants, toxicomanes ou en situation de dépendance, organismes de soutien aux patients (par exemple diabète) et autres milieux pertinents.

Favoriser la rétention grâce à un continuum d'appartenance et de pratique

Depuis le début des années 2000, le Québec a accru sa capacité de formation médicale grâce à une hausse des admissions et au déploiement de la formation décentralisée. Cette expansion s'est accélérée depuis 2018, avec une augmentation de près de 40 % des admissions, notamment rendue possible par la multiplication des sites délocalisés. Si ces sites permettent de former davantage de personnes étudiantes en dehors des grands centres, ils demeurent néanmoins peu adaptés aux réalités territoriales. Au mieux, 28 % des personnes étudiantes qui sont formées au doctorat dans les sites délocalisés choisissent de demeurer dans leur région de formation[24].

Tant les modes de recrutement que les modalités de formation et le parcours des personnes étudiantes permettront d'atteindre les cibles de rétention plus ambitieuses que s'est fixé le programme MD-UQ.

De plus, contrairement au modèle actuel, où l'accompagnement des médecins en région repose souvent sur des initiatives locales variables et où les liens avec l'université tendent à s'amenuiser après la diplomation, le programme MD-UQ propose un continuum structuré entre la formation, l'entrée en pratique et le développement professionnel tout au long de la carrière. L'engagement de l'UQ envers la rétention des médecins ne se limite pas à la période de formation, mais s'étend à leur insertion professionnelle grâce au maintien de communautés de pratique, à l'accès à des activités de développement professionnel continu, et à leur intégration dans des réseaux de recherche, d'innovation et d'enseignement ancrés dans les réalités régionales. En s'appuyant sur la forte présence territoriale de l'UQ et sur son expertise en partenariats communautaires, le programme contribue à créer et à soutenir de véritables écosystèmes académiques régionaux, offrant aux nouveaux médecins des occasions durables de collaboration, de recherche et de formation de la relève. Cette approche se distingue des modèles existants en renforçant le sentiment d'appartenance professionnelle et universitaire aux régions, en réduisant l'isolement pouvant être vécu dans certains milieux et en favorisant un engagement à long terme envers la pratique régionale.

4.2.3 Renforcer la première ligne par une formation fondée sur le généralisme et la continuité des soins

Une cible stratégique du programme MD-UQ consiste à amener 75 % des personnes diplômées à choisir une résidence en médecine de famille. Le renforcement de la première ligne est au cœur des transformations du RSSS et nécessite la formation de médecins capables de répondre à des problématiques de santé variées, complexes et souvent indifférenciées. Dans ce contexte, la thématique transversale **Généralisme** constitue un élément structurant et distinctif du programme MD-UQ. Par une reconfiguration du modèle de formation traditionnellement centré sur les grands centres hospitaliers universitaires, le programme privilégie une formation ancrée dans

24 Données uniquement pour les sites délocalisés de formation médicale en Mauricie (Université de Montréal) (Simard-Blouin, 2024) et à Saguenay (Université de Sherbrooke) (CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean, 2026), les autres campus délocalisés étant trop récents pour produire des résultats sur la rétention. Certains finissants choisissent aussi d'avoir une pratique dans d'autres régions éloignées. C'est le cas de 13 % des finissants de l'Université de Sherbrooke du campus délocalisé de Saguenay.

les milieux de proximité, tels que les GMF, les CLSC, les milieux communautaires et les établissements régionaux, afin d'exposer les personnes étudiantes aux réalités de la première ligne dès le début de leur parcours. Au-delà de l'ajout de stages en médecine de famille, le programme valorise le généralisme comme un champ d'expertise essentiel au RSSS et comme un cadre structurant de l'ensemble du curriculum. Cette approche favorise une exposition intégrée aux trajectoires de soins et aux disciplines médicales, le maintien d'une continuité relationnelle avec les patients et les équipes, ainsi que le développement progressif des compétences cliniques dans des contextes réels de soins.

De plus, les personnes étudiantes seront accompagnées tout au long de leur formation par un médecin de famille mentor. En favorisant une exposition soutenue à des modèles de rôle engagés et à la réalité de la pratique, cette approche vise à renforcer l'attractivité de la médecine de famille et à susciter un intérêt durable pour cette discipline essentielle au système de santé.

Le programme MD-UQ s'inscrit en complémentarité avec les efforts déployés par les facultés de médecine québécoises pour renforcer la place de la médecine de famille et des soins de première ligne dans la formation médicale. Des stages obligatoires en médecine de famille ainsi que certaines initiatives longitudinales ou en milieu rural sont déjà offerts (voir le Tableau 3). Toutefois, dans plusieurs programmes, la formation demeure principalement organisée selon un modèle hospitalo-universitaire où les expériences en première ligne occupent une place plus limitée, moins longitudinale ou réservée à un nombre restreint de personnes étudiantes. L'exposition à des modèles de rôle en médecine de famille est aussi moins soutenu que pour les autres spécialités[25]. Le programme MD-UQ propose plutôt de faire de l'exposition clinique en milieu de première ligne et de l'exposition à des modèles de rôle en médecine de famille des éléments centraux de son architecture pédagogique, permettant à l'ensemble des personnes étudiantes de développer progressivement leurs compétences dans les milieux où se manifestent concrètement les enjeux de prévention, de santé publique, de soins de proximité et d'accompagnement des populations vulnérables. Cette orientation s'inspire de programmes ayant démontré qu'une immersion prolongée dans les communautés et les milieux de première ligne favorise l'orientation vers la médecine de famille, la rétention en région et le développement d'une pratique généraliste mieux adaptée aux besoins des populations.

La philosophie du généralisme constitue un levier central de réponse aux besoins actuels du RSSS. En faisant du généralisme une thématique transversales du curriculum, le programme MD-UQ vise à former des médecins capables d'exercer dans une diversité de contextes tout en conciliant rigueur clinique, responsabilité sociale et engagement envers les populations.

25 En 2024-2025 au Québec, 62 % des médecins ayant facturé des activités d'enseignement à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) étaient des spécialistes. (Analyse par l'UQ des données de la RAMQ).

4.2.4 Former en intégrant des compétences humaines, scientifiques et cliniques dans la complexité des soins

Dans un contexte de transformation rapide des savoirs médicaux et de complexification des trajectoires de soins, la formation doit englober l'ensemble des dimensions de la pratique médicale, de la prévention à la palliation, en passant par le diagnostic, le traitement, la réadaptation, la communication, la relation thérapeutique et l'éthique. Elle doit également favoriser l'intégration de compétences complémentaires permettant de répondre à des situations cliniques influencées par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et organisationnels. Dans ce contexte, la thématique transversale des **Compétences humaines, scientifiques et cliniques** constitue un élément structurant du programme MD-UQ.

Par l'immersion clinique précoce, intensive, continue et structurante proposée dans le programme MD-UQ, les apprentissages scientifiques, cliniques et humains se construisent progressivement dans des contextes réels de soins, en interaction avec les équipes et les communautés. Contrairement à la structure plus séquentielle généralement observée dans les programmes de médecine québécois, marquée par une distinction entre la phase préclinique et l'externat, le programme MD-UQ privilégie une continuité des apprentissages tout au long du parcours dans des milieux cliniques, communautaires et interprofessionnels. Cette approche est alignée sur les besoins actuels du RSSS et requiert des médecins capables d'intervenir dans des contextes multiples et auprès de populations aux profils diversifiés. Elle s'inspire d'autres modèles ayant démontré la valeur pédagogique d'une exposition clinique précoce et structurée.

4.2.5 Construire une médecine collaborative : partenariat, interprofessionnalité et responsabilité partagée des soins

La transformation actuelle du RSSS repose sur la capacité des acteurs à travailler ensemble de façon intégrée et centrée sur les besoins des personnes, de leurs proches et des communautés. Dans un contexte marqué par la complexification des trajectoires de soins, la multiplication des intervenants et la fragmentation des services, le partenariat devient un levier essentiel pour assurer la qualité, la continuité et la pertinence des soins.

Les facultés de médecine québécoises accordent déjà une place importante à la responsabilité sociale, à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat avec les personnes et les communautés. Elles reconnaissent d'ailleurs collectivement la nécessité de renforcer les collaborations interprofessionnelles et intersectorielles, ainsi que les partenariats avec les milieux d'enseignement, les communautés, les décideurs, les professionnels et les gestionnaires. Malgré ces avancées, les acteurs communautaires et du RSSS s'entendent largement sur le fait que le plein potentiel de ces collaborations demeure à réaliser et que des défis importants persistent en matière d'intégration des soins et des services.

C'est dans cette perspective que la thématique transversale **Partenariat et travail en équipe** constitue un élément distinctif du programme MD-UQ. Sa particularité ne réside pas uniquement dans la présence d'activités de collaboration, mais également dans la place structurante accordée à cette dimension dans l'ensemble du projet. La collaboration traverse les valeurs, le curriculum, les milieux de formation, les partenariats territoriaux et le modèle de gouvernance. Elle n'est pas envisagée uniquement comme une compétence à acquérir, mais comme une manière de concevoir, d'organiser et d'améliorer les soins et les services.

Cette approche s'appuie sur une caractéristique unique de l'Université du Québec. Alors que les autres facultés de médecine se sont historiquement développées autour de la médecine, le programme MD-UQ est conçu au sein d'un réseau universitaire qui a développé depuis plusieurs décennies une expertise reconnue dans une grande diversité de disciplines en SSS (voir la section 4.3.1). Cette réalité permettra de coconstruire la formation avec des professionnels issus de multiples champs d'expertise et de les impliquer activement dans le développement du curriculum et de ses activités pédagogiques. Les personnes étudiantes évolueront ainsi dans des environnements d'apprentissage où la compréhension des rôles, la communication, le déploiement optimal des compétences et la prise de décision partagée feront partie intégrante de leur formation dès le début du parcours.

Les mots des acteurs mobilisés

La Corporation accueille favorablement [le programme MD-UQ], qui représente une occasion de repenser l'organisation des soins de proximité afin de mieux répondre aux besoins grandissants de la population québécoise. […] Il apparaît essentiel de développer des modèles de formation et de pratique qui favorisent une première ligne plus accessible, intégrée et durable. Nous estimons […] que ce projet offre une occasion unique de mieux intégrer la médecine préhospitalière au continuum des soins de première ligne, en développant une vision plus globale de la médecine parahospitalière. […]

Corporation des paramédics du Québec (CPQ)
(Tiré de l'Annexe 9)

Le programme vise également à dépasser une conception strictement **interprofessionnelle** de la **collaboration** pour intégrer pleinement sa dimension **intersectorielle**. Cette vision se traduira concrètement par des apprentissages réalisés dans des contextes cliniques et communautaires authentiques. L'affiliation des personnes étudiantes à des territoires d'apprentissage plutôt qu'à un seul milieu de stage (voir la section 3.2.1) leur permettra de comprendre l'ensemble de l'écosystème dans lequel les personnes naviguent : soins de première ligne, services sociaux, organismes communautaires, établissements d'enseignement, municipalités et autres partenaires locaux. Des mécanismes d'intermédiation et de coconstruction déjà présents au sein des établissements universitaires de l'UQ, notamment à travers diverses initiatives de collaboration avec les collectivités, offrent des bases solides pour soutenir cette approche (voir la section 4.3.3).

Enfin, le programme lui-même constitue une démonstration du modèle qu'il souhaite promouvoir. Son développement repose sur une démarche de coconstruction avec les milieux cliniques, les autres professionnels de la santé et des services sociaux, les regroupements de patients et de proches, les communautés autochtones, les organismes communautaires, les cégeps et les partenaires régionaux. Le partenariat n'est donc pas seulement un contenu enseigné; il correspond également à la façon dont la formation est conçue et gouvernée.

La contribution distinctive du programme MD-UQ tient ainsi à sa capacité de réunir, au sein d'un même projet de formation, la médecine, les autres professions de la santé et des services sociaux, les savoirs expérientiels des personnes et de leurs proches, les expertises intersectorielles et la connaissance fine des territoires. En intégrant ces forces au service d'une formation ancrée dans les réalités de la première ligne et des populations insuffisamment desservies, le programme formera des médecins capables d'exercer une responsabilité clinique, sociale et populationnelle véritablement partagée.

L'analyse des programmes recensés met en évidence une tendance forte vers des modèles de formation davantage ancrés dans les communautés. Plusieurs initiatives, notamment celles de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, de SFU, de TMU, de Charles Darwin University, de Flinders University, de University of California et du modèle WWAMI de l'Université de Washington, misent sur une immersion précoce et prolongée dans les milieux de vie afin d'exposer les personnes étudiantes aux réalités des populations qu'elles seront appelées à desservir. Cette approche, qui reconnaît les communautés comme des partenaires de la formation, constitue une source d'inspiration importante pour le programme MD-UQ et est cohérente avec ses objectifs de responsabilité sociale, de proximité avec les populations et de rétention en région (voir l'Annexe 3).

4.2.6 Préparer la médecine de demain : IA, innovations et transformation des pratiques

Les transformations numériques en cours dans le RSSS, notamment le déploiement de la télémédecine, l'accès aux données de santé et l'intégration croissante de l'IA, exigent une adaptation profonde de la formation médicale. L'IA transforme déjà les pratiques cliniques, les modalités de diagnostic, la gestion des parcours patients et l'organisation des soins. Cette évolution ne se limite pas à l'introduction de nouveaux outils : elle modifie la nature du travail clinique, la relation entre les patients et les soignants, ainsi que les compétences requises pour exercer la médecine dans les années à venir. Bien que les compétences liées à l'IA et aux technologies numériques ne soient pas encore explicitement intégrées au référentiel CanMEDS, les concepts émergents proposés pour la version attendue à l'automne 2026 suggèrent qu'elles occuperont une place de plus en plus importante dans la définition des compétences (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada *et al.*, s. d.). Dans ce contexte, la thématique transversale **Intelligence artificielle, les technologies émergentes et les innovations** constitue un élément distinctif du programme MD-UQ.

Afin de baliser ses travaux, l'UQ a fait réaliser une analyse internationale de l'intégration de l'IA dans les programmes de médecine (voir l'Annexe 3). Réalisée par la Fondation EdHu2050 (2026), cette analyse de dix programmes universitaires en formation médicale présente un portrait actuel des efforts déployés par les grandes facultés de médecine à travers le monde pour intégrer l'IA à leurs programmes de formation et préparer les futurs médecins à cette nouvelle réalité. Deux approches de formation en IA se dégagent : l'une vise à former des médecins utilisateurs des outils d'IA (profil adaptatif), tandis que l'autre cherche à former des médecins capables de comprendre, d'intégrer et de piloter l'utilisation de l'IA dans leur pratique et dans les systèmes de soins (profil intégré). Le programme MD-UQ privilégiera cette seconde approche. À cet égard, l'expérience de l'Université de Mons, reconnue comme pionnière dans l'intégration structurée de l'IA dans la formation médicale, constitue une source d'inspiration importante. Des collaborations sont d'ailleurs envisagées avec le Pr Anthony Briganti, concepteur de ce programme, afin de soutenir le développement du programme MD-UQ.

Dans le programme MD-UQ, les technologies émergentes ne sont pas étudiées comme une fin en soi, mais comme des leviers permettant d'améliorer l'accès aux soins, la continuité des services et l'équité territoriale, particulièrement dans les régions rurales ou éloignées et auprès des populations moins bien desservies. Le programme vise ainsi à développer une littératie numérique critique permettant aux futurs médecins :

- d'évoluer dans un environnement technologique en constante transformation ;
- d'interagir de manière éclairée avec des systèmes complexes ;
- de participer au développement de ces systèmes ;
- d'en évaluer la pertinence dans des contextes cliniques variés.

Bien que la plupart des facultés québécoises disposent de centres de simulation et d'initiatives en santé numérique, ces dernières demeurent souvent des composantes pédagogiques complémentaires plutôt qu'un axe structurant du curriculum. À l'inverse, l'analyse des nouveaux programmes recensés révèle une tendance croissante à intégrer les technologies numériques comme un élément central de la formation médicale. Des initiatives observées notamment à SFU et à TMU accordent une place importante à la santé numérique, aux soins virtuels, à l'utilisation des données de santé ainsi qu'aux enjeux éthiques, cliniques et organisationnels liés à l'IA. Ces programmes visent non seulement à former des utilisateurs de technologies compétents, mais également des médecins capables d'en comprendre les fondements, d'en évaluer les bénéfices et les limites, et d'en accompagner l'intégration dans les systèmes de santé.

Le programme MD-UQ s'inscrit dans cette perspective en intégrant les technologies émergentes, l'IA et l'innovation de manière transversale à l'ensemble du curriculum. Celles-ci constituent à la fois des objets d'apprentissage, de réflexion critique et d'expérimentation permettant aux personnes étudiantes de développer les compétences nécessaires pour exercer dans un système de santé en transformation. Contrairement à plusieurs programmes où les activités en santé numérique ou en innovation clinique demeurent en marge du curriculum (par exemple le projet de recherche à l'Université Thomas Jefferson ou les modules réflexifs à l'EMNO),

les personnes étudiantes du programme MD-UQ participeront à des projets d'innovation, de codéveloppement et d'amélioration des pratiques réalisés en partenariat avec les communautés, les établissements du RSSS et les autres disciplines de l'UQ.

La force distinctive du programme repose sur le choix de mobiliser des expertises complémentaires en ingénierie, en sciences des données, en IA, en gouvernance et en innovation sociale afin de développer des projets interdisciplinaires répondant à des besoins identifiés dans les communautés et les milieux de pratique. La mise en œuvre de cette approche s'appuie également sur des environnements favorisant l'expérimentation pédagogique, notamment la simulation, les environnements virtuels, la télémédecine et les outils d'apprentissage à distance (voir la section 4.3.2).

Le programme ne vise pas seulement à répondre aux besoins actuels du RSSS, mais à préparer les médecins à exercer dans un environnement où l'IA, l'analyse des données, l'interopérabilité des systèmes, les soins virtuels et la médecine personnalisée occuperont une place croissante dans la prestation des soins. Son caractère distinctif réside dans la formation de médecins capables d'agir comme utilisateurs critiques, évaluateurs et coconcepteurs de ces innovations, afin d'en faire des leviers d'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'équité des soins ainsi que des agents de changement au sein même du RSSS.

4.2.7 Soutenir la durabilité de la profession médicale : bien-être, équilibre de vie et prévention de l'épuisement professionnel

La thématique transversale **Équilibre de vie** constitue un élément fondamental du programme MD-UQ. Elle repose sur la reconnaissance du fait que la qualité de la formation, la sécurité des patients et la pérennité du RSSS sont étroitement liées au bien-être des personnes en formation et des médecins en exercice. Considéré comme une dimension essentielle de la formation médicale et de la culture professionnelle à coconstruire, l'équilibre de vie répond à des enjeux bien documentés, notamment :

- la détresse psychologique chez les personnes étudiantes (CMQ, 2023, 2024) et les médecins en pratique (Sourial *et al.*, 2026) ;
- les risques d'épuisement professionnel ;
- les difficultés d'attraction et de rétention dans certaines spécialités et régions.

Cette approche s'inscrit dans une vision où la santé des soignants est reconnue comme une condition essentielle à la qualité des soins et à la performance du système de santé.

Si plusieurs facultés québécoises ont mis en place des services de soutien et des initiatives favorisant le bien-être étudiant, ces mesures demeurent souvent ponctuelles ou interviennent principalement en réponse à des difficultés déjà manifestes. Le programme MD-UQ adopte pour sa part une approche plus intégrée et préventive, structurée autour d'axes complémentaires, plus précisément :

- le bien-être comme compétence professionnelle ;

- une approche proactive, longitudinale et intégrée ;
- l'accompagnement et le soutien personnalisé des personnes étudiantes ;
- la promotion d'une nouvelle culture médicale, notamment par la prise en compte des facteurs organisationnels, du curriculum caché et du bien-être (Côté *et al.*, 2019).

Sur le plan pédagogique, cette thématique se traduit par l'intégration d'approches complémentaires visant à favoriser la conscience de soi, la résilience et la régulation émotionnelle. Celles-ci comprennent, entre autres, la pratique réflexive structurée, des espaces d'échanges encadrés, des activités favorisant la pleine conscience et l'attention au vécu clinique, des dispositifs de mentorat et d'accompagnement, en particulier au sein d'équipes interprofessionnelles, ainsi que la promotion de saines habitudes de vie, dont l'activité physique.

Le programme prévoit également des activités de parrainage, plus précisément avec des médecins de famille. Cette approche s'inspire de programmes offrant un accompagnement longitudinal, un soutien personnalisé, du mentorat en milieu communautaire ou l'attribution d'un conseiller pédagogique dès l'entrée en formation (par exemple WWAMI, McMaster University, University of Calgary, Thomas Jefferson University).

Dans le contexte de la médecine de famille et de la première ligne, cette thématique revêt une importance particulière en raison de la complexité clinique, de l'incertitude et de la charge émotionnelle associées à ces milieux de pratique. Le programme vise ainsi à développer chez les personnes étudiantes une tolérance à l'ambiguïté, une réflexion critique sur leurs limites professionnelles et des stratégies d'adaptation favorisant une pratique saine et durable face aux situations cliniques exigeantes.

Dans un contexte de formation décentralisée et hybride, le programme accorde une attention particulière aux risques d'isolement associés à l'éloignement géographique et à la dispersion des cohortes. Des stratégies favorisant les interactions sociales, la cohésion des groupes, le sentiment d'appartenance et une vie étudiante dynamique seront mises en place en s'appuyant sur l'expertise de l'UQ, notamment sur la longue expérience de certains établissements universitaires de l'UQ, en formation à distance et en pédagogie innovante (voir la section 4.3.4).

Ainsi, le programme MD-UQ se distingue des autres facultés de médecine par son engagement à promouvoir une culture médicale où le bien-être des apprenants et des médecins est structurant et reconnu comme une condition essentielle à la qualité des soins, à la pérennité du système de santé et à la réponse aux besoins des communautés.

4.2.8 Une occasion unique de transformer la formation médicale québécoise

L'innovation du programme MD-UQ ne repose pas sur une initiative isolée, mais sur différents éléments structuraux et sur l'intégration systématique de six thématiques transversales au sein d'un curriculum longitudinal conçu autour des besoins des communautés, de la première ligne et des transformations actuelles du RSSS. Le programme MD-UQ propose une vision intégrée et cohérente de la formation médicale afin de former des médecins aptes à exercer

dans des contextes complexes, diversifiés et en constante évolution. Cette approche se distingue par l'intégration structurante et longitudinale de cette vision tout au long du parcours de formation, en complémentarité avec les initiatives déjà présentes au Québec et ailleurs.

Alors que pas moins de cinq nouveaux programmes de médecine sont actuellement en émergence ailleurs au Canada[26], le Québec n'a pas créé de nouvelle faculté de médecine depuis plus de 60 ans. Pourtant, au cours de cette même période, la population québécoise est passée d'environ 5,8 millions d'habitants en 1966 à plus de 9 millions aujourd'hui, soit une croissance de plus de 57 % (ISQ, 2026a). Cette évolution s'est accompagnée d'une transformation profonde des besoins de santé, marquée par le vieillissement de la population, la croissance de l'incidence des maladies chroniques et une demande accrue pour des soins accessibles et intégrés. Cette situation représente une occasion unique d'investir dans un projet innovant susceptible de positionner le Québec parmi les juridictions les plus avancées en matière de formation médicale, de déploiement des soins et d'accès aux services de santé et de mieux-être.

Au cours des derniers mois, l'UdeM et l'UdeS ont chacune présenté des projets visant à répondre à des besoins non comblés dans certaines régions. La proposition de l'UQ partage avec ces initiatives la volonté de favoriser la formation et l'établissement de médecins en région, mais elle s'en distingue par sa portée et par le degré d'intégration de cette orientation au programme.

Selon les informations disponibles, l'UdeM propose une voie ciblée au sein de son programme actuel, destinée à un nombre limité de personnes qui s'engagent dès l'admission envers la médecine de famille en région et auxquelles une place de résidence régionale (parmi les plus difficiles à combler) est réservée sans avoir à passer par le processus de jumelage du CaRMS. Ces personnes feront leur formation préclinique dans les campus délocalisés déjà existants (Trois-Rivières ou Saint-Jérôme) et leurs externats dans des GMF-U de la Mauricie et des Laurentides (Cousineau, 2026b). De son côté, l'UdeS étend progressivement son modèle de formation délocalisée au Centre-du-Québec : les personnes admises au campus de Drummondville passeront leurs deux premières années d'étude à Sherbrooke, puis deux années d'externat dans la région (Hamelin, 2026). Ces deux modèles proposent des ajustements aux modèles existants, alors que l'UQ propose un modèle complètement revisité, tant sur le plan du recrutement et de l'admission, que sur le plan du modèle et des lieux de formation, de l'intégration précoce dans les communautés et du continuum de soutien avant, pendant et après les études.

Pris individuellement, certains éléments du modèle proposé par l'UQ se retrouvent déjà dans des programmes de médecine au Québec Le caractère distinctif du programme MD-UQ réside dans leur intégration simultanée, systématique et longitudinale pour l'ensemble des personnes étudiantes. Le Tableau 4 résume les principaux éléments distinctifs du programme MD-UQ.

26 Les cinq nouveaux programmes en émergence au Canada et l'année prévue de leur première cohorte :
- Cape Breton Medical Campus (campus délocalisé du programme de médecine de Dalhousie University) – 2025
- Toronto Metropolitan University School of Medicine – 2025
- Memorial University Faculty of Medicine à University of Prince Edward Island – 2025
- Simon Fraser University School of Medicine – 2026
- York University School of Medicine – 2028

TABLEAU 4 : LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DISTINCTIFS DU PROGRAMME MD-UQ

Dimension	De façon générale dans les programmes québécois	Programme MD-UQ
Cible de rétention claire et ambitieuse	Difficultés à attirer et maintenir les nouveaux médecins dans les territoires éloignés, moins densément peuplés ou à forte concentration de populations vulnérables	75 % des personnes diplômées exerceront dans ces territoires ou auprès de populations moins bien desservies
Ancrage territorial	Stages régionaux ou expériences délocalisées souvent ponctuelles ou limitées à certains sites	Formation conçue autour des territoires, avec immersion soutenue dans les communautés et les milieux de pratique tout au long du parcours d'apprentissage
Recrutement étudiant	Cohortes majoritairement issues des centres urbains et de milieux socioé-conomiques favorisés	Recrutement ciblé visant prioritairement les régions rurales ou éloignées, les Premiers Peuples et les populations moins bien desservies
Parcours des personnes étudiantes	Parcours généralement uniformisé	Durée modulable (parcours accéléré, standard ou prolongé) Accès direct à la résidence en médecine de famille pour certaines personnes
Sécurisation culturelle et équité en santé	Activités souvent concentrées dans certains cours ou stages	Intégration transversale et longitudinale à l'ensemble du curriculum et des activités pédagogiques
Formation préclinique et clinique	Modèle généralement séquentiel : formation préclinique suivi de l'externat	Curriculum longitudinal intégré sur quatre ans, sans rupture marquée entre l'apprentissage théorique et clinique
Milieux de stage	Principalement en hôpital et en GMF-U	Diversification et optimisation des milieux de stage

Dimension	De façon générale dans les programmes québécois	Programme MD-UQ
Première ligne et généralisme	Importance variable selon les programmes ; prédominance du modèle hospitalo-universitaire	Première ligne, généralisme et médecine de famille comme principes organisateurs du curriculum
Continuité de la formation clinique	Expériences longitudinales souvent réservées à certaines personnes étudiantes qui en font le choix (p. ex. ÉLI)	Continuité des apprentissages, des milieux, des patients et des équipes pour l'ensemble des personnes étudiantes
Partenariat et travail en équipe	Activités de collaboration interprofessionnelle principalement sous forme de cours ou d'activités ponctuelles	Intégration systématique du partenariat, du travail interprofessionnel et de la collaboration intersectorielle en contextes réels
Engagement communautaire	Activités communautaires variables selon les stages ou les intérêts des personnes étudiantes	Projet longitudinal d'intervention communautaire et de santé publique intégré à la formation
Innovation et transformation numérique	Santé numérique, simulation et IA souvent abordées comme composantes complémentaires	Intégration transversale des innovations technologiques, sociales et organisationnelles à l'ensemble du parcours d'apprentissage
Bien-être et équilibre de vie	Mesures principalement palliatives ou périphériques au curriculum	Bien-être considéré comme une compétence professionnelle et intégré de façon explicite et longitudinale
Mission sociale	Présente dans plusieurs programmes, mais souvent dispersée entre différentes initiatives	Responsabilité sociale ancrée dans la mission fondatrice de l'UQ, comme principe structurant reliant recrutement, formation, recherche, partenariats et rétention
Modèle institutionnel	Facultés centrées sur un campus principal en région urbaine et ses sites délocalisés	Réseau de dix établissements ancrés dans tous les territoires et mobilisés autour d'une vision commune de la formation médicale

Pour concrétiser sa vision, l'UQ peut s'appuyer sur un réseau unique de dix établissements répartis sur l'ensemble du territoire québécois et profondément enracinés dans leurs communautés. Cette force collective lui confère une capacité exceptionnelle de mobilisation en enseignement, en recherche et en innovation afin de contribuer au renouvellement de la formation médicale, au renforcement de la première ligne et à la réponse aux besoins du RSSS. La section suivante présente plus spécifiquement les forces académiques des établissements universitaires de l'UQ permettant de soutenir la mise en œuvre et la viabilité de cette vision de la formation médicale au Québec.

4.3 L'opportunité institutionnelle : les forces et la complémentarité des établissements universitaires de l'UQ au service du programme MD-UQ

Depuis sa création, « l'UQ peut compter sur un système universitaire solide, diversifié et actif partout sur le territoire. Les établissements ne sont pas présents dans un milieu, ils en font partie […], ils sont des milieux de vie […]. Les établissements en sont parties prenantes, ils s'y engagent » (Doray *et al.*, 2018, p. IX et XI). Cette culture d'engagement se reflète également dans la gouvernance de l'UQ, où les chefs d'établissement agissent de manière concertée afin de faire progresser des projets structurants d'intérêt collectif. Leur mobilisation commune envers le programme MD-UQ constitue un atout majeur pour sa réalisation et son déploiement à l'échelle du Québec.

Cette façon d'opérationnaliser la mission de l'UQ a donné lieu à une vision particulière du développement académique tant en formation qu'en recherche, ancré dans les besoins des communautés et de leurs territoires. La posture d'ouverture à ses milieux a notamment favorisé le recrutement de personnes étudiantes dans leurs milieux de vie respectifs, le développement de plusieurs programmes de formation, dont certains spécifiques aux établissements universitaires de l'UQ, ainsi qu'une production scientifique à fort impact, que l'on retrouve citée dans plusieurs politiques publiques.

Les opportunités institutionnelles offertes par l'UQ reposent sur quatre dimensions complémentaires :

1. une expertise reconnue dans la formation en SSS, ainsi qu'en collaboration interprofessionnelle ;
2. un écosystème de recherche interdisciplinaire mature ;
3. un ancrage territorial unique au Québec ;
4. une expertise éprouvée en formation et en accompagnement, en présence comme à distance, permettant de rejoindre et de soutenir une diversité de personnes étudiantes sur l'ensemble du territoire.

Ensemble, ces forces créent un environnement particulièrement propice au développement du programme MD-UQ. En s'appuyant sur les cinq piliers qui définissent la vision de la médecine portée par le programme MD-UQ, tels que décrits dans la section 3.1.1, les sections qui suivent présentent plus en détail les forces institutionnelles[27] de l'UQ et montrent comment elles contribuent à la mise en œuvre du programme MD-UQ.

4.3.1 Une expertise reconnue en SSS et en collaboration interprofessionnelle au service des communautés

La transformation des soins et services de santé repose de plus en plus sur la capacité des professionnels à exercer de façon collaborative, en partenariat avec les personnes, leurs proches, les communautés ainsi qu'avec les acteurs des secteurs SSS, de l'éducation et du milieu communautaire. En cohérence avec les piliers **Médecine collaborative** et **Médecine communautaire**, le programme MD-UQ vise à former des médecins aptes à évoluer dans des environnements interdisciplinaires complexes et à répondre aux besoins des populations dans toute leur diversité.

Grâce à l'étendue de son offre de formation en SSS, à son expertise reconnue en collaboration interprofessionnelle, à ses nombreux partenariats avec le RSSS, les milieux communautaires et les autres établissements universitaires, ainsi qu'à sa présence dans plusieurs régions du Québec, l'UQ offre un environnement particulièrement favorable à l'atteinte de ces objectifs. Le programme MD-UQ pourra ainsi s'appuyer sur une culture de collaboration déjà bien établie, qui se déploie dans les activités de formation, les milieux de pratique, les projets réalisés avec les communautés et les initiatives de développement territorial.

Cet écosystème permet aux personnes étudiantes d'apprendre « avec les autres, des autres et à propos des autres » (Richard, 2021, p. 7), tout en développant une compréhension concrète des réalités vécues par les populations et les territoires. Il constitue un levier important pour préparer une relève médicale engagée, capable de contribuer à l'amélioration de la santé des communautés en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés.

Les mots des acteurs mobilisés

La place accordée à l'interprofessionnalité et à l'interaction des différents professionnels de la santé et des services sociaux [dans le programme MD-UQ] correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, favorisant une approche plus intégrée des soins, qui brise les silos, au bénéfice de la qualité des soins fournis aux patientes et patients. Cette vision est l'une des forces de l'UQAM et de l'UQ, en phase avec leurs valeurs d'accessibilité et de démocratisation des savoirs.

Arrondissement de Rosemont–La Petite-Patrie
(Tiré de l'Annexe 9)

27 Le portrait présenté dans ce chapitre sur la recherche et la formation à l'UQ est basé sur les analyses de la Direction de la recherche institutionnelle et de la Direction de la recherche et du soutien à l'internationalisation de l'UQ – Siège social.

Une masse critique de professionnels et de programmes en SSS

Avec une offre couvrant plus d'une vingtaine de disciplines et domaines liés à la SSS (voir l'Annexe 15), l'UQ constitue un acteur incontournable de la formation des professionnels de ces secteurs au Québec. Entre 2020 et 2024, ses établissements ont décerné plus de 24 500 diplômes et attestations dans le domaine de la SSS, dont près de 11 000 dans des professions régies par un ordre professionnel. Cette contribution est particulièrement significative dans plusieurs professions qui jouent un rôle central dans les soins de première ligne, la santé mentale, les services sociaux, la réadaptation, la prévention et la prise en charge des populations. En 2024, l'UQ formait l'ensemble des chiropraticiens, sexologues, médecins podiatres et sages-femmes du Québec, ainsi que 54 % des travailleurs sociaux, 51 % des psychologues, 47 % des infirmières cliniciens et 34 % des psychoéducateurs de la province. Cette masse critique de programmes, de personnes étudiantes et diplômées ainsi que de membres du corps professoral représente également un important bassin d'expertises pouvant contribuer à l'enseignement et à l'encadrement au sein du programme MD-UQ. Elle offre ainsi des conditions propices au développement d'une formation médicale fondée sur une interprofessionnalité authentique et intégrée.

Une expertise reconnue en formation à la collaboration interprofessionnelle

La culture de collaboration interprofessionnelle est solidement ancrée dans les établissements universitaires de l'UQ. Cette expertise se traduit notamment par l'élaboration de cours mobilisant des expertises complémentaires et par le développement d'activités de coenseignement entre programmes du secteur de la santé et des services sociaux.

Des cours interdisciplinaires obligatoires de formation à la collaboration interprofessionnelle, notamment les activités du Comité organisateur de la formation interprofessionnelle en santé (COFIPS)[28], sont offerts de manière longitudinale tout au long de la formation dans plusieurs programmes en SSS. Ces activités réunissent des personnes étudiantes issues de diverses disciplines, dont les sciences infirmières, la psychologie, la kinésiologie, l'ergothérapie, la médecine podiatrique, la chiropratique, l'orthophonie et la pratique sage-femme. Elles favorisent le développement d'une culture de collaboration interprofessionnelle en permettant aux personnes étudiantes d'apprendre avec, des et à propos des différentes professions, dans une perspective de complémentarité des expertises au bénéfice des personnes et des communautés. À ces activités s'ajoutent des formations réalisées en partenariat avec d'autres établissements universitaires, notamment l'Université Laval ainsi que le programme de médecine du campus de l'Université de Montréal en Mauricie. Ces collaborations permettent aux personnes étudiantes d'expérimenter le travail interprofessionnel dans différents contextes de formation et de pratique, tout en renforçant leur capacité à évoluer au sein d'équipes diversifiées.

28 En savoir plus sur le COFIPS : https://oraprdnt.uqtr.uquebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=4494&owa_no_fiche=16

Des milieux d'apprentissage collaboratifs

Cette culture collaborative se traduit également dans des environnements d'apprentissage et de services où interagissent les personnes étudiantes, des professionnels de diverses disciplines ainsi que des partenaires du RSSS et des milieux communautaires. Les cliniques universitaires des établissements universitaires de l'UQ (voir l'Annexe 16), les stages interdisciplinaires qui y sont offerts, les projets de pratique collaborative en première ligne, notamment l'Unité virtuelle de soins[29] qui permet une collaboration interprofessionnelle autour de situations réelles de soins à distance, ainsi que l'Université des patients de l'UQAR et les autres initiatives faisant appel à des patients partenaires constituent autant de lieux d'apprentissage favorisant une approche intégrée, centrée sur la personne et les communautés. Plus largement, l'expérience acquise au sein de l'UQ en matière de formation et de collaboration à distance constitue un levier pour réunir, autour d'activités communes, des personnes étudiantes, des professionnels et des équipes professorales répartis dans différents établissements et milieux de pratique.

Cette expertise s'appuie également sur des activités d'apprentissage expérientiel qui permettent aux personnes étudiantes de développer leurs compétences collaboratives dans des contextes réalistes de pratique. À cet égard, les simulations interprofessionnelles réalisées dans les laboratoires de simulation haute-fidélité offrent des occasions privilégiées d'apprentissage, de communication et de prise de décision concertée entre les différentes professions de la SSS. On retrouve également des simulations réalisées en partenariat avec les cégeps, favorisant des apprentissages interordres et une meilleure compréhension des rôles complémentaires des différents membres de l'équipe de soins et de services. Ces infrastructures et ces approches pédagogiques constituent des leviers particulièrement pertinents pour le déploiement du programme MD-UQ et pour le développement des compétences collaboratives attendues des futurs médecins.

Des partenariats ancrés dans les communautés et les territoires

Des projets d'intervention réalisés dans la communauté permettent aux personnes étudiantes de travailler avec des partenaires locaux et de contribuer à la résolution de problématiques concrètes. Ces initiatives favorisent le partage des savoirs entre les milieux de pratique, les organisations communautaires et l'université, tout en approfondissant la compréhension des réalités territoriales et populationnelles qui sont au cœur de l'approche de l'UQ.

Fidèle à sa mission territoriale, l'UQ privilégie des modèles de formation qui permettent aux personnes étudiantes d'apprendre dans leur milieu de vie et au sein des communautés qui les accueillent. À cet égard, le programme MD-UQ favorise un engagement durable envers les territoires et contribue à l'atteinte de ses cibles de recrutement, de formation et de rétention de la relève médicale.

Fondé sur les principes présentés dans le pilier **Médecine communautaire**, le programme MD-UQ mise sur des partenariats entre les milieux universitaires, cliniques et communautaires, ainsi que sur la participation des patients partenaires. Cette approche permet d'offrir une

29 En savoir plus sur l'Unité virtuelle de soins (UVS) : https://www.uqar.ca/luniversite/departements/departement-des-sciences-de-la-sante/projet-unite-virtuelle-de-soins-uvs/

formation adaptée aux besoins des populations et des territoires, tout en facilitant l'intégration des personnes étudiantes dans les milieux de pratique. Des exemples de ces initiatives sont présentés à l'Annexe 17.

Ainsi, l'UQ dispose déjà des principales composantes recherchées pour soutenir une formation médicale fondée sur la collaboration interprofessionnelle, intersectorielle et communautaire : une masse critique de programmes et de personnes expertes en SSS, des activités de formation interprofessionnelle longitudinales, des milieux d'apprentissage intégrés aux soins et services, ainsi qu'un vaste réseau de partenariats avec les établissements du RSSS, les organismes communautaires et les territoires. Cet écosystème offre aux personnes étudiantes du programme MD-UQ l'occasion d'apprendre avec les autres professions, des autres professions et à propos des autres professions, tout en développant une compréhension fine des réalités des communautés qu'elles seront appelées à servir. Il constitue ainsi un levier majeur pour former des médecins aptes à exercer en première ligne dans une perspective de responsabilité populationnelle, de collaboration et de santé durable.

4.3.2 Un écosystème de recherche interdisciplinaire bien établi

La recherche constitue l'un des fondements du programme MD-UQ. En cohérence avec les piliers du programme, notamment la **Médecine durable**, la **Médecine collaborative** et la **Médecine efficiente**, le programme s'appuie sur un écosystème scientifique qui favorise le croisement des disciplines, le développement de solutions innovantes et l'ancrage des connaissances dans les réalités vécues par les populations. Elle contribue ainsi non seulement à l'avancement des connaissances, mais également à la formation de médecins capables d'exercer une pratique réflexive, collaborative et fondée sur les données probantes.

Grâce à la complémentarité de ses établissements, à son réseau de collaborations avec le RSSS et les universités québécoises, ainsi qu'à la diversité de ses expertises en SSS, l'UQ dispose d'une capacité de recherche reconnue qui couvre l'ensemble du continuum allant des sciences fondamentales à l'organisation des soins, en passant par la santé publique, la santé numérique et les interventions auprès des populations. Cet environnement offre au programme MD-UQ un levier stratégique pour soutenir la formation, l'innovation pédagogique et le développement d'une médecine adaptée aux besoins actuels et futurs du Québec. Ces forces de recherche permettront également de fournir aux personnes étudiantes l'environnement de recherche requis par les normes d'agrément (CAFMC, 2025) qui exigent, entre autres, que le corps professoral démontre « un engagement envers la productivité scientifique » (norme 4.2), que le programme soit dispensé dans « un environnement qui favorise le défi intellectuel et l'esprit d'enquête propres à une communauté d'érudits » (norme 3.2) et que le curriculum inclue « un enseignement relatif à l'enquête scientifique et aux principes scientifiques et éthiques fondamentaux de la recherche clinique et translationnelle » (norme 7.3).

Une capacité de recherche en SSS en forte croissance

Depuis 2012, le nombre de ressources professorales en SSS a augmenté de près de 40 %. L'UQ compte ainsi plus de 1 000 chercheurs (incluant les personnes postdoctorantes). Cet apport de nouvelles ressources, souvent en début de carrière, favorise la consolidation et le développement de nouveaux créneaux de recherche.

Les travaux de recherche menés en SSS dans les établissements universitaires de l'UQ portent notamment sur les transformations organisationnelles, l'implantation d'innovations, la collaboration interprofessionnelle ainsi que les politiques publiques qui encadrent les systèmes de SSS[30]. Ils s'intéressent également aux déterminants environnementaux, biologiques, psychosociaux et sociaux de la santé, à l'intégration des technologies de santé ainsi qu'aux mécanismes de prévention, d'intervention et d'amélioration des soins. Ces recherches contribuent à mieux comprendre les trajectoires de santé tout au long de la vie, les réalités des populations et les conditions favorisant l'accès à des soins et des services équitables, accessibles et de qualité. Les expertises de recherche de l'UQ peuvent être regroupées selon six grands axes complémentaires :

1. **Fondements biologiques et cliniques de la santé :** Cet axe vise à mieux comprendre les mécanismes biologiques de la santé et des maladies afin de soutenir le développement des connaissances médicales et des innovations diagnostiques et thérapeutiques. Les travaux portent notamment sur les sciences biologiques et biomédicales fondamentales, la microbiologie, la virologie et le cancer.
2. **Prévention, santé publique et santé des populations :** Les recherches regroupées sous cet axe s'intéressent aux déterminants de la santé ainsi qu'aux facteurs qui influencent le bien-être des populations. Elles couvrent particulièrement la santé environnementale, les approches de santé publique, les interventions précoces et les trajectoires de vie des enfants, des adolescents et des adultes.
3. **Santé mentale, développement humain et interventions psychosociales :** Cet axe rassemble les travaux portant sur les dimensions psychologiques, sociales et institutionnelles de la santé mentale. Les recherches portent, entre autres, sur les traumatismes interpersonnels, les trajectoires de vulnérabilité, les déterminants psychosociaux de la santé mentale, les mécanismes d'adaptation ainsi que les modèles d'intervention.
4. **Systèmes de soins et services sociaux et innovation organisationnelle :** Les chercheurs s'intéressent aux conditions de fonctionnement des systèmes de santé et de services sociaux ainsi qu'aux moyens d'améliorer leur performance. Les thèmes abordés comprennent l'organisation des soins, l'accès aux services, la coordination des pratiques, la qualité des soins, l'implantation d'innovations, la collaboration interprofessionnelle et l'analyse des politiques publiques.

30 Cette synthèse des forces en présence est issue d'une analyse des publications du corpus « Santé et services sociaux » et intègre 3871 publications (SciVal) entre 2023 et 2025, qui se structure autour de domaines liés aux systèmes et professions de la santé, de la santé mentale, du développement humain et des contextes sociaux. SciVal est une compagnie de recensement de production scientifique et génère des métriques permettant la comparaison entre différentes entités. SciVal ne fait donc pas le recensement de toute la production scientifique, mais d'une sélection de revue. La découverture de SciVal se fait principalement dans le domaine des sciences sociales et humaines (donc le pendant « services sociaux ») et dans la publication qui est non anglophone.

5. **Santé numérique et technologies de demain :** L'écosystème de recherche et de formation de l'UQ dispose d'expertises reconnues en IA, en santé numérique, en télésanté, en cyberpsychologie, en réalité virtuelle et augmentée et en simulation clinique. Déjà mobilisées dans plusieurs programmes de formation et de projets de recherche, ces expertises contribuent au développement d'environnements d'apprentissage intelligents, à l'analyse des données de santé, à l'aide à la décision clinique et à l'évaluation des enjeux éthiques liés aux technologies. Les recherches portent notamment sur l'intégration de l'IA dans les pratiques cliniques et organisationnelles, les soins virtuels, les technologies immersives, l'imagerie biomédicale, l'analyse biomécanique ainsi que les applications des technologies de santé dans différents contextes cliniques et sociaux.
6. **Équité, inclusion et réponse aux besoins des populations :** Cet axe vise à mieux comprendre les inégalités sociales de santé et à développer des interventions adaptées aux besoins des populations davantage orientées vers les services de proximité et de prévention. Les travaux portent plus précisément sur les personnes vivant avec des incapacités, les personnes exposées à des traumatismes ou à la violence, ainsi que sur les minorités sexuelles et de genre.

Ensemble, ces expertises constituent un levier majeur pour le développement du programme MD-UQ et soutiennent une vision de la médecine fondée sur l'innovation, l'interdisciplinarité, l'équité, l'utilisation judicieuse des technologies et l'amélioration continue des soins et des services offerts aux populations.

Un réseau établi de collaborations interuniversitaires et avec le RSSS

Dans le domaine SSS, on dénombre plus de 200 affiliations individuelles de recherche de membres du corps professoral de l'UQ auprès d'institutions locales, nationales et internationales (voir l'Annexe 18). Grâce aux collaborations avec les facultés de médecine, les centres hospitaliers universitaires ainsi que les centres de recherche et instituts universitaires du domaine de la SSS partout au Québec, les chercheurs de l'UQ constituent un important levier de rapprochement entre l'UQ et les établissements offrant une formation médicale.

Outre ces affiliations individuelles, d'autres, de nature institutionnelle, se sont également développées avec les établissements de Santé Québec des diverses régions (voir l'Annexe 11). La recherche en SSS effectuée à l'UQ est ainsi intimement liée à la réalité vécue au Québec en collaboration avec celles et ceux qui forment le noyau de la recherche en santé.

Un réseau de recherche déjà fortement intégré au secteur de la santé

La collaboration dans la **recherche en SSS** à l'UQ :

- Entre 2019 et 2024, près de **30 %** des demandes de financement de l'UQ aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) impliquaient des collaborations avec des chercheurs du RSSS.
- **60 %** des demandes déposées aux IRSC par l'UQ comportaient une collaboration avec une université québécoise dotée d'une faculté de médecine.
- Entre 2023 et 2025, sur **3 871 publications scientifiques en SSS**, environ le tiers a été réalisé avec des partenaires du RSSS et plus du tiers avec des chercheurs provenant d'universités québécoises ayant une faculté de médecine[31].

Cette collaboration académique permet des partages d'expertises et favorise le développement d'approches complémentaires entre établissements (UQ et hors UQ) afin de contribuer à une meilleure compréhension et à l'amélioration des enjeux de SSS au Québec.

Une capacité de recherche en SSS au service du programme MD-UQ

Le dynamisme de la recherche à l'UQ se reflète dans l'augmentation **de plus de 40 % des fonds de recherche obtenus entre 2018-2019 et 2023-2024** (Statistique Canada, 2024a), tous domaines confondus, la plaçant au **9e rang canadien des universités pour l'envergure de sa recherche.** Cette croissance est également observée dans le secteur de la SSS, confirmant la capacité de l'UQ à développer et à soutenir un environnement de recherche en plein essor. L'UQ se distingue par un portefeuille de financement diversifié provenant d'organismes subventionnaires provinciaux et fédéraux, notamment le FRQSC, le FRQNT, le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), et d'autres partenaires publics et institutionnels. Cette diversité favorise la stabilité du financement tout en reflétant l'étendue des expertises du réseau en santé des populations, en services de santé, en sciences sociales et en recherche interdisciplinaire.

Pour la même période, les fonds obtenus par l'UQ auprès des **IRSC** ont augmenté de 60 %, ce qui est remarquable, compte tenu que 93 % des fonds IRSC sont alloués à des universités dotées d'une faculté de médecine. Cette croissance témoigne d'un renforcement de la présence de l'UQ au sein des principaux concours fédéraux en santé. Les analyses comparatives montrent également que l'UQ dispose d'un potentiel de croissance important au sein des instituts des IRSC, compte tenu de la progression récente de son financement, de ses taux de succès compétitifs et de la qualité de ses expertises en SSS. En effet, l'analyse par institut des IRSC met en évidence un positionnement particulièrement favorable de l'UQ dans plusieurs domaines directement liés à sa mission et à ses forces historiques, notamment la **santé des femmes et des hommes, la santé publique et des populations, le développement et la santé des enfants et des adolescents, les maladies infectieuses et**

31 Basé sur les analyses de la Direction de la recherche institutionnelle de l'UQ – Siège social

immunitaires, la santé des Autochtones, ainsi que les services et politiques de santé. Ces résultats témoignent d'un positionnement solide dans des domaines liés à la première ligne, à la santé communautaire, à l'équité et à l'organisation des services. À l'inverse, sa présence est plus limitée dans certains instituts fortement associés à la recherche biomédicale spécialisée, ce qui reflète la structure historique de son écosystème de recherche plutôt qu'une faiblesse de sa capacité scientifique.

Au **CRSH**, pour la période 2018-2019 à 2023-2024, l'UQ affiche un positionnement particulièrement fort dans les disciplines liées à la SSS. Elle se classe au **2e rang canadien en psychologie** et au **2e rang en travail social**, derrière Toronto Metropolitan University, mais devant toutes les autres universités canadiennes avec faculté de médecine. L'UQ obtient également de bons résultats dans les **disciplines associées aux sciences médicales**[32], où elle devance plusieurs universités avec des facultés de médecine bien établies. Ces résultats confirment le rôle de premier plan de l'UQ dans les domaines de la santé des populations, de la santé mentale, des services sociaux et de la recherche interdisciplinaire.

Au **CRSNG**, l'UQ affiche un positionnement favorable dans plusieurs domaines pertinents pour la SSS. Elle se distingue particulièrement en **génie biomédical**, en **produits pharmaceutiques administrables à l'homme**, en **santé publique**, en **éducation et services sociaux** ainsi qu'en **sciences médicales et de la santé.** Ces performances illustrent la contribution importante de l'UQ au développement de solutions technologiques, scientifiques et organisationnelles, répondant ainsi aux enjeux contemporains de santé.

Les performances observées auprès des organismes fédéraux illustrent la capacité des équipes de recherche à obtenir du financement en sciences humaines et sociales ainsi qu'en sciences naturelles et en génie dans des domaines touchant l'organisation des soins, les politiques publiques, l'équité en santé, l'éthique, les technologies de la santé, l'innovation clinique et l'évaluation des services. Cette capacité à mobiliser des expertises complémentaires autour des dimensions biomédicales, sociales, organisationnelles, populationnelles et technologiques de la santé constitue une force distinctive de l'UQ. Elle repose sur un réseau d'infrastructures de recherche diversifiées, dont certaines sont reconnues à l'échelle internationale, à l'image du Laboratoire de contrôle du dopage[33]. Cet écosystème soutient la production de connaissances, l'innovation et le développement de la relève dans des secteurs stratégiques pour la SSS.

Des infrastructures de recherche et de formation au service de la formation médicale

Au-delà de l'expertise de ses chercheurs, l'UQ s'appuie sur un ensemble d'infrastructures de recherche qui soutiennent l'avancement des connaissances, l'innovation et la formation de la relève. L'UQ compte plus de 150 unités de recherche, plus de 30 Chaires de recherche du Canada, dont 12 financées par les IRSC. De plus, la direction ou la codirection de 5 réseaux thématiques financés par le FRQ-S est assurée par un chercheur de l'UQ.

32 Neuf disciplines principales ont été regroupées afin de former les sciences médicales : la biotechnologie médicale, le génie médical et biomédical, la médecine clinique, la médecine fondamentale et sciences de la vie, la recherche multidisciplinaire en santé, la santé publique, les sciences de la santé, les sciences médicales et « Autres – Sciences de la santé ».

33 En savoir plus sur le Laboratoire de contrôle du dopage : inrs.ca/la-recherche/infrastructures-de-recherche/repertoire-des-infrastructures-de-recherche/laboratoire-de-controle-du-dopage/

L'inventaire des infrastructures de l'UQ (voir l'Annexe 19) met en évidence plusieurs catégories d'environnements de recherche, entre autres :

- des **plateformes technologiques** permettant aux chercheurs d'accéder à des équipements et à des expertises scientifiques spécialisés dans des domaines tels que la génomique, la toxicologie, l'imagerie ou l'analyse de données. Elles soutiennent notamment les recherches biomédicales et technologiques visant à mieux comprendre les mécanismes biologiques associés aux maladies et à développer de nouvelles approches diagnostiques ou thérapeutiques ;
- des **laboratoires spécialisés** dédiés à l'étude des déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux de la santé ;
- des **infrastructures dédiées** à la **biomécanique,** aux **neurosciences** ou à la **toxicologie environnementale** permettant d'explorer différentes dimensions du fonctionnement humain et de ses interactions avec l'environnement ;
- des **infrastructures permettant la production et l'analyse de données à grande échelle** ; les observatoires et les bases de données longitudinales soutiennent des recherches sur les trajectoires de santé, les transformations sociales et les déterminants populationnels du bien-être ;
- des **cliniques universitaires** (voir l'Annexe 16) offrant des services à la population tout en contribuant à la formation de divers professionnels de la santé et des services sociaux.

Exemples d'infrastructures stratégiques au service de la formation et de la recherche

CERMO-FC : une plateforme de recherche biomédicale avancée | UQAM

Les plateformes technologiques du Centre d'excellence en recherche sur les maladies orphelines – Fondation Courtois soutiennent des recherches de pointe sur les mécanismes moléculaires impliqués dans les maladies rares et diverses problématiques biomédicales.

Institut national d'anatomie (INA) | UQTR

Centre interuniversitaire et interordres de recherche et de formation en anatomie humaine, l'INA offre une plateforme technologique unique dotée d'équipements de pointe. Il accueille chaque année des chercheurs et des apprenants issus des universités québécoises avec faculté de médecine.

Centre intersectoriel en santé durable (CISD) | UQAC

Centre de recherche interdisciplinaire, le CISD regroupe des chercheurs de plusieurs disciplines et d'établissements universitaires afin de faire progresser la santé durable. Par la recherche, l'innovation et la mobilisation des connaissances, il développe des solutions aux grands enjeux de santé des collectivités et des territoires, en considérant l'ensemble des déterminants de la santé.

Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS) | UQAR

En partenariat avec les communautés et les acteurs de la santé, cette chaire réalise des recherches collaboratives visant à améliorer la santé, le mieux-être et l'accès à des services adaptés pour les personnes, les familles et les communautés rurales.

Laboratoire sur l'unicité et la diversité des intérêts et des comportements en autisme (LUDICA) | UQO

Ce laboratoire mène des recherches sur les intérêts, les comportements et les besoins des personnes autistes et présentant d'autres conditions neurodéveloppementales afin d'améliorer les pratiques éducatives, les trajectoires de services et l'inclusion tout au long de la vie.

Chaire institutionnelle de recherche en santé autochtone et des populations | UQAT

En partenariat avec les communautés autochtones, cette chaire réalise des recherches afin de mieux comprendre les facteurs favorisant la santé, le mieux-être et le développement des communautés, dans une perspective holistique et culturellement ancrée.

Laboratoire de confinement biologique niveau 3 | INRS

Cette infrastructure hautement spécialisée permet l'étude sécuritaire de pathogènes émergents et contribue au développement des connaissances en microbiologie, virologie et santé publique.

Centre d'analyse du droit comme levier d'innovation en santé | ENAP

Ce centre de recherche interdisciplinaire analyse le rôle du droit et de la gouvernance comme moteurs de transformation et d'innovation au sein des systèmes et des organisations de santé.

itechsanté | ÉTS

Cet institut spécialisé en technologies de la santé rassemble des chercheurs de diverses disciplines, des professionnels de la santé, des entrepreneurs ainsi que des membres de la société civile afin de cocréer des solutions innovantes et de transformer les défis de santé en possibilités.

Chaire Docteur Sadok Besrour sur les technologies de santé pour les territoires médicalement isolés | TÉLUQ

Les travaux de cette chaire s'intéressent à la conception et à l'évaluation des technologies de santé adaptées aux réalités des territoires médicalement isolés afin d'améliorer l'accès aux soins, de favoriser l'équité numérique en santé et de former la relève en santé numérique.

Réseau national d'observatoires de l'aménagement et développement durables des territoires (RNO) | UQ, UQTR, UQAC, UQAR, UQO, UQAT

Actif auprès de 87 MRC réparties dans 14 régions administratives, le RNO constitue une infrastructure unique d'intelligence territoriale permettant de documenter les déterminants territoriaux de la santé, les inégalités régionales et l'accessibilité aux services. Il fournit ainsi au programme MD-UQ un milieu d'apprentissage pour former des médecins capables d'intervenir dans une perspective de médecine communautaire et de responsabilité populationnelle.

L'ensemble des expertises, des partenariats, des infrastructures et des capacités de financement présentés dans cette section démontre que l'UQ dispose d'un écosystème de recherche mature, diversifié et fortement intégré aux milieux de pratique. Cet écosystème couvre les dimensions biomédicales, cliniques, organisationnelles, technologiques, sociales et populationnelles de la santé, tout en s'appuyant sur des collaborations étroites avec le RSSS, les établissements universitaires et les communautés.

Pour le programme MD-UQ, cet environnement constitue bien plus qu'un contexte favorable à la recherche. Il représente un véritable levier de formation permettant aux personnes étudiantes de développer des compétences en analyse critique, en amélioration continue des pratiques, en innovation et en collaboration interprofessionnelle. Il offre également des conditions particulièrement propices à l'éventuelle mise en place de parcours de formation intégrés de type M.D.-M. Sc. destinés aux personnes étudiantes souhaitant approfondir leur formation en recherche et contribuer au développement des connaissances en santé. Par son ancrage territorial, sa capacité de mobilisation des connaissances et sa culture de recherche interdisciplinaire, l'UQ est particulièrement bien positionnée pour soutenir un programme de médecine centré sur la première ligne, la médecine de famille, la prévention et l'amélioration durable de la santé des communautés québécoises, rejoignant ainsi la vision de la médecine portée par le programme MD-UQ et ses cinq piliers.

Les mots des acteurs mobilisés

Le Réseau CARES est un réseau thématique financé par le Fonds de recherche du Québec (FRQ)-secteur Santé, qui vise à améliorer la santé et le bien-être des populations vivant dans les communautés rurales et éloignées du Québec […]. Reconnu comme un réseau structurant à l'échelle panquébécoise, le CARES joue un rôle d'interface entre une diversité de milieux afin de contribuer au développement de solutions adaptées aux réalités des territoires. […] [La] capacité d'interface et de mise en réseau [du CARES] pourrait être mobilisée en complémentarité avec le développement du programme de médecine de l'Université du Québec. Nous exprimons par le fait même notre grand intérêt […] d'explorer les avenues de collaboration, notamment en matière de mobilisation et de valorisation des connaissances, de mise en relation avec les milieux de soins, les communautés et les partenaires régionaux, ainsi que de développement d'initiatives contribuant à mieux répondre aux réalités des communautés rurales et éloignées.

Réseau Communautés rurales et éloignées en santé (CARES)
(Tiré de l'Annexe 9)

4.3.3 L'ancrage territorial : une caractéristique distinctive

L'ancrage territorial constitue l'une des caractéristiques distinctives de l'UQ et un levier central du programme MD-UQ. L'une des particularités de l'UQ réside dans la présence de ses dix établissements dans plus de 40 municipalités du Québec, réparties dans une grande diversité de territoires, allant des grands centres urbains aux régions rurales et éloignées. Cet enracine-

ment permet aux personnes étudiantes d'être exposées à une pluralité de contextes de soins et de réalités populationnelles rarement réunies au sein d'un même programme. Comme en témoignent les exemples de territoires d'apprentissage présentés dans la section 3.2.1, la proximité durable avec les communautés, les organisations et les milieux de pratique favorise le développement d'activités de formation et de recherche directement arrimées aux réalités démographiques, sociales et sanitaires des territoires.

Cette approche contribue notamment à répondre au défi selon lequel les nouveaux médecins arrivant en région rurale ou éloignée ne sont pas toujours suffisamment préparés aux réalités particulières des territoires qu'ils desservent.

À cet ancrage physique s'ajoute une capacité éprouvée à concevoir et à soutenir des activités de formation à distance et selon des modalités hybrides. Développée entre autres grâce à la longue expérience de l'Université TÉLUQ et également présente dans plusieurs établissements universitaires de l'UQ, cette expertise permet de relier les personnes étudiantes, les équipes professorales et les milieux de pratique répartis sur le territoire. Elle constitue ainsi un levier pour donner accès à des expertises diversifiées tout en permettant aux personnes étudiantes de réaliser une part importante de leur parcours au sein des communautés où elles sont formées.

Grâce au programme MD-UQ, les personnes étudiantes seront formées dans des contextes représentatifs des milieux où les besoins de santé sont les plus importants et où les défis d'accès aux soins sont les plus marqués. Cette intégration prolongée favorisera le développement de compétences cliniques, relationnelles et organisationnelles adaptées aux réalités des territoires, tout en renforçant leur sentiment d'appartenance envers les communautés qu'elles seront appelées à servir. Cette intégration précoce et longitudinale aux réalités des territoires favorise également le développement d'une approche de responsabilité populationnelle en permettant aux personnes étudiantes de mieux comprendre les déterminants sociaux, économiques et géographiques de la santé ainsi que les inégalités d'accès aux soins et aux services. Elle contribue ainsi à former des médecins en mesure d'adapter leur pratique aux besoins spécifiques des populations qu'ils desservent. L'exposition à une diversité de contextes de pratique constitue l'une des forces distinctives du programme MD-UQ et contribue à préparer une relève médicale capable d'exercer auprès de populations présentant des besoins variés.

Contrairement à une logique d'expansion vers les régions, les établissements universitaires de l'UQ ont été créés directement dans les territoires pour répondre aux besoins de développement de leur territoire respectif[34]. Cette proximité historique a favorisé l'établissement de liens durables avec les établissements de santé, les organismes communautaires, les municipalités et les acteurs du développement régional. En plus des initiatives en recherche ancrées dans les milieux présentés à la section 4.3.2 et afin d'enrichir le parcours universitaire, certains établissements universitaires de l'UQ ont développé une expertise en matière de partenariats entre l'université et les communautés (voir l'Annexe 17). Ces initiatives s'appuient sur des mécanismes structurés d'accompagnement, de formation et d'encadrement. Le Projet d'intervention dans la

34 C'est aussi dans cet esprit que le ministère des Affaires Municipales et de l'Habitation (MAMH) a financé l'UQ à hauteur de 16 millions de dollars en 2023 pour mettre sur pied le Réseau national d'observatoires de l'aménagement et du développement durables des territoires (RNO) qui vise à appuyer les prises de décisions en s'appuyant sur des données probantes et en tenant compte des réalités des collectivités.

communauté (PICOM) de l'UQTR[35] ou le Service aux collectivités de l'UQAM[36] constituent à cet égard des exemples probants. Véritables leviers d'apprentissage expérientiel, ces initiatives permettent aux personnes étudiantes de s'engager dans des projets porteurs de transformation sociale. En collaboration avec les organismes du milieu et le corps professoral, elles peuvent participer à des activités de recherche, de formation et de mobilisation des connaissances, tout en développant leurs compétences grâce au croisement des savoirs et à l'ancrage de leurs apprentissages dans des réalités sociales concrètes. Ces initiatives jouent ainsi un rôle stratégique de liaison, de soutien, de formation et d'accompagnement auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

La proximité des établissements universitaires de l'UQ avec leur communauté a favorisé l'émergence d'environnements propices aux partenariats et à la coconstruction des connaissances, où les savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels se nourrissent mutuellement au bénéfice des communautés.

Le programme MD-UQ s'enracine ainsi dans un environnement académique de formation et de recherche en SSS collaboratif avec ses diverses communautés. Il s'inscrit directement dans l'engagement de l'UQ à offrir un « accès en français à la formation universitaire, à la recherche et à la création, [afin de permettre] aux citoyennes et citoyens de répondre aux défis d'un monde en transformation constante » (Université du Québec, 2024b). Le programme MD-UQ vise donc à :

- faciliter l'accès à la formation partout sur le territoire ;
- diversifier le profil des personnes étudiantes admises ;
- accroître leur rétention en région ;
- favoriser leur établissement et leur pratique dans les milieux urbains où l'offre médicale est insuffisante.

Le programme MD-UQ représente ainsi un développement organique, stratégique et cohérent avec la mission de l'UQ de contribuer au développement social, culturel et économique du Québec. En faisant de l'ancrage territorial un principe structurant de son recrutement, de sa formation, de ses partenariats et de son engagement envers les communautés, il met à profit les forces du réseau pour former une relève médicale engagée, ancrée dans les territoires et capable de répondre aux besoins diversifiés des populations québécoises. Les sections suivantes illustrent l'environnement académique accessible et inclusif offert par l'UQ, en portant une attention particulière aux perspectives autochtones.

4.3.4 Un environnement académique accueillant et accessible à une diversité de personnes apprenantes

L'expérience acquise par l'UQ depuis près de 60 ans lui a permis de développer une expertise favorisant l'accueil d'une diversité de personnes apprenantes, l'accès à une pluralité de milieux et l'enrichissement des parcours de formation, tout en assurant une offre adaptée et de qualité. En cohérence avec le pilier **Médecine humaine**, le programme MD-UQ reconnaît que la qualité de

35 En savoir plus sur le PICOM : https://oraprdnt.uqtr.uquebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=1280&owa_no_fiche=10

36 En savoir plus sur le SAC : https://sac.uqam.ca/

la formation médicale repose non seulement sur l'excellence académique, mais également sur la capacité de créer des conditions favorables à l'épanouissement, à la réussite et au sentiment d'appartenance des personnes étudiantes.

Une expérience institutionnelle fondée sur l'accessibilité et la diversité

Grâce à sa présence sur l'ensemble du territoire québécois, l'UQ favorise l'accès aux études universitaires à des personnes étudiantes qui n'auraient pas pu poursuivre leur parcours sans une offre de formation à proximité de leur milieu de vie (Bonin, 2026). Les profils de sa population étudiante se distinguent de ceux observés dans les autres universités, notamment par des proportions plus importantes de personnes de première génération universitaire, issues des Premiers Peuples, conciliant études, travail et responsabilités familiales, effectuant un retour aux études ou empruntant des cheminements non traditionnels. Cette diversité témoigne du rôle essentiel que joue l'UQ en matière d'accessibilité et d'inclusion en enseignement supérieur.

Cette expérience auprès d'une population étudiante diversifiée constitue un atout majeur pour le programme MD-UQ, qui vise à recruter et à soutenir des personnes étudiantes provenant d'horizons variés, particulièrement de régions rurales et éloignées, de milieux sous-représentés et de communautés historiquement moins présentes dans les programmes de médecine.

En reconnaissant la diversité des parcours et les obstacles à l'accès aux études médicales, le programme MD-UQ vise à ouvrir la formation à des personnes qualifiées provenant d'horizons variés et à former des médecins engagés dans leur milieu, prêts à répondre aux besoins présents et à venir des communautés. L'UQ contribue ainsi à former des médecins issus de différents milieux, qui comprennent les réalités des populations et sont préparés à offrir des soins adaptés à leurs besoins. Cette diversification constitue également un levier pour répondre aux besoins des communautés et des milieux de pratique, notamment dans les territoires où l'accès aux soins demeure un enjeu.

De l'accessibilité à la réussite : accompagner la diversité tout au long du parcours

Toutefois, l'admission de profils diversifiés ne peut, à elle seule, garantir leur réussite. L'accessibilité à la formation doit s'accompagner d'un environnement académique capable de reconnaître la diversité des réalités étudiantes et de soutenir les personnes apprenantes tout au long de leur parcours, selon leurs besoins.

Afin d'accueillir ses personnes étudiantes et de les accompagner vers la réussite, l'UQ offre déjà une gamme diversifiée de services et de ressources visant à répondre à leurs différents besoins, en tenant compte, dans la mesure du possible, de leurs réalités spécifiques (voir l'Annexe 20).

L'UQ met notamment à leur disposition une gamme de mesures et de services pouvant être offerts en **présence ou à distance**, selon leurs besoins et leur lieu d'études. Cette capacité s'appuie sur la **longue expérience développée au sein de l'UQ, en particulier par l'Université TÉLUQ, en matière de formation, de soutien et d'accompagnement à distance**, et contribue à

réduire les obstacles liés à la distance et à favoriser l'accès aux études universitaires. L'UQ offre, entre autres :

- des **services de soutien à l'apprentissage et d'accompagnement tout au long du parcours universitaire**, y compris en amont de la formation, afin de réduire les obstacles à l'accès aux études universitaires. Ceux-ci comprennent, par exemple, des dispositifs visant à soutenir l'appropriation des outils, des compétences et des codes du milieu académique, tout en favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance ;
- des **mesures d'accompagnement favorisant l'intégration, la persévérance et la réussite**, notamment grâce à un soutien adapté aux réalités et aux profils des personnes étudiantes ainsi qu'à un accès facilité aux ressources éducatives. Une attention particulière est accordée aux personnes issues de parcours culturels, sociaux ou géographiques distincts afin de proposer, dès le début de leur cheminement, un accompagnement respectueux et adapté.

Des pratiques pédagogiques favorisant l'inclusion et la réussite

Au-delà des services d'accompagnement, l'UQ favorise également l'accessibilité, la persévérance et la réussite par ses pratiques de formation. Elle mise, entre autres, sur des approches pédagogiques inclusives et des parcours de formation flexibles, qui permettent de mieux tenir compte de la diversité des besoins et des contextes d'apprentissage.

La capacité des établissements universitaires de l'UQ à adapter les modalités de formation aux réalités des personnes apprenantes se traduit notamment par des formes de supervision de stages, de mentorat et de rétroaction pouvant être déployées dans différents contextes d'apprentissage, y compris à distance. Celles-ci favorisent la persévérance, le développement des compétences et une transition harmonieuse vers les milieux professionnels, tout en maintenant une proximité pédagogique significative. Cette souplesse pédagogique se traduit également par le développement de nouvelles approches.

Des travaux sont notamment menés sur les environnements d'apprentissage intelligents qui visent à s'adapter au comportement et aux capacités cognitives de la personne apprenante afin de permettre une personnalisation accrue des parcours d'apprentissage.

Enfin, différentes initiatives d'apprentissage expérientiel contribuent à rendre les contenus plus accessibles, signifiants et ancrés dans la pratique. Dans les programmes de SSS de l'UQ, des activités de simulation ou d'immersion intégrant la réalité virtuelle ou la ludification sont déjà utilisées, que ce soit pour mieux préparer les personnes étudiantes à leur futur environnement de stage ou pour leur permettre de mettre en application leurs compétences communicationnelles dans des situations authentiques avec des patients.

Une expertise reconnue en matière de sécurisation culturelle et d'engagement avec les Premiers Peuples

L'ancrage territorial des établissements universitaires de l'UQ dans plusieurs régions où vivent des Premiers Peuples favorise l'établissement de relations durables avec les communautés autochtones. Cette proximité se traduit notamment par l'accueil de personnes étudiantes autochtones, le développement de partenariats structurants et une meilleure prise en compte des savoirs, des réalités et des priorités autochtones dans la formation et la recherche.

> *[L'UQ] met à contribution [ses] équipes, [son] patrimoine de programmes et [ses] infrastructures pour répondre aux appels à l'action des Premiers Peuples en matière d'enseignement supérieur. [Elle travaille] en collaboration pour favoriser des milieux universitaires sécuritaires, accueillants, responsables et menant à la réussite de toutes et de tous (Université du Québec, 2024a).*

Dans cette perspective, l'UQ a adopté un plan d'action intitulé *Approfondir l'engagement de l'Université du Québec à faire une meilleure place aux Premiers Peuples 2022-2025* (Université du Québec, 2022), lequel s'articule autour de six axes thématiques : la sensibilisation du milieu universitaire, l'accessibilité aux études supérieures, les services à la population étudiante, l'enseignement, la recherche et la gouvernance.

Par son engagement envers la représentativité et la collaboration avec les Premiers Peuples, l'UQ favorise leur participation au développement de la formation et de la recherche dans une perspective de réciprocité et de coconstruction, pour, par et avec les Premiers Peuples.

Cet engagement se traduit d'abord par une offre de formation adaptée aux réalités et aux priorités des communautés. Ainsi, une trentaine de programmes d'études portant spécifiquement sur les enjeux et les réalités des Premières Nations et des Inuit sont offerts au sein de l'UQ[37] afin de répondre aux besoins exprimés par les communautés et les populations autochtones.

Il se manifeste également dans les activités de recherche. Celles-ci se distinguent par une approche interdisciplinaire et ancrée dans les communautés, qui respecte les principes d'autodétermination et favorise le transfert ainsi que l'appropriation des connaissances par les communautés et les établissements concernés (voir l'Annexe 21). Cette préoccupation se reflète aussi dans les travaux menés au sein des comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains des établissements universitaires de l'UQ, qui portent comme thème de préoccupation l'identification des enjeux et des stratégies à déployer au regard de la recherche avec les Premiers Peuples.

Enfin, l'UQ déploie diverses mesures visant à soutenir la réussite et le bien-être des personnes étudiantes issues des Premiers Peuples. Ces initiatives favorisent leur accueil, leur intégration, leur persévérance et leur cheminement académique dans un environnement respectueux et culturellement sécurisant (voir l'Annexe 20).

Malgré les efforts déployés, certains écarts persistent. Selon Bonin (2024), moins de la moitié des personnes étudiantes qui s'autodéclarent autochtones, considèrent leur capacité à répondre aux exigences du programme et de l'université comme très bonne ou excellente, comparativement aux deux tiers des personnes étudiantes allochtones. Ce constat souligne l'importance de poursuivre le développement de

37 La liste des programmes peut être consultée à ce lien : https://programmes.uquebec.ca/?caracteristiques=PP20

mesures de soutien adaptées et de maintenir des environnements d'apprentissage culturellement sécurisants.

Des profils et des trajectoires qui méritent une attention particulière

« Dans une recherche qualitative s'intéressant aux parcours universitaires en contexte autochtone, Ratel (2023) indique que la majorité des personnes étudiantes des Premiers Peuples ont dû quitter leur communauté pour poursuivre une partie de leur formation. Le portrait des étudiantes et étudiants autochtones issus de l'enquête SPEC[38] (2021) permet d'illustrer des réalités similaires au collégial. En effet, ils sont généralement plus âgés, ont plus fréquemment des enfants et sont plus souvent des étudiantes et étudiants de première génération (ÉCOBES, 2023) » (Université du Québec, 2024c, p. 41).

Ces constats mettent en lumière l'importance d'adapter les stratégies de recrutement et de soutien aux réalités des personnes issues des Premiers Peuples. Ils renforcent la pertinence de l'approche privilégiée par le programme MD-UQ, qui vise à recruter plus largement au sein des communautés sous-représentées, à limiter les effets du déracinement associés aux études et à créer des conditions favorables à la réussite et à la persévérance des personnes étudiantes tout au long de leur parcours[39].

L'UQ se positionne comme un partenaire de choix pour développer un programme de médecine soutenant le « développement de compétences et d'expertises essentielles à la mise en valeur des savoirs culturels, au respect des principes d'autodétermination ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des environnements » (Université du Québec, 2024a). En recrutant les futurs médecins dans les communautés et en leur offrant une formation qui incarne les perspectives autochtones, l'UQ crée des conditions favorables à la rétention de ces médecins auprès des populations autochtones, dans les communautés comme dans les milieux urbains où elles vivent, afin de répondre à leurs besoins.

Guidé par son pilier **Médecine humaine**, le programme MD-UQ représente une occasion d'incarner le principe de sécurisation culturelle pour les Premières Peuples, en se rapprochant des décisions des communautés et par l'intégration des soins adaptés à leurs réalités culturelles, linguistiques et historiques, exempts de racisme et de discrimination.

38 Sondage provincial sur les étudiants des cégeps

39 Dans le cadre du programme MD-UQ, cela se fera en collaboration avec le PFMPNIQ et les communautés.

Les mots des acteurs mobilisés

[Le développement du programme MD-UQ] représente une occasion historique d'améliorer l'accès aux soins de première ligne dans les régions du Québec et de former une nouvelle génération de médecins profondément enracinés dans leur milieu. […] Le campus de Val-d'Or possède déjà des atouts exceptionnels qui en font un milieu d'apprentissage unique. Son École d'études autochtones, reconnue à l'échelle canadienne, ainsi que son expertise développée « par, pour et avec » les Premières Nations, offrent un environnement sans équivalent pour intégrer la sécurisation culturelle et les réalités autochtone au cursus médical. À cela s'ajoute un écosystème de partenaires exceptionnel. […] Peu d'endroits au Québec [grâce à la présence du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et des installations du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James] pourront offrir une telle proximité avec la clientèle autochtone urbaine, des approches de soins culturellement sécurisantes ainsi qu'une collaboration quotidienne entre les milieux universitaires, communautaires et clinique. […] [Le milieu] offre une occasion exceptionnelle de former les futurs médecins à la médecine nordique, à la télémédecine, aux soins en régions éloignées, aux réalités interculturelles ainsi qu'à la coordination des services entre le Nord-du-Québec et l'Abitibi-Témiscamingue. Elle pourrait ouvrir également la porte à des corridors de stage dans les communautés cries, favorisant le développement d'une expertise médicale recherchée partout au Québec.

Député sortant d'Abitibi-Est
(Tiré de l'Annexe 9)

4.3.5 Une convergence de forces au service du programme MD-UQ

En somme, les forces institutionnelles de l'UQ se renforcent mutuellement et dépassent la simple addition de celles de ses établissements universitaires. Elles forment un écosystème intégré de formation, de recherche, d'innovation et de partenariat profondément ancré dans les communautés québécoises. La combinaison d'une expertise reconnue en collaboration interprofessionnelle, d'un écosystème de recherche interdisciplinaire mature, d'un ancrage territorial unique, renforcé par une capacité éprouvée à conjuguer présence et distance, et d'une longue expérience auprès d'une population étudiante diversifiée crée des conditions particulièrement favorables au développement du programme MD-UQ.

Le programme MD-UQ ne repose donc pas sur la création d'une nouvelle capacité institutionnelle, mais sur la mobilisation et l'intégration d'atouts déjà présents au sein de l'UQ. Ces forces permettent d'offrir un environnement de formation cohérent avec les besoins actuels et futurs des populations, tout en soutenant une approche de la médecine axée sur la communauté, l'humanisme, la santé durable, la collaboration et l'efficience.

En s'appuyant sur cet écosystème distinctif, le programme MD-UQ contribuera à former une relève médicale compétente, engagée et socialement responsable, capable d'exercer dans une diversité de contextes et de travailler en partenariat avec les communautés, les milieux de pratique et les autres professions. Il constitue ainsi une réponse structurante aux défis du système de SSS et s'inscrit pleinement dans la mission de l'UQ de contribuer au développement durable des territoires et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

5 Les retombées attendues et le potentiel de transformation durable du programme MD-UQ

Le programme MD-UQ générera des retombées importantes pour la population, les territoires et le système de santé québécois. Celles-ci découleront directement de sa vision renouvelée de la formation médicale, qui vise à recruter davantage de personnes issues des régions et des milieux urbains moins bien desservis, à les former autrement au cœur de ces territoires et à favoriser leur établissement durable dans les communautés où les besoins sont les plus importants. À terme, le programme contribuera simultanément à améliorer l'accès aux soins, à renforcer la santé des populations, à accroître l'efficience du réseau, à soutenir la rétention de la main-d'œuvre médicale, à dynamiser les territoires et à renforcer la capacité du système de santé à apprendre, à s'adapter et à s'améliorer. Les retombées présentées dans cette section ont fait l'objet d'une évaluation prospective fondée sur les données actuellement disponibles, des comparables pertinents et des hypothèses explicites, permettant d'en apprécier le potentiel tout en tenant compte des incertitudes inhérentes à un projet de cette nature.

Ces retombées s'inscrivent dans une proposition fondée sur l'arrimage entre les besoins prioritaires de la population et du RSSS, les orientations gouvernementales et les caractéristiques distinctives du modèle de formation du programme MD-UQ. Cet arrimage fait émerger sept axes complémentaires de retombées durables attendues, qui structurent l'analyse présentée dans cette section.

5.1 Un meilleur accès à des soins et services de proximité

Les premières retombées attendues concernent l'amélioration de l'accès à des soins et services de proximité, particulièrement dans les territoires et auprès des populations actuellement moins bien desservis. En augmentant le nombre de médecins formés en médecine de famille et dans certaines spécialités de base soutenant directement la première ligne, tout en favorisant leur établissement dans les milieux où les besoins sont les plus importants, le programme MD-UQ accroîtra significativement la capacité de prise en charge et rapprochera les soins des milieux de vie.

- **Environ 150 nouveaux médecins de famille par cohorte**, sur la base d'une capacité projetée de 200 personnes étudiantes et d'une cible de 75 % des diplômés s'orientant vers la médecine de famille.
- **Jusqu'à environ 750 médecins de famille additionnels après la diplomation de cinq cohortes d'ici 2041**[40], soit l'équivalent d'environ **40 % du déficit actuel estimé en médecins de famille** (voir section 4.1.3), selon les hypothèses retenues.
- **Environ 150 000 patients additionnels**[41] **par cohorte susceptibles d'être pris en charge en première ligne** pour l'ensemble du Québec.
- **Davantage de services disponibles à proximité des milieux de vie**, grâce à l'établissement de médecins de famille et de médecins exerçant dans d'autres spécialités de base qui soutiennent directement la première ligne, avec un potentiel de réduction de certains déplacements et transferts évitables.
- **Des bénéfices directs pour les patients et leurs proches :** diminution des dépenses personnelles, des pertes de temps et de revenus ainsi que du fardeau psychosocial pour les personnes et leurs proches qui se déplaceront moins pour recevoir leurs soins (Kornelsen *et al.*, 2021)[42].

Au-delà de l'augmentation de la capacité de prise en charge, une plus grande proximité des soins favorisera une **meilleure continuité des soins, des relations thérapeutiques plus stables et une réduction du fardeau associé à l'éloignement des services.** Ces retombées seront particulièrement importantes pour les populations rurales ou éloignées, les milieux urbains moins bien desservis, les Premiers Peuples ainsi que les personnes vivant dans des contextes de vulnérabilité.

40 Considérant qu'une première cohorte débute sa formation en 2031.

41 La capacité potentielle de prise en charge des futurs médecins formés est calculée en considérant que 1 000 patients sont pris en charge par futur médecin de famille formé, soit la borne basse de la fourchette canadienne observée (Collège des médecins de famille du Canada, 2025).

42 En moyenne, les déplacements requis pour recevoir des soins entraînaient 2 044 $ de dépenses personnelles par personne et par condition nécessitant un déplacement. Parmi les répondants ayant subi une perte de revenu, ces déplacements représentaient 17 jours de travail manqués et une perte moyenne de 2 276 $. Le niveau de stress associé aux déplacements atteignait 5,6 sur 10.

5.2 L'amélioration de la santé et du mieux-être de la population

Le programme MD-UQ contribuera également à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population en renforçant une approche de première ligne davantage axée sur la prévention, la promotion de la santé, la continuité des soins et la prise en compte des déterminants sociaux, culturels et territoriaux de la santé. L'ancrage longitudinal des futurs médecins dans les communautés favorisera une meilleure connaissance des réalités locales et des interventions davantage adaptées aux besoins des personnes et des populations.

- **Une prévention et une promotion de la santé renforcées**, en complément d'une approche centrée sur le traitement de la maladie, afin d'agir plus tôt sur les facteurs qui influencent la santé et le bien-être. À titre de repère, certaines interventions de santé publique dans des pays à revenu élevé ont été associées à des économies pouvant atteindre 14 $ pour chaque dollar investi (Agence de la santé publique du Canada, 2021).
- **Une détection plus précoce et une meilleure prise en charge des maladies chroniques**, soutenues par un suivi longitudinal et une première ligne plus accessible. À l'échelle du Québec, le potentiel économique indirect associé à une meilleure prévention et prise en charge de six grandes maladies chroniques a été estimé à environ **800 M$ par année** (Bounajm, *et al.*, 2014). Il s'agit d'un potentiel systémique auquel le programme MD-UQ pourrait contribuer.
- **Une meilleure continuité des trajectoires de soins**, particulièrement importante pour les personnes présentant des besoins complexes ou vivant avec plusieurs maladies chroniques.
- **Des soins davantage adaptés aux réalités sociales, culturelles et territoriales**, susceptibles de contribuer à réduire des inégalités sociales de santé en matière de soins et d'accès, à renforcer la confiance envers les services, et à favoriser le recours aux soins, notamment par le développement de pratiques culturellement sécurisantes et centrées sur la personne. À titre d'illustration, **49 % des Premières Nations vivant hors réserve, 50 % des Inuit et 37 % des Métis indiquent que des services culturellement adaptés les rendraient plus susceptibles de demander des soins** (Statistique Canada, 2024b) (voir section 4.2.2).

En misant sur la prévention et des soins continus, personnalisés et ancrés dans les réalités des communautés, le programme MD-UQ contribuera ainsi à **améliorer l'état de santé et l'expérience des personnes**, tout en favorisant une plus grande équité en santé et une utilisation plus pertinente des services.

5.3 La réduction des coûts évitables et une meilleure efficience du réseau

Dans un contexte où la santé représente la part la plus importante des dépenses publiques (Statistique Canada, 2026b) et où la pérennité du système demeure fragilisée par les contraintes budgétaires, la croissance des besoins et la rareté de la main-d'œuvre, **le renforcement de la première ligne constitue un levier important pour améliorer l'efficience du réseau** (Institut canadien d'information sur la santé, 2026). Ces pressions sont particulièrement sensibles dans les régions où les difficultés de recrutement et de rétention des médecins peuvent déplacer une partie de la demande vers les urgences, y compris pour des problèmes qui pourraient être pris en charge ailleurs. En renforçant la première ligne, la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle, le programme MD-UQ contribuera ainsi à **réduire certains recours évitables aux ressources hospitalières et spécialisées et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles.** Les résultats observés dans des modèles comparables permettent d'illustrer le potentiel associé aux approches de soins qu'il privilégie.

- **Une pression potentiellement moindre sur les urgences et les hospitalisations**, grâce à une meilleure continuité des soins et à une prise en charge coordonnée en première ligne. Certaines études ont observé une progression plus faible du recours à l'urgence chez les patients suivis par une équipe interprofessionnelle (McMurchy, 2023), tandis qu'une étude québécoise associe une forte continuité des soins à un recours à l'urgence **inférieur d'environ 32 %** (Ionescu-Ittu *et al.*, 2007).
- **Une réduction potentielle des réadmissions hospitalières.** Certains modèles reposant sur une meilleure coordination et une collaboration interprofessionnelle ont été associés à des diminutions des réadmissions pouvant atteindre **environ 20 %** dans les contextes étudiés (Kongkar *et al.*, 2025).
- **Une diminution du recours au dépannage médical**, favorisée par une plus grande stabilité des effectifs dans les territoires. Dans un contexte où le dépannage est devenu nécessaire au maintien de certains services, y compris dans des installations de plus en plus proches des grands centres (Brodeur, 2026), sa réduction pourrait générer des gains organisationnels et financiers. Selon le scénario analysé, **une diminution de 25 % du recours au dépannage représenterait des économies minimales de 1,2 M $ par année**[43]. Au-delà des économies de système reliées au dépannage, les plus grands gains concernent la continuité, l'accessibilité et la qualité des soins offerts.
- **Une réduction de certains recours et coûts associés aux services spécialisés**, par une plus grande capacité de prise en charge et un meilleur attachement à la première ligne. Une étude rapporte notamment que, parmi les personnes ayant recours aux services de

43 Cette évaluation considère uniquement les données de dépannage inscrites aux rapports financiers annuels de 2023-2024 des établissements régionaux de Santé Québec : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie et Nord-du-Québec. Les montants considérés couvrent uniquement les frais de séjour des médecins itinérants et dépanneurs assumés par les établissements. Ils excluent notamment les frais de transport et la compensation du temps de déplacement remboursés par la RAMQ (données non accessibles) et sous-estiment ainsi le coût total associé au recours au dépannage.

santé, celles sans attachement à un clinicien de première ligne depuis 5 à 10 ans présentent des coûts associés aux visites chez des médecins spécialistes environ 30 % plus élevés que celles bénéficiant d'un attachement depuis au moins 15 ans (Fitzsimon *et al.*, 2026). Une première ligne plus accessible et continue pourrait également contribuer à réduire certains transferts et hospitalisations évitables.

- **Une collaboration interprofessionnelle renforcée**, permettant une meilleure complémentarité des expertises et une utilisation plus efficiente des ressources du réseau. Cette approche contribuerait à offrir les bons soins, au bon moment, tout en préservant les ressources hospitalières et spécialisées pour les situations qui les requièrent.

Ces différents effets favoriseront ainsi une **prise en charge au bon niveau de soins, par les professionnels les mieux placés pour répondre aux besoins**, tout en réduisant la pression sur les urgences, les hôpitaux, les ressources spécialisées et les mécanismes temporaires de remplacement. Dans un contexte de croissance des besoins et de ressources limitées, cette capacité à mieux utiliser les ressources existantes constitue un levier central pour la **viabilité et la performance à long terme du système de santé.**

5.4 L'attraction et la rétention des médecins dans les régions ciblées

L'attraction et la rétention des médecins dans les régions et les populations ciblées constituent une autre retombée structurante du programme MD-UQ. Le modèle proposé repose sur l'hypothèse que la provenance des personnes étudiantes, leur immersion prolongée dans les milieux de pratique et les liens développés avec les communautés peuvent influencer leurs choix de résidence et de pratique. Cette orientation se traduit par trois cibles stratégiques structurantes (voir section 3.1.4) : au moins **75 % des personnes étudiantes** seront issues de régions rurales ou éloignées ou de milieux actuellement mal desservis, **75 % des personnes diplômées** s'orienteront vers la médecine de famille et **75 % des médecins formés** exerceront éventuellement en région ou auprès des populations ciblées. Le programme mise ainsi sur un continuum cohérent allant du recrutement à l'établissement professionnel, afin de créer des conditions favorables à une répartition plus durable de la relève médicale.

- **Une connaissance et un attachement durable au territoire favorisé dès la formation**, grâce à une immersion longitudinale dans les communautés plutôt qu'à une succession de stages ponctuels. La connaissance progressive des milieux, des équipes, des patients et des réalités locales contribuerait à renforcer le sentiment d'appartenance (voir la section 3.2.1).

- **Des conditions favorables à l'établissement et à la rétention.** Le mentorat auprès de médecins locaux, l'intégration aux équipes de soins, les réseaux d'entraide et la participation à la vie des communautés sont autant de leviers susceptibles de réduire l'isolement professionnel et de soutenir l'intégration dans le milieu (voir la section 3.2.3).
- **Un soutien qui se poursuit au-delà de la diplomation**, par le développement de communautés de pratique, d'activités de perfectionnement ainsi que d'occasions d'enseignement, de recherche et d'innovation dans les régions, afin de maintenir les liens professionnels et académiques avec les territoires.
- **Une relève médicale plus diversifiée et davantage représentative des communautés desservies**, en favorisant l'accès à la formation médicale de personnes provenant de régions, de milieux urbains moins bien desservis, des Premiers Peuples et d'autres groupes historiquement sous-représentés en médecine.
- **Un continuum allant de la formation à la pratique davantage arrimé aux besoins territoriaux**, notamment par l'optimisation des postes de résidence existants, le développement éventuel de programmes de résidence de l'UQ et l'exploration de trajectoires régionales structurées susceptibles de favoriser la continuité entre les différentes étapes de la formation médicale et le lieu de pratique.

En agissant simultanément sur **le recrutement, l'expérience de formation, l'accès à la résidence et l'environnement d'insertion professionnelle**, le programme MD-UQ vise ainsi à créer les conditions favorables à une répartition plus durable de la relève médicale et à une plus grande stabilité des effectifs dans les territoires où les besoins sont les plus importants.

5.5 L'activité économique et la vitalité des territoires

Les retombées du programme MD-UQ dépasseront le seul secteur de la SSS et contribueront à l'activité économique et à la vitalité des territoires. L'établissement durable de médecins et de leur famille, la présence de personnes étudiantes et le développement d'activités d'enseignement, de recherche et d'innovation sont susceptibles de générer des effets économiques directs et de renforcer les écosystèmes professionnels et universitaires régionaux. Une offre de soins plus stable et accessible localement soutiendra également l'attractivité des territoires et limitera certaines dépenses et pertes économiques associées à l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins.

- **Une activité économique locale accrue par l'établissement durable de médecins** en régions rurales et éloignées. À titre d'ordre de grandeur, l'établissement d'environ **105 nouveaux médecins de famille par année dans des régions rurales et éloignées pourrait générer près de 36 M$ d'activité économique locale annuellement**[44].
- **Une réduction du fardeau économique associé aux déplacements pour recevoir des soins hors du territoire**, en limitant certaines dépenses personnelles et pertes de revenu documentées plus haut. Une plus grande disponibilité locale des soins pourrait ainsi réduire une partie de ces pertes et contribuer à maintenir davantage de dépenses et d'activité économique dans les territoires de résidence.
- **Un renforcement des écosystèmes universitaires, professionnels et académiques régionaux**, par la présence de personnes étudiantes, d'enseignants, de chercheurs et de médecins engagés dans la formation, ainsi que par le développement de nouvelles possibilités d'enseignement, de perfectionnement professionnel, de recherche appliquée, d'innovation et de mobilisation des connaissances.
- **Une attractivité accrue des territoires**, puisqu'une offre de soins de proximité plus stable constitue un facteur de qualité de vie pour les citoyens et les familles et peut également contribuer à l'attractivité des milieux pour les travailleurs, les professionnels et les organisations.
- **Une capacité collective de développement renforcée**, grâce à l'intensification des collaborations entre les établissements universitaires de l'UQ, les établissements de Santé Québec, les municipalités, les MRC, les organismes communautaires et les autres partenaires locaux.

Ainsi, le programme MD-UQ générera un effet de levier qui dépasse la seule présence de nouveaux médecins : en combinant offre de soins de proximité, activité universitaire, emplois hautement qualifiés et partenariats territoriaux, il contribuera à renforcer à la fois l'économie locale, l'attractivité des milieux et leur capacité de développement à long terme.

44 Sur la base d'une étude réalisée en Ontario auprès de régions non urbaines (Hogenbirk *et al.*, 2021). Cette estimation doit toutefois être interprétée avec prudence : elle repose sur les retombées associées aux médecins de famille exerçant en milieu non urbain et ne permet pas d'extrapoler directement les effets liés aux médecins spécialistes ni à ceux qui s'établiraient dans des milieux urbains. Elle constitue donc vraisemblablement une estimation partielle du potentiel économique global du programme, auquel pourraient s'ajouter les dépenses professionnelles et personnelles des spécialistes établis en région ainsi que celles des médecins exerçant dans les territoires urbains ciblés.

5.6 Un système de santé plus durable, performant et résilient

Le programme contribuera aussi à rendre le système de santé plus durable, performant et résilient en renforçant durablement la première ligne et en développant une relève médicale mieux préparée à exercer dans des contextes complexes, changeants et caractérisés par une disponibilité variable des ressources. La stabilisation des effectifs, le généralisme, la collaboration interprofessionnelle et le déploiement d'une capacité de formation davantage distribuée sur le territoire constituent autant de leviers pour accroitre la capacité du RSSS à répondre aux besoins actuels et futurs.

- **Un renforcement structurel de la première ligne**, par l'augmentation et la stabilisation des effectifs dans les territoires, afin de réduire la vulnérabilité des services aux pénuries et aux fluctuations de main-d'œuvre et d'accroître leur capacité à maintenir une offre de soins dans le temps.
- **Une capacité accrue d'adaptation aux transformations du système de santé**, grâce à une formation médicale renouvelée conçue précisément pour préparer les futurs médecins à évoluer dans un RSSS en transformation, à exercer dans l'incertitude, à composer avec des ressources variables et à intégrer de manière critique, pertinente et responsable les technologies numériques, la télémédecine et l'IA, tout en contribuant à leur évaluation et à leur implantation.
- **Une pratique médicale plus durable dans le temps**, par l'intégration du bien-être, de la résilience, du mentorat, de la prévention de l'épuisement professionnel et de mesures visant à réduire l'isolement professionnel, particulièrement dans les milieux plus éloignés.
- **Une capacité de formation mieux répartie sur le territoire**, en développant des milieux d'enseignement hors des grands centres et en élargissant le bassin de médecins et de professionnels pouvant contribuer à la formation de la relève afin de mieux arrimer la formation aux **besoins populationnels** et de soutenir une plus grande **équité d'accès aux soins** entre les territoires.

En renforçant simultanément **la stabilité des effectifs, la collaboration, la capacité d'adaptation et la durabilité de la pratique**, le programme MD-UQ contribuera ainsi à une première ligne moins dépendante de solutions temporaires, mieux outillée pour faire face aux changements et davantage en mesure de maintenir une offre de soins de qualité dans le temps.

5.7 Le renforcement de la capacité d'apprentissage et d'amélioration continue du RSSS

Le programme MD-UQ renforcera la capacité d'apprentissage et d'amélioration continue du RSSS en faisant des territoires d'apprentissage de véritables espaces où s'articulent la formation, les soins, la recherche, l'innovation et les besoins des communautés. En exposant les personnes étudiantes à des problématiques réelles et en les amenant à analyser les données, à coconstruire des solutions avec les milieux et à en évaluer les effets, le programme MD-UQ favorisera le développement d'une culture d'amélioration continue directement ancrée dans les réalités territoriales.

- **Des territoires d'apprentissage conçus comme des milieux d'innovation, de recherche et d'amélioration des pratiques**, où les problématiques rencontrées localement peuvent alimenter des projets longitudinaux d'intervention communautaire. Les personnes étudiantes y sont amenées à identifier des besoins réels, à recueillir et analyser des données, à coconstruire des interventions avec les partenaires du milieu, puis à diffuser et mobiliser les connaissances produites en collaboration avec les autres professionnels, les chercheurs, les gestionnaires, les communautés et les organisations locales.
- **Des médecins mieux outillés pour mobiliser les données et l'IA au service de l'amélioration des pratiques**, grâce à une intégration transversale des technologies et de l'IA dans la formation qui développe leur compréhension de leurs fondements, de leurs limites, de leurs biais, de leurs enjeux éthiques et de leur pertinence clinique. Cette littératie critique devrait leur permettre de mobiliser plus judicieusement les données et l'IA pour soutenir leur raisonnement clinique, évaluer leurs pratiques, identifier des possibilités d'amélioration et participer au développement, à l'évaluation et à l'implantation d'innovations répondant aux besoins des milieux.
- **Le développement d'une culture d'innovation, d'évaluation et d'amélioration continue**, favorisant l'expérimentation de nouvelles approches, l'évaluation de leurs effets et l'adaptation des pratiques et des modèles de soins en fonction des apprentissages réalisés.
- **Des apprentissages qui se poursuivent au-delà de la diplomation**, grâce aux communautés de pratique, au développement professionnel continu, à la recherche et aux réseaux d'innovation, permettant aux médecins de demeurer en lien avec leur milieu et de contribuer à son évolution.

À terme, ces mécanismes pourront contribuer à instaurer progressivement une **logique de système apprenant**, dans laquelle les besoins des territoires alimentent la formation et la recherche, les données et les expériences cliniques servent à développer ou à adapter des solutions et les apprentissages qui en découlent sont réinvestis dans les pratiques, les organisations et la formation de la relève.

Dans leur ensemble, ces retombées s'inscrivent dans une même chaîne d'effets : recruter davantage dans les territoires, former au cœur des communautés, favoriser l'établissement durable des médecins, renforcer la première ligne, améliorer l'accès, la continuité et la prévention, réduire certains recours et coûts évitables et, ultimement, améliorer la santé de la population tout en renforçant la performance, la résilience et la capacité d'apprentissage continu du système. **Le programme MD-UQ se présente ainsi non seulement comme une capacité additionnelle de formation médicale, mais comme un levier de développement territorial et un véritable terreau d'innovation, favorisant l'émergence de nouvelles pratiques et contribuant à la transformation durable de la première ligne québécoise.**

6 Conclusion

Le Québec fait face à des défis majeurs en matière d'accès aux soins, d'équité territoriale, de continuité des services et de disponibilité de la relève médicale. Ces défis, largement documentés et reconnus par l'ensemble des acteurs du RSSS, exigent des réponses ambitieuses, structurantes et adaptées aux réalités contemporaines des populations et des territoires.

Le programme de doctorat de premier cycle en médecine proposé par l'UQ s'inscrit précisément dans cette perspective. Fondé sur les données probantes, les meilleures pratiques observées au Canada et à l'échelle internationale ainsi que sur une vaste démarche de consultation nationale, il propose une contribution distinctive, complémentaire et résolument tournée vers l'avenir. Son objectif n'est pas de reproduire les modèles existants, mais de bonifier l'écosystème québécois de formation médicale en développant une approche innovante et complémentaire centrée sur la première ligne, le généralisme, la responsabilité sociale et populationnelle, la santé durable, l'ancrage territorial, la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, le partenariat avec les communautés ainsi que l'utilisation judicieuse des technologies émergentes.

Les analyses réalisées dans le cadre de ce dossier démontrent la pertinence d'un tel positionnement. Sur le plan socioéconomique et socioculturel, le programme MD-UQ répond à des besoins importants en matière d'accessibilité, d'équité et de proximité des soins, particulièrement pour les populations vivant dans des régions urbaines ou rurales faisant face à des défis persistants d'accès aux soins, les communautés éloignées ou autochtones, ainsi que les personnes en situation de vulnérabilité sociale ou économique. Sur le plan systémique, il s'inscrit dans les grandes transformations qui traversent actuellement la formation médicale et le système de santé québécois. Il contribue au renforcement du généralisme, de la responsabilité sociale et populationnelle et de la collaboration interprofessionnelle, tout en intégrant les déterminants sociaux de la santé, la sécurisation culturelle, les innovations technologiques et l'IA. Le programme MD-UQ répond ainsi aux attentes croissantes envers une médecine plus accessible, plus équitable, plus collaborative et plus durable, sans perdre de vue le rôle fondamental de la relation humaine dans la pratique médicale. Sur le plan institutionnel, enfin, il s'appuie sur des forces déjà présentes au sein des établissements universitaires de l'UQ : un ancrage territorial exceptionnel, des expertises diversifiées en SSS, tant en formation qu'en recherche, une culture de collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle, des capacités de recherche et d'innovation reconnues, ainsi qu'une proximité durable avec les communautés et les partenaires à travers l'ensemble du Québec. Plus qu'un

nouveau programme de médecine, le programme MD-UQ constitue la convergence de ces forces distinctives développées par l'UQ depuis près de soixante ans qui se conjuguent au sein d'une vision commune de la formation médicale. C'est cette mobilisation de l'ensemble des forces de l'UQ au service des populations et des territoires qui constitue l'une des distinctions principales du programme MD-UQ et qui lui permet d'envisager la mise en œuvre d'un programme de médecine répondant aux besoins du Québec d'aujourd'hui et de demain.

Cette vision se traduit également par des choix structurants en matière de recrutement et de formation. En favorisant l'accès aux études médicales de personnes issues des régions rurales ou éloignées, des populations moins bien desservies et de groupes sous-représentés, en multipliant les occasions d'apprentissage dans les territoires, et en créant des liens durables entre les personnes étudiantes, les milieux de formation et les communautés, le programme MD-UQ entend renforcer l'attractivité de la médecine de famille, accroître la présence médicale dans les milieux moins bien desservis et favoriser une représentation plus diversifiée des populations québécoises au sein de la profession médicale. Il cherche ainsi, dans une perspective de complémentarité, à contribuer au développement d'une relève médicale davantage enracinée dans les milieux, attentive aux besoins des populations et profondément engagée envers les personnes et les collectivités que l'UQ dessert.

Dans ce contexte, la création du programme MD-UQ représente une occasion stratégique pour le Québec. En misant sur son université publique et sur sa capacité de mobilisation et de collaboration à l'échelle du territoire, le gouvernement du Québec peut poser un geste structurant dont les retombées se feront sentir pendant plusieurs décennies sur l'accès aux soins, la vitalité des régions et le développement d'une relève médicale engagée envers les communautés qu'elle dessert. En conjuguant excellence scientifique, responsabilité sociale, proximité, innovation et humanisme, le programme MD-UQ propose une vision renouvelée de la formation médicale et offre la possibilité de former une nouvelle génération de médecins capables non seulement de soigner, mais aussi de comprendre les réalités des populations, de collaborer avec les acteurs de leur milieu et de contribuer activement à l'amélioration de la santé collective.

Le Québec dispose aujourd'hui d'une occasion rare de renforcer durablement son système de santé en transformant la manière de former une partie de sa relève médicale. Les établissements universitaires de l'UQ sont prêts à relever ce défi aux côtés de leurs partenaires. À cette fin, l'UQ sollicite une autorisation gouvernementale permettant le financement des effectifs étudiants du programme, sous réserve de l'obtention de l'agrément préliminaire du CAFMC. Fidèle à son approche de complémentarité et de collaboration, elle réitère également sa volonté de travailler en concertation avec les facultés de médecine québécoises afin de contribuer collectivement au renforcement de la formation médicale et du système de santé au bénéfice de l'ensemble de la population québécoise.

Il appartient maintenant au gouvernement du Québec de saisir cette occasion et de poser un geste structurant dont les retombées se feront sentir pendant plusieurs générations, au bénéfice de la formation médicale, de la première ligne et des communautés partout au Québec.

7 Références bibliographiques

Aberman, Arnie et Wright, Dorothy. (2010). Gouvernance et organisation. Dans Geoffrey Tesson, Geoffrey Hudson, Roger Strasser et Dan Hunt (dir.), *La création de l'École de médecine du Nord de l'Ontario : Une étude de cas dans l'histoire de la formation médicale* (p. 143-170). McGill-Queen's University Press. http://www.jstor.org/stable/j.ctt1q604n

Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada - Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021.* https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html

Bahrini, Safa. (2022). *Étude de la diversité et de l'équité d'accès des candidats au niveau de l'admission des facultés franco-québécoises de médecine selon divers scénarios de pondérations des outils d'évaluation* [Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal]. http://hdl.handle.net/1866/26795

Benatia, David, Clavet, Nicholas-James, Fortin, Bernard et Gbeto, Josette Rosine A. (2025). *Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec* [Rapport de recherche]. (Michaud, Pierre-Carl, dir.). HEC-Montréal. https://cjp.hec.ca/wp-content/uploads/2025/05/rapport-complet-medecins-2025.pdf

Blais, Martin, Philibert, Mathieu, Samoilenko, Mariia, Latour, Anne-Charlotte, Baiocco, Michele, Galentino, Gabriel James et Chamberland, Line. (2022). *Inclusion, bien-être et santé des personnes de minorités sexuelles et de genre au Québec.* Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, UQAM. https://chairedspg.uqam.ca/wp-content/uploads/2022/03/Bien-Inclusion_etre_sante_personnes_minorites_sexuelles_genre.pdf

Boily, Daniel et Gentile, Davide. (2026, 30 avril). Patients orphelins : à mi-chemin des 500 000 inscriptions promises au Québec. *Radio-Canada Info*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2250209/patients-orphelins-gmf-vulnerables-caq

Bonin, Sylvie. (2024). *Quelles sont les caractéristiques de la population étudiante autochtone entrée à l'Université du Québec (UQ) en 2022 ?* Direction de la recherche institutionnelle, Université du Québec. https://docutheque.uquebec.ca/id/eprint/151/

Bonin, Sylvie. (2026). « *Être de première génération universitaire aujourd'hui, ça veut dire quoi ?* ». Direction de la recherche institutionnelle, Université du Québec. https://www.uquebec.ca/dri/publications/analyses_de_donnees/Note_EPGU_2026_VF.pdf

Bounajm, Fares, Dinh, Thy et Thériault, Louis. (2014). *Améliorer les habitudes de vie : des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec.* Le Conference Board du Canada.

Brisson Dubreuil, Laurence. (2026, 6 avril). Tensions entre Québec et les médecins : des étudiants remettent en question leur avenir. *Noovo info*. https://www.noovo.info/nouvelles/sante/article/tensions-entre-quebec-et-les-medecins-des-etudiants-remettent-en-question-leur-avenir/

Brodeur, Benoit. (2026). Dépannage : vers une gestion moderne et innovante. *Terrain d'entente*. https://lemedecinduquebec.org/archives/2026/4/terrain-d-entente/depannage-vers-une-gestion-moderne-et-innovante

CaRMS. (2022). *Postes vacants après le deuxième tour du jumelage principal R-1 de 2022 - selon la spécialité.* Récupéré le 18 septembre 2026 de https://www.carms.ca/pdfs/3jye8342bxE_R1_2_OverviewByDiscipline_FR.pdf

CaRMS. (2023). *Postes vacants après le deuxième tour du jumelage principal R-1 de 2023 - selon la spécialité*. Récupéré le 18 septembre 2026 de https://www.carms.ca/pdfs/3kue3632yvW_R1_2_OverviewByDiscipline_FR.pdf

CaRMS. (2024). *Postes vacants après le deuxième tour du jumelage principal R-1 de 2024 - selon la spécialité*. Récupéré le 18 septembre 2026 de https://www.carms.ca/pdfs/6lgf4255tuL_R1_2_OverviewByUniversity_FR.pdf

CaRMS. (2025). *Postes vacants après le deuxième tour du jumelage principal R-1 de 2025 - selon la spécialité*. Récupéré le 18 septembre 2026 de https://www.carms.ca/pdfs/55ek3941rhP_R1_2_OverviewByDiscipline_FR.pdf

CaRMS. (2026a). *2026 R-1 Match Data overview.* https://www.carms.ca/pdfs/2026-R-1-match-data-overview.pdf

CaRMS. (2026b). *Postes vacants après le deuxième tour du jumelage principal R-1 de 2026 - selon la spécialité.* Récupéré le 18 septembre 2026 de https://www.carms.ca/pdfs/67kg2428Hwq_R1_2_OverviewByDiscipline_FR.pdf

CIUSSS Saguenay–Lac-St-Jean. (2026). *État de situation de l'enseignement médical au Saguenay–Lac-Saint-Jean.* [Inédit]. Document de présentation préparé pour l'Université du Québec.

Coeur + AVC. (2023). *Défaillance du système : en raison des inégalités en matière de soins de santé, la santé cardiaque et cérébrale des femmes continue d'être négligée*. https://issuu.com/heartandstroke/docs/cavc_rapport_femmes_fevrier_2023

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2025). É*noncé du CMFC : Nombre de patients inscrits par médecin de famille au Canada*. https://coilink.org/20.500.12592/7c8y062

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2017). *CanMEDS-Médecine familiale 2017. Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation.* https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation-en-m%C3%A9decine/CanMEDS-Medecine-familiale-2017-FR.pdf

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2019). CanMEDS-MFP 2019. *Compétences au niveau prédoctoral - Perspective de la médecine familiale*. https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/%C3%89ducation/CanMEDS-FMU-2019_final_FRE.pdf

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2020). *CanMEDS - Médecine familiale: Document d'accompagnement sur la santé autochtone*. https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/CanMEDS-IHS-FRE-web.pdf

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2023). T*ournée des pôles en santé, Tome 1*. https://cms.cmq.org/files/documents/Pratique-medicale/p-1-2023-03-27-fr-rapport-tournee-des-poles-en-sante.pdf

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2024). *Tournée des pôles en santé, Tome 2*. https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/rapp-tournee-poles-sante-2-2024.pdf

Collège québécois des médecins de famille (CQMF). (2026). *Soignons la tech : pour une technologie au service des soins en première ligne*. https://publuu.com/flip-book/1068225/2413780

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2015). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins.* https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Association des facultés de médecine du Canada, Collège des médecins du Québec et Collège des médecins de famille du Canada. (s. d.). *Le référentiel CanMEDS.* https://canmedsproject.ca/fr/Framework

Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC). (2025). *Normes et éléments du CAFMC. Normes d'agrément des programmes d'études médicales en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine(MD)*.https://cacms-cafmc.ca/wp-content/uploads/2025/02/Normes-et-elements-CAFMC_AU-2026-2027_FINAL.pdf

Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC). (2026). *Règles de procédure du CAFMC*. https://cacms-cafmc.ca/wp-content/uploads/2026/07/CAFMC_Regles_de_procedure_publiees_2026-FINAL.pdf

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2018). *Faits saillants de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2015*. https://cssspnql.com/produit/ers-rapport-de-lenquete-regionale-sur-la-sante-des-premieres-nations-du-quebec-ers-2015/

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2021). *Évaluation des effets du Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuits au Québec (PFMPNIQ)*. https://files.cssspnql.com/index.php/s/jZzoiak2I8wVoED

Conseil médical du Canada. (2024). *Santé des Noirs*. https://mcc.ca/fr/objectifs/expert-medical/sante-des-populations-et-ses-facteurs-determinants/sante-des-noirs/

Côté, Nancy, Fleury, Charles et Mercure, Daniel. (2019). L'identité professionnelle des médecins de famille au Québec. *Recherches sociographiques, 60*(2), 287-328. https://doi.org/10.7202/1070973ar

Cousineau, Marie-Eve. (2026a, 3 mars). La médecine familiale plus boudée que jamais. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2026-03-03/etudiants-en-residence/la-medecine-familiale-plus-boudee-que-jamais.php

Cousineau, Marie-Eve. (2026b, 9 juin). Un nouveau programme de médecine familiale en région. *La Presse*.https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2026-06-09/universite-de-montreal/un-nouveau-programme-de-medecine-familiale-en-region.php

Cousineau, Marie-Eve. (2026c, 15 juin). Désolé, pas de rendez-vous médical disponible. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2026-06-15/guichet-d-acces-a-la-premiere-ligne/desole-pas-de-rendez-vous-medical-disponible.php

Doja, Asif, Bould, M. Dylan, Clarkin, Chantalle, Eady, Kaylee, Sutherland, Stephanie et Writer, Hilary. (2016). The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Medical Teacher, 38*, 410-418. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2015.1073241

Doray, Pierre, Dussault, Edmond-Louis, Rousseau, Yvan et Sauvageau, Lyne. (2018). *L'Université du Québec 1968-2018 - 50 ans de contributions éducatives et scientifiques au développement du Québec*. Presses de l'Université du Québec.

Echevin, Damien. (2025). *Anatomie de l'offre médicale en première ligne: contraintes et paradoxes. Effectifs, charge de travail et efficacité des investissements au Québec (1996-2024)*. CRCHUS, Université de Sherbrooke et ApexMachina. https://apexmachina.com/fr/publications/

EdHu2O5O. (2026). *Synthèse stratégique -État des lieux international - Intégration de l'IA dans la programme de Médecine* [Inédit]. Préparé pour Université du Québec.

Excellence en santé Canada. (s. d.). *Pratiques prometteuses pour la rétention du personnel soignant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées*. https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/retention-du-personnel-soignant-dans-les-communautes-nordiques-rurales-et-eloignees-pratiques-prometteuses/?utm

Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. (2025). *Directive sur la participation des sites de formation à la gouvernance du doctorat en médecine (Directive 2653-011)*. https://www.usherbrooke.ca/medecine/fileadmin/sites/medecine/documents_officiels/secteurs/pred/2653-011_dir_part_sites_gouv_prog_pred.pdf

Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). (2024). *La formation médicale délocalisée comme réponse à la hausse des admissions et la pénurie de médecins*. https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2024/04/jap_campus_deloc_20240414_v4.pdf

Fitzsimon, Jonathan, St-Amant, Antoine, Green, Michael E, Glazier, Richard H, Gayowsky, Anastasia, Premji, Kamila, Frymire, Eliot et Bjerre, Lise M. (2026). Primary care unattachment: impact on mortality, hospitalizations and costs. *Health Affairs Scholar, 4*(2). https://doi.org/10.1093/haschl/qxag030

Fortin, Bernard et Gbeto, Josette Rosine Aniwuvi. (2026). *Effet des mesures incitatives et coercitives sur la rétention régionale des médecins de famille* [Rapport de projet]. CIRANO. https://cirano.qc.ca/files/publications/2026RP-21.pdf

Fortin, Bernard, Ndoutoumou, Justin, Gbeto, Josette et Laberge, Maude. (2025). Attirer les médecins de famille en région ? Oui c'est possible. *Revue PERSPECTIVES. CIRANO*. https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2025PJ-02

Gaior, Camille et Gentile, Davide. (2026, 23 septembre). Des patients inscrits sans être vus : faut-il revoir la porte d'entrée? *Radio-Canada Info*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2283908/sante-acces-patients-inscrits-gmf-medecins

Goodfellow, Amelia, Ulloa, Jesus G, Dowling, Patrick, Talamantes, Efrain, Chheda, Somil, Bone, Curtis et Moreno, Gerardo. (2016). Predictors of primary care physician practice location in underserved areas. *Academic Medicine, 91*(9), 1313-1321. https://pure.psu.edu/en/publications/predictors-of-primary-care-physician-practice-location-in-underse/

Gouvernement de l'Ontario. (2021). Loi de 2021 sur l'Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, L.o. 2021, chapitre 25, annexe 16. https://www.ontario.ca/lois/loi/21n25

Gouvernement du Québec. (2023a) Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Chapitre G-1.021. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021

Gouvernement du Québec. (2023b). *Réalités associées à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres*. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/diversite-sexuelle-et-pluralite-des-genres/realites-associees-diversite-sexuelle-et-pluralite-genres

Gouvernement du Québec. (2023c). *Santé et bien-être des personnes LGBTQ+ : Diversité sexuelle etpluralitédesgenres*.https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-et-bien-etre-selon-le-sexe/sante-bien-etre-personnes-lgbtq/diversite-sexuelle-pluralite-genres/

Gouvernement du Québec. (2024). *Santé des femmes*. https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/droits-liberte/egalite-femmes-hommes/sante-femmes

Gouvernement du Québec. (2026a). Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Chapitre A-20.1.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-20.1.1

Gouvernement du Québec. (2026b). Loi sur les établissements d'enseignement de niveau universitaire. Chapitre E-14.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/e-14.1

Gouvernement du Québec. (2026c). *Services d'évacuations aéromédicales*. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/transport-medical/service-aeromedical-urgence?utm

Guilbert, Jean-Jacques. (1990). *Guide pédagogique pour les personnels de la santé* (6e éd.). Organisation mondiale de la santé.

Hamelin, William. (2026, 17 février). Campus délocalisé de médecine: L'Université de Sherbrooke et le CIUSSS MCQ font un pas supplémentaire. *L'Express*. https://www.journalexpress.ca/actualite/campus-delocalise-regional-medecine-universite-de-sherbrooke-ciusss-mcq-pas-supplementaire-drummondville/

Hogenbirk, John C., Robinson, David R. et Strasser, Roger P. (2021). Distributed education enables distributed economic impact: the economic contribution of the Northern Ontario School of Medicine to communities in Canada. *Health Economics Review, 11*(1), 20. https://doi.org/10.1186/s13561-021-00317-z

Hussain, Alice. (2025). *Répondre à l'appel. Stratégies pour accroître le nombre de médecins autochtones au Canada.* Le Conference Board du Canada. https://fsc-ccf.ca/fr/recherche/increasing-indigenous-physicians/

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2026). *Main-d'œuvre de la santé, 2024 : dotation en personnel et prestation de services*. https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2024/main-doeuvre-de-la-sante-2024-dotation-en-personnel-et-prestation-de-services

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2025). *Portrait sociodémographique de la diversité sexuelle et de genre : faits saillants*. https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/portrait-sociodemographique-diversite-sexuelle-et-genre-faits-saillants

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2026a). *Le bilan démographique du Québec - Édition 2026*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2026.pdf

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2026b). *Migrations internationales et interprovinciales - Régions administratives, Québec, 2001 à 2025.* Récupéré le 22 septembre 2026 de https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/709

Institut national de santé publique (INSPQ). (2008). *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation. Volet formation continue*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/800_cadre_de_reference.pdf

Institut national de santé publique (INSPQ). (2009). *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014_conditionsaccesservsantecommunrurales.pdf?utm

Institut national de santé publique (INSPQ). (2012). *Analyse des besoins de formation : processus scientifiques reliés aux fonctions transversales de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1612_analybesoinsforma_processusscientfoncttransvinspq.pdf

Institut national de santé publique (INSPQ). (2022). *Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2870-formations-securisation-culturelle-sante-services-sociaux.pdf

Institut national de santé publique (INSPQ). (2025). *Inégalités sociales de santé (ISS)*. https://www.inspq.qc.ca/inegalites-sociales-de-sante

Institut national de santé publique (INSPQ). (2026a). *Déterminants de la santé.* https://www.inspq.qc.ca/notions-sante-publique/determinants

Institut national de santé publique (INSPQ). (2026b). *Le vieillissement au Québec*. https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec

Ionescu-Ittu, Raluca, McCusker, Jane, Ciampi, Antonio, Vadeboncoeur, Alain-Michel, Roberge, Danièle, Larouche, Danielle, Verdon, Josée et Pineault, Raynald. (2007). Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ: Canadian Medical Association journal / Journal de l'Association médicale canadienne, 177*(11), 1362-1368. https://doi.org/10.1503/cmaj.061615

Jean, Pierre, Des Marchais, Jacques et Delorme, Pierre. (1993). A*pprendre à enseigner les sciences de la santé*. Publications Medeva.

Jones, Rhys, Poole, Phillippa, Barrow, Mark, Reid, Papaarangi, Crengle, Sue, Hosking, Jamie et Shulruf, Boaz. (2013). *Assessing Hauora Maori in Medical Students in Clinical Settings. Research Report.* Ako Aotearoa National Center for Tertiary Teaching Excellence. https://ako.ac.nz/assets/Knowledge-centre/NPF-08-003-Assessing-Hauora-Maori-in-Clinical-Settings/RESEARCH-REPORT-Assessing-Hauora-Maori-in-Medical-Students-in-Clinical-Settings.pdf

Katz, Alan, Pimlott, Nicholas, Ramsden, Vivian R et Slade, Steve. (2025). Résoudre la crise en médecine familiale : Recherche, données probantes, engagement collectif. *Médecin de famille canadien, 71*(6), 371-372. https://www.cfp.ca/content/71/6/371/tab-e-letters

Kongkar, Ruttanaporn, Ruksakulpiwat, Suebsarn, Phianhasin, Lalipat, Benjasirisan, Chitchanok, Niyomyart, Atsadaporn, Ahmed, Bootan, Puwarawuttipanit, Wimolrat, Chuenkongkaew, Wanicha et Adams, Jon. (2025). The Impact of Interdisciplinary Team-Based Care on the Care and Outcomes of Chronically Ill Patients: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 18,* 445-457. https://doi.org/10.2147/JMDH.S497846

Lachance, Miguelle-Éloïse. (2022, 1er avril). La première université autonome de médecine au pays célèbre son indépendance. *Radio-Canada Info*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1873459/statut-autonome-ecole-medecine-nord-ontario

Lawrence, Carlton, Mhlaba, Tsholofelo, Stewart, Kearsley A, Moletsane, Relebohile, Gaede, Bernhard et Moshabela, Mosa. (2018). The hidden curricula of medical education: A scoping review. *Academic Medicine, 93*(4), 648-656. https://dukespace.lib.duke.edu/server/api/core/bitstreams/e428e8e2-2c20-4c07-97ed-6c6d522757c0/content

Léger Opinion. (2025). *Perceptions sur le réseau de l'Université du Québec : Rapport de sondage* [Inédit]. Université du Québec.

Legris, Paul, Collerette, Pierre et Gosselin, Éric. (2024). *Étude sur les retombées actuelles et prévisibles du programme délocalisé en médecine de l'Université McGill en Outaouais*. Observatoire du développement de l'Outaouais. https://odooutaouais.ca/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-sur-les-retombees-du-Campus-Outaouais-14-novembre-2024.pdf

Lehmann, Lisa Soleymani, Sulmasy, Lois Snyder et Desai, Sanjay. (2018). Hidden curricula, ethics, and professionalism: Optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: A position paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine, 168*(7), 506-508. https://www.ovid.com/journals/aime/abstract/10.7326/m17-2058~hidden-curricula-ethics-and-professionalism-optimizing?redirectionsource=fulltextview

Levesque, Mylene, Hatcher, Sharon, Savard, Denis, Kamyap, Reine Victoire, Jean, Pauline et Larouche, Catherine. (2018). Physician perceptions of recruitment and retention factors in an area with a regional medical campus. *Canadian Medical Education Journal, 9*(1), e74-e83. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30140338/

Martin, Alex. (2026, 13 mars). 14 médecins ont quitté le réseau de la santé en trois mois au Saguenay–Lac-Saint-Jean.*LeJournaldeMontréal*.https://www.journaldemontreal.com/2026/03/13/14-medecins-ont-quitte-le-reseau-de-la-sante-en-trois-mois-au-saguenaylac-saint-jean

McMurchy, Dale. (2023). *Coûts évités dans les services d'urgence grâce aux centres de santé communautaire en Ontario*. Alliance pour les communautés en santé. https://www.allianceon.org/resource/Couts-evites-dans-les-services-durgence-grace-aux-centres-de-sante-communautaire-en-Ontario

Meyer, Rhoda, Archer, Elize et Smit, Liezl. (2025). The positive influence of the hidden curriculum in medical education: A scoping review. *Medical Science Educator, 35*, 1817-1826. https://link.springer.com/article/10.1007/s40670-025-02380-1

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021a). *La sécurisation culturelle en santé et services sociaux. Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et Inuit.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021b). *S'allier devant l'itinérance : Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Sondage sur l'attractivité de la médecine de famille auprès des étudiants en médecine du Québec* [Inédit].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024). *Plan d'action gouvernemental 2024-2029. La fierté de vieillir.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025a). *Politique gouvernementale de prévention en santé*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025b). *Programme national de santé publique 2025-2035 : Pour un Québec en santé, équitable et résilient*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2026). *Futurs étudiants, étudiants, externes et résidents*.https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026a). *Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003905/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026b). *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003993/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026c). *Politique nationale de soutien à domicile. Mieux chez soi.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-704-07W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026d). *Tout le monde compte 2025 : L'itinérance visible au Québec et son évolution : Résultats préliminaires de l'exercice du dénombrement.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-846-07W.pdf

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2026). *État d'équilibre du marché du travail à court et moyen terme. Édition 2026*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/imt/etat-equilibre/2026/RAP_IMT_Diagnostic_516_Professions_2026.pdf

Movsisyan, Ani, Wendel, Flora, Bethel, Alison, Coenen, Michaela, Krajewska, Joanna, Littlecott, Hannah, Stöckl, Heidi, Voss, Stephan, Wollmershäuser, Timo et Rehfuess, Eva. (2024). Inflation and health: a global scoping review. *The Lancet Global Health, 12*(6), E1038-E1048. https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00133-5/fulltext

Raleigh, Meghan F, Seehusen, Dean A, Phillips, Julie P, Prunuske, Jacob, Morley, Christopher P, Polverento, Molly E, Kovar-Gough, Iris et Wendling, Andrea L. (2022). Influences of medical school admissions practices on primary care career choice. *Family medicine, 54*(7), 536-541. https://journals.stfm.org/familymedicine/2022/july-august/raleigh-2021-0560/

Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). (s. d.). *Mécanisme de dépannage.* https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecin-omnipraticien-omnipraticienne/facturation/mecanisme-depannage

Richard, Amélie. (2021). *L'utilisation des habiletés de pensée pour mieux collaborer : développement, implantation et évaluation d'une approche de pratique réflexive en formation interprofessionnelle* [Doctorat en médecine expérimentale, Université Laval]. https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/b426aac0-4590-4460-89b0-51d9c008137d

Roy, Marie-Josée R. (2026, 12 septembre). Médecins : l'Université de Sherbrooke se mobilise pour le Centre-du-Québec. *Le Devoir.* https://www.ledevoir.com/actualites/sante/1007687/medecins-universite-sherbrooke-mobilise-centre-quebec

Samulowitz, Anke, Gremyr, Ida, Eriksson, Erik et Hensing, Gunnel. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management, 2018*. https://doi.org/10.1155/2018/6358624

Santé Québec. (2026). *Première ligne*. Récupéré le 2 octobre 2026 de https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDEyM2E2OGItN2RiYS00YTljLWE0NTEtOThiY2YwZTNhOTJlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFlMjRiZTFhNzk5MiJ9

Simard-Blouin, Amélie. (2024, 12 septembre). Depuis 20 ans, des centaines de médecins ont été formés en Mauricie. *Radio-Canada Info*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2102550/campus-medecine-trois-rivieres-udem

Sioui, Marie-Michèle. (2024, 29 juin). L'Université du Québec veut sa faculté de médecine. *Le Devoir*. https://www.ledevoir.com/actualites/education/815738/universite-quebec-veut-faculte-medecine

Sourial, Nadia, Layani, Géraldine, Strumpf, Erin, Laberge, Maude, Borgès Da Silva, Roxane, Britton, Emmanuelle, Barrette, Réal, Kiambati, Jophildy, Yapi, Marielle, Tremblay, Alexandre et Develay, Élise. (2026). *État du mieux-être et de la satisfaction des médecins de famille au Québec*. CIRANO. https://doi.org/10.54932/HBKL4677

Statistique Canada. (2023). *Dictionnaire, Recensement de la population, 2021.* Gouvernement du Canada. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/index-fra.cfm

Statistique Canada. (2024a). *Enquête sur l'information financière des universités et collèges*. Récupéré le 22 septembre 2026 de https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3121

Statistique Canada. (2024b, 4 novembre). Accès aux soins de santé et expériences connexes des peuples autochtones, 2024. *Le Quotidien*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/241104/dq241104a-fra.htm

Statistique Canada. (2026a). *Indice d'éloignement.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/17260001?utm

Statistique Canada. (2026b). *Ressources financières du système de santé et de services sociaux.* https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/ressources-financieres-systeme-sante-services-sociaux

St-Michel, Rita. (2025, 30 novembre). Réforme Dubé : des départs massifs de médecins dans le Haut-Richelieu inquiètent, prévient un médecin de famille... qui quitte aussi. *TVA Nouvelles*. https://www.tvanouvelles.ca/2025/11/30/reforme-dube-des-departs-massifs-de-medecins-dans-le-haut-richelieu-inquietent-previent-un-medecin-de-famille-qui-quitte-aussi

Strasser, Roger, Hogenbirk, John, Jacklin, Kristen, Maar, Marion, Hudson, Geoffrey, Warry, Wayne, Cheu, Hoi, Dubé, Tim et Carson, Dean. (2018). Community engagement: a central feature of NOSM's socially accountable distributed medical education. *Canadian Medical Education Journal, 9*(1), e33-e43. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30140333/

Tahatikonhsontontie' Environnement réseau de recherche en santé autochtone du Québec (ERRSA-Qc). (2024). *La sécurité culturelle en contexte de recherche en santé autochtone. Rapport final des discussions de la table ronde.* https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2024/06/Cultural-Safety-Report-FR-Final.pdf

Toronto Metropolitan University. (2026). *School of Medecine: Our Journey.* https://www.torontomu.ca/school-of-medicine/about/our-journey/

Université de Sherbrooke. (s. d. a). *Contingent québécois – catégorie collégiale Voie médecine pour la diversité socioéconomique*. https://www.usherbrooke.ca/etudes-medecine/programmes-detudes/doctorat-en-medecine/admission/contingent-quebecois-categorie-collegiale-voie-medecine-pour-la-diversite-socioeconomique

Université de Sherbrooke. (s. d. b). *Foire aux questions*. https://www.usherbrooke.ca/etudes-medecine/programmes-detudes/doctorat-en-medecine/admission/foire-aux-questions#acc-10200-2865

Université du Québec. (2022). *Approfondir l'engagement de l'Université du Québec à faire une meilleure place aux Premiers Peuples*. https://docutheque.uquebec.ca/id/eprint/205/

Université du Québec. (2024a). *Place aux Premiers Peuples à l'Université du Québec*. https://reseau.uquebec.ca/fr/nos-initiatives/premiers-peuples

Université du Québec. (2024b). *Présentation générale*. https://reseau.uquebec.ca/fr/a-propos/presentation-generale

Université du Québec. (2024c). *Qui sont les étudiantes et les étudiants et quels sont leurs besoins ? Rapport de recherche de l'IRPÉ*. https://docutheque.uquebec.ca/id/eprint/207

Université EMNO. (s. d.). *Canada's First Stand-Alone Medical University*. https://www.nosm.ca/about/nosm-university-information/

Villines, Zawn et Kuehnle, Francis. (2021). Gender bias in healthcare: Examples and consequences. *Medical News Today*. https://www.medicalnewstoday.com/articles/gender-bias-in-healthcare

Wayne, Sharon J, Kalishman, Summers, Jerabek, Roger N, Timm, Craig et Cosgrove, Ellen. (2010). Early predictors of physicians' practice in medically underserved communities: a 12-year follow-up study of University of New Mexico School of Medicine graduates. *Academic Medicine, 85*(10), S13-S16.

Annexes

Annexe 1	Mandat du MES confié à l'Université du Québec	164
Annexe 2	Organismes consultés	173
Annexe 3	Programmes analysés	177
Annexe 4	Liste des fournisseurs de données	182
Annexe 5	Rapport d'un consultant sur l'analyse des effectifs médicaux	183
Annexe 6	Membres du Comité d'orientation	216
Annexe 7	Membres du Comité de pilotage	218
Annexe 8	Piliers du programme MD-UQ	221
Annexe 9	Lettres d'appui	222
Annexe 10	Schéma du programme MD-UQ	311
Annexe 11	Liste des contrats d'affiliations, ententes cadres et partenariat stratégique avec les établissements de Santé Québec	312
Annexe 12	Exemple du territoire d'apprentissage d'une personne étudiante admise à l'UQAT – Rouyn-Noranda	313
Annexe 13	Exemple du territoire d'apprentissage d'une personne étudiante admise à l'UQTR – MRC La Tuque, Shawinigan, Grand-Mère	314
Annexe 14	Régionalisation des postes de résidence vacants en médecine de famille à l'issue du deuxième tour du CaRMS au cours des cinq dernières années	315
Annexe 15	Diplômes et attestations émis dans les programmes de santé et de services sociaux offerts à l'UQ et part québécoise des personnes diplômées de l'UQ dans les disciplines professionnalisantes	318
Annexe 16	Cliniques universitaires	323
Annexe 17	Ancrage dans les communautés : exemples de projets	325
Annexe 18	Exemples d'affiliations individuelles de recherche	331
Annexe 19	Unités, chaires de recherche et réseaux thématiques	337
Annexe 20	Exemples de mesures d'accueil, services en soutien à l'apprentissage et à l'accompagnement des personnes étudiantes et pratiques pédagogiques	344
Annexe 21	Recherche et formation avec, par et pour les Premiers Peuples	348

Annexe 1 — Mandat du MES confié à l'Université du Québec

Enseignement supérieur Québec

Numéro du contrat : 670003953

ANNEXE 2

DESCRIPTION DES BESOINS

Contexte

Actuellement, le réseau UQ est mobilisé principalement pour offrir l'année préparatoire au programme de médecine, dans les facultés délocalisées de l'Université de Sherbrooke à Chicoutimi (UQAC), de l'Université McGill à Gatineau (UQO), de l'Université Laval à Rimouski et Lévis (UQAR) et de l'Université de Montréal en Mauricie (UQTR). Ensuite, c'est l'Université à Charte qui reprend la charge des apprentissages sur le campus délocalisé. Il ne reste que l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) qui n'a pas de partenariat dans les universités régionales de l'UQ pour la formation médicale.

Malgré les efforts, de nombreux enjeux d'accessibilité à un médecin de famille en région demeurent, particulièrement dans le contexte du vieillissement de la population québécoise. Le MSSS pilote des travaux sur le sujet, comme le groupe de travail sur la médecine de famille en région et celui sur les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. L'augmentation actuelle des inscriptions pourrait ne plus suffire si cette tendance se maintient. Combinés aux besoins croissants de la population, le Québec s'exposerait donc à un risque de pénurie de médecins et à une diminution du niveau de service à la population.

Le président de l'UQ, qui souhaite la création d'un programme de médecine au sein du réseau UQ, plaide que son projet pourrait notamment assurer une meilleure rétention des médecins en région et ainsi solidifier le réseau public de la santé et des services sociaux. Ce projet, encore au stade embryonnaire, manque toutefois beaucoup de précisions. L'opérationnalisation du projet reste à définir, notamment en ce qui concerne la collaboration avec les facultés existantes et le réseau de la santé, les coûts et les délais.

Mandat

Le gouvernement du Québec explore diverses options pour former plus de médecins de famille et favoriser une meilleure rétention des médecins en région. Dans le cadre où l'Université du Québec sollicite un financement afin de documenter et de préciser comment celle-ci est en mesure de poursuivre et de développer le modèle de délocalisation du programme de médecine dans toutes les régions du Québec, le gouvernement souhaite octroyer une partie de la somme requise.

Il est souhaité que l'UQ démontre au gouvernement de quelle manière un programme de médecine UQ pourrait être donné en collaboration, mais également en complémentarité, avec les facultés de médecine existantes, ainsi qu'avec les programmes actuellement délocalisés, en mettant davantage l'accent sur la formation en médecine familiale et la rétention en région.

En échange d'un financement du ministère de l'Enseignement supérieur, une entente prévoit des livrables qui permettront de mieux définir le projet proposé. Les livrables devront être remis au gouvernement en septembre 2026.

Travaux attendus

Les documents exigés sont les suivants :

- Présentation du modèle proposé par l'UQ, axé sur la médecine de famille;
  - Précisions sur la collaboration envisagée avec les facultés de médecine existantes.

- Analyse des besoins suivants en lien avec la médecine :
  - Besoins identifiés par le milieu de la santé, notamment dans les régions non desservies par les facultés de médecine délocalisées (Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec, Côte-Nord, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine), les besoins spécifiques en médecine familiale et le vieillissement de la population.

- Opérationnalisation du programme ou d'une faculté additionnelle :
  - Gestion, coordination et gouvernance;
  - Arrimage et gouvernance avec les facultés de médecine existantes;
  - Agréments et autorisations nécessaires;
  - Admissions et inscriptions;
  - Recrutement d'étudiants;
  - Jumelage et stages (lien avec le CaRMS);
  - Lien avec le RSSS (découpage des régions, des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux et remodelage des places de stages);
  - Coûts et échéancier de mise en œuvre.

Guide de lecture du dossier d'opportunité du programme de MD-UQ par rapport au mandat confié par le MES et le MSSS

Ce guide de lecture vise à orienter le lectorat en fonction des attentes formulées par le MES et le MSSS en juin 2025 à l'égard du dossier d'opportunité. Pour chacun des points demandés, la ou les sections et, le cas échéant, l'annexe, qui y répondent sont précisées. Des éléments complémentaires, non expressément demandés, ont également été inclus dans le dossier d'opportunité et sont présentés à la fin du guide.

Mandat octroyé

Le gouvernement du Québec explore diverses options pour former plus de médecins de famille et favoriser une meilleure rétention des médecins en région. Dans le cadre où l'Université du Québec (UQ) sollicite un financement afin de documenter et de préciser comment celle-ci est en mesure de poursuivre et de développer le modèle de délocalisation du programme de médecine dans toutes les régions du Québec, le gouvernement souhaite octroyer une partie de la somme requise.

Il est souhaité que l'UQ démontre au gouvernement de quelle manière un programme de médecine UQ (MD-UQ) pourrait être donné en collaboration, mais également en complémentarité, avec les facultés de médecine existantes ainsi qu'avec les programmes actuellement délocalisés, en mettant davantage l'accent sur la formation en médecine de famille et la rétention en région.

En échange d'un financement du MES, une entente prévoit des livrables qui permettront de mieux définir le projet proposé. Les livrables devront être remis au gouvernement en septembre 2026.

Exigences du mandat	Réponses de l'UQ formulées dans les sections du DO
Présentation du modèle proposé par l'UQ, axé sur la médecine de famille	Le modèle MD-UQ est présenté à partir de sa vision et de ses éléments structurants ainsi qu'à partir de la définition de l'expérience de formation envisagée : **3.1 Une vision renouvelée de la formation médicale** On y présente les fondements du programme MD-UQ, soit **les piliers (3.1.1), les valeurs (3.1.2) et les thématiques transversales (2.1.3).** **La figure 1 et l'annexe 8** schématisent ces éléments. Aussi **trois cibles stratégiques structurantes sont annoncées (3.1.4).** **3.2 Une expérience de formation renouvelée** L'expérience de formation propose un **parcours de la personne (3.2.1 et annexes 11 et 12)** qui est organisé selon des territoires d'apprentissage attaché à un des établissements à vocation générale de l'UQ et prenant place dans un territoire de CLSC ou de MRC, permettant la mise en contact avec divers lieux potentiels de formation et les acteurs de la communauté. On y présente également des parcours qui sont flexibles et adaptés selon les réalités des personnes étudiantes selon trois modulations possibles : standard 4 ans, accéléré minimalement 3 ans et prolongé jusqu'à 5 ans. Le **modèle pédagogique proposé (3.2.2 et annexe 9)** s'organise autour d'activités pédagogiques simultanées : activités d'immersion-observation, études de cas et simulations, intégration aux équipes interprofessionnelles et intersectorielles, exposition à des situations cliniques, bases de la médecine, projet longitudinal d'intervention communautaire et formations ponctuelles. Ces activités sont menées en continu, mais varient en intensité selon la progression des personnes étudiantes. La section **3.2.3 présente les leviers de rétention :** des modalités d'accompagnement, pendant et après les études, destinées à favoriser la persévérance, la réussite et l'ancrage durable des personnes étudiantes dans leur formation et dans les communautés.

Exigences du mandat	Réponses de l'UQ formulées dans les sections du DO
Précisions sur la collaboration envisagée avec les facultés de médecine existantes	La section **Arrimage avec l'écosystème québécois de formation médicale (3.3.2)** présente les démarches qui ont déjà été entreprises auprès des autres facultés de médecine et affirme la volonté de consolider des partenariats avec celles-ci, dans un objectif de complémentarité. L'analyse des programmes de médecine au Québec a permis d'identifier des axes de collaboration ainsi que des expertises complémentaires à mettre de l'avant dans le développement du programme MD-UQ. Voir section **2.1.2 Analyse comparative des programmes et l'annexe 3 Programmes analysés** pour un aperçu des éléments distinctifs qui ressortent des travaux.
Analyse des besoins suivants en lien avec la médecine : • Besoins identifiés par le milieu de la santé, notamment dans les régions non desservies par les facultés de médecine délocalisées (Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec, Côte-Nord, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine), les besoins spécifiques en médecine familiale et le vieillissement de la population.	La section **4.1 sur l'opportunité socioéconomique** répond à ces demandes. Les **besoins différenciés selon les territoires et les populations (4.1.1)** présente les inégalités en santé dans les différents territoires et pour les populations vulnérables (Premières Nations et Inuit, communautés culturelles et personnes noires, personnes en situation d'itinérance ou de pauvreté, minorité sexuelle et de genre, femmes). Toutes les régions sont présentées, mais l'Abitibi-Témiscamingue, le Nord-du-Québec, la Côte-Nord, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine sont mentionnées à plusieurs reprises. Le vieillissement de la population est présenté à travers d'autres défis actuels. Les **enjeux d'accès (4.1.2)** et une analyse **des effectifs et des capacités médicales (4.1.3 et annexe 5)** sont présentés globalement, mais aussi dans une perspective historique et régionale. Les enjeux de **l'attraction de médecine de famille et de la pratique en région** est décortiquée dans la section **4.1.4** en intégrant des éléments issus des consultations du RSSS. La section sur les a**ttentes envers la formation médicale au Québec (4.1.6)** rapporte ce que les acteurs de santé et des services sociaux (établissements SSS, ordres et associations professionnelles, acteurs de la communauté) attendent comme **compétence du médecin** du futur ainsi que les **défis à surmonter** dans la formation médicale. Finalement, la section **Justification stratégique de la création du programme MD-UQ (4.1.7)** explicite en quoi le projet de l'UQ répond aux besoins du Québec exprimés dans les sections précédentes, et la section **4.1.8 et l'annexe 14** présentent les **appuis** reçus.

Exigences du mandat	Réponses de l'UQ formulées dans les sections du DO
Opérationnalisation du programme ou d'une faculté additionnelle	**3.3 Opérationnalisation du programme et condition de mise en œuvre** Voir les détails dans les lignes ci-dessous.
• Gestion, coordination et gouvernance	La section **Gestion, coordination et gouvernance (3.3.1)** présente l'état d'avancement des travaux de même que ce qui est pris en considération dans la réflexion : les critères d'agrément, les modèles existants et les modèles de partenariat en vigueur à l'UQ.
• Arrimage et gouvernance avec les facultés de médecine existantes	Au-delà des démarches entreprises pour la collaboration exprimées dans la section **Arrimage avec l'écosystème québécois de formation médicale (3.3.2)**, il aurait été prématuré d'aborder la gouvernance avec les autres facultés de médecine à l'heure actuelle. Toutefois, le dossier d'opportunité exprime longuement comment le programme MD-UQ sera en **complémentarité avec l'offre existante** dans la section **4.2 Opportunité systémique.** Une analyse fine des **autres programmes** a été réalisée et une synthèse est proposé à **l'annexe 3**.
• Agréments et autorisations nécessaires	La section **Démarrage : autorisation et agrément nécessaires (3.3.6)** détaille la nécessité d'obtenir **l'autorisation de financement par le MES** avant de pouvoir commencer le processus d'évaluation de la qualité. Elle explique en quoi le cheminement des approbations d'un programme de médecine est différent des programmes habituels. Elle explique aussi les **grandes étapes de l'agrément** par le CAFMC ainsi que des balises temporelles envisagées pour l'accueil d'une première cohorte trois ans après le début du processus et d'obtenir un agrément complet après dix ans.
• Admissions et inscriptions, et Recrutement étudiant	La section **Recrutement et admission (3.3.3)** présente la taille visée des cohortes et de leur répartition entre les établissements à vocation générale en fonction des besoins et des capacités de chacun. Elle met en valeur les critères d'admission renouvelés afin de recruter des profils différents de ceux admis actuellement par les facultés. Il est mentionné que des modalités de repérage et d'accompagnement précoces seront mis en place afin de favoriser le recrutement de profils recherchés. Il est aussi mentionné que les modalités d'admission et d'inscription seront précisées en fonction des mécanismes de gouvernance et des modalités de gestion du programme qui seront déployés. Le profil actuel des personnes étudiantes en médecine, les conditions de recrutement des facultés de médecine ainsi que la manière dont l'UQ s'en démarquera sont présentés à la section **Recruter une relève représentative des territoires et des communautés** (dans **4.2.2 Ancrage territorial**).

Exigences du mandat	Réponses de l'UQ formulées dans les sections du DO
• Jumelage et stages (lien avec le CaRMS)	La section **Jumelage et programmes de résidence (3.3.5)** propose plusieurs avenues pour la résidence : l'optimisation des places existantes, le développement de résidence en médecine de famille et dans les spécialités en soutien à la première ligne de même que la possibilité de développer des cheminements directs vers des résidences en médecine de famille, sans passer par le CaRMS. **L'annexe 13** présente une analyse de la régionalisation des postes de résidence en médecine de famille dans les dernières années.
• Lien avec le RSSS (découpage des régions, des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux et remodelage des places de stages)	La section **Arrimage avec l'écosystème québécois de formation médicale (3.3.2 et annexe 10)** présente les liens entretenus avec les établissements de santé. Elle présente la participation déjà effective des établissements de l'UQ dans les RUISSS et propose de la consolider au lieu de créer de nouveaux découpages du territoire. Le remodelage des places de stage est abordé à différents endroits du document, notamment dans **Le parcours de la personne étudiante (3.2.1)**. Le message principal est qu'au lieu d'organiser la formation pratique autour des grands centres hospitaliers, l'UQ misera en grande partie sur des milieux de première ligne et sur l'ensemble des milieux de soins de santé et de services sociaux (tant publics que privés) pour former des médecins de famille ancrés dans leur communauté. La section **Former dans les milieux où se vivent les réalités de première ligne** (dans la section **4.2.2 Ancrage territorial)** explique l'absence de rupture nette entre la formation préclinique et l'externat.
• Coûts et échéancier de mise en œuvre	La section **Modèle financier : planification, mise en œuvre et opération (3.3.7)** répond à ce point. Elle est accompagnée d'une **feuille de route (Figure 3).**

Exigences du mandat	Réponses de l'UQ formulées dans les sections du DO
Consultation des différents partenaires nationaux. Cette consultation doit inclure, sans s'y restreindre : • Ministère de l'Enseignement supérieur ; • Ministère de la Santé et des Services sociaux ; • Santé Québec ; • Collège des médecins du Québec ; • Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ; • Fédération des médecins spécialistes du Québec ; • Fédération des étudiants en médecine du Québec ; • Fédération des médecins résidents du Québec ; • Facultés de médecine existantes (Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Université McGill et Université Laval) ; • Service canadien de jumelage des résidents ; • Autre, au besoin.	La tournée de consultation qui a mobilisé plus d'une centaine d'organisations des milieux universitaire, gouvernemental, professionnel, clinique, communautaire et citoyen a permis de rallier des appuis significatifs et de recueillir les perspectives d'un large éventail d'acteurs concernés par l'avenir de la formation médicale et de l'organisation des soins au Québec. **L'annexe 2 – Organismes consultés** présente l'ensemble des consultations réalisées. Il est toutefois à noter que la **Fédération des médecins résidents du Québec** de même que le **Service canadien de jumelage des résidents** n'ont pas encore été rencontrés puisque la question des résidences sera traitée dans le cadre de la prochaine phase du projet.

Au-delà des éléments demandés, l'UQ est allée plus loin dans le dossier d'opportunité :

- La section **2.1** décrit la **démarche de l'UQ :** la plus grande consultation de son histoire, l'analyse des programmes existant, l'analyse de données sociodémographique et sociosanitaires, l'analyse des orientations du RSSS et les travaux des **comités d'orientation (annexe 6) et de pilotage (annexe 7).**
- Le **recrutement du corps professoral (3.3.4)** met de l'avant qu'il y a une marge pour plus d'implication des médecins de famille dans leurs tâches dédiées à l'enseignement, notamment en région. Misant sur un vaste réseau de médecins enseignant et sur un réseau interprofessionnel d'enseignants, un modèle proposé par l'UQ est également présenté pour diversifier, élargir et ancrer le bassin d'enseignants dans les territoires. Il est aussi mis de l'avant l'expérience de SFU, TMU et de l'Université de Sherbrooke qui ont recruté facilement lors de leur développement alors qu'on leur avait prédit beaucoup d'embûches.
- L'ancrage avec les orientations actuelles du gouvernement et du RSSS est décrit à la section **4.1.5 Le programme MD-UQ : une contribution aux visées transformatrices des nouvelles politiques en SSS** qui analyse les documents gouvernementaux récents en santé et services sociaux.
- La section **4.2 sur l'opportunité systémique** met en lumière les nouveaux modèles de formation médicale au Canada et le mouvement de modernisation dans lequel ils s'inscrivent (**4.2.1 Modernisation de la formation médicale au Canada**). Cette section positionne les thématiques transversales du programme MD-UQ par rapport aux autres programmes au Québec :
  - **4.2.2 Ancrage territorial, sécurisation culturelle et équité en santé**
  - **4.2.3 Renforcer la première ligne par une formation fondée sur le généralisme et la continuité des soins**
  - **4.2.4 Former en intégrant des compétences humaines, scientifiques et cliniques**
  - **4.2.5 Construire une médecine collaborative**
  - **4.2.6 Préparer la médecine de demain : intelligence artificielle, innovations et transformation des pratiques**
  - **4.2.7 Soutenir la durabilité de la profession médicale : bien-être, équilibre de vie et prévention à l'épuisement professionnel**
- La section **Une occasion unique de transformer la formation médicale québécoise (4.2.8)** présente un tableau synthèse des principaux éléments distinctif du programme MD-UQ.
- La section **Favoriser la rétention grâce à un continuum d'appartenance et de pratique** (dans la section **4.2.2 Ancrage territorial**) met en valeur les modalités post-formation que l'UQ souhaite mettre en place pour favoriser la rétention des médecins.

- Les forces de l'UQ sont présentées à la section **4.3 Opportunités institutionnelles**, sous l'angle de l'expertise en santé et service sociaux, tant dans la **formation (4.3.1)** que dans **la recherche (4.3.2), l'ancrage territorial (4.3.3 et annexe 17) et dans le soutien aux personnes étudiantes (4.3.4 et annexe 20).** Les **infrastructures** existantes sont notamment mises de l'avant dans le texte et dans l'**annexe 19.**
- D'autres annexes mettent en valeur :
  - **les attestations et diplômes délivrés par l'UQ dans l'un des programmes offerts dans plus de 20 disciplines et domaines liés à la SSS (annexe 15) ;**
  - **les cliniques universitaires (annexe 16) ;**
  - **les affiliations individuelles des chercheurs et chercheuses (annexe 18) ;**
  - **la recherche et la formation avec, par et pour les Premiers Peuples (annexe 21).**
- Une section sur les **retombées** (section 5) résume l'ensemble des retombées escomptées, tant quantitatives que qualitatives, sur les plans de l'accès aux soins et services de proximité, de l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population, de la réduction des coûts évitables et d'une meilleure efficience du RSSS, de l'attraction et de la rétention des médecins dans les régions ciblées, de l'activité économique et de la vitalité des territoires, de la durabilité, de la performance et de la résilience du système de santé ainsi que du renforcement de la capacité d'apprentissage et d'amélioration continue du RSSS.

Annexe 2 — Organismes consultés

Établissements de l'UQ

- Université du Québec à Montréal (UQAM)
- Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
- Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
- Université du Québec à Rimouski (UQAR)
- Université du Québec en Outaouais (UQO)
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
- Institut national de la recherche scientifique (INRS)
- École nationale d'administration publique (ENAP)
- École de technologie supérieure (ÉTS)
- Université TÉLUQ

Université québécoises et leurs facultés de médecine

- Université de Montréal (UdeM)
- Université de Sherbrooke (UdeS)
- Université Laval (ULaval)
- Université McGill (McGill)

Université canadiennes et leurs facultés / écoles de médecine

- Université d'Ottawa (UOttawa)
- Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO)
- Simon Fraser University (SFU)
- Toronto Metropolitan University (TMU)

Établissements et organisations du réseau de la santé et des services sociaux

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Santé Québec (SQ)
- Santé Québec Chaudière-Appalaches
- Santé Québec Abitibi-Témiscamingue
- Santé Québec Outaouais
- Santé Québec Côte-Nord
- Santé Québec Gaspésie
- Santé Québec Montérégie-Ouest
- Santé Québec Lanaudière
- Santé Québec Laval
- Santé Québec des Îles
- Santé Québec Bas-St-Laurent
- Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

- SantéQuébecMauricie-et-Centre-du-Québec–Universitaire
- SantéQuébecCentre-Sud-de-l'Île-de-Montréal–Universitaire
- Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire
- Santé Québec Baie-James
- Comité national des usagers de Santé Québec (CNU)

Organisations du réseau de la santé et des services sociaux ou organismes dédiés aux Premiers Peuples

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)
- Centre de santé de Mashteuiatsh – Saguenay–Lac-Saint-Jean
- Centre de santé d'Odanak – Centre-du-Québec
- Centre de santé et services sociaux de Pessamit – Côte-Nord
- Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent – Capitale-Nationale
- Centre de santé Tshukuminu Kanani de Nutashkuan – Montréal
- Centre de santé Unamen Shipu – Côte-Nord
- Centre Wanaki – Outaouais
- Centre d'amitié autochtone de Sept-Îles – Côte-Nord
- Centre d'amitié autochtone Capetciwotakanik – Mauricie
- Centre d'amitié autochtone de Lanaudière – Lanaudière
- Centre d'amitié autochtone de Maniwaki – Outaouais
- Centre d'entraide amitié autochtone de Senneterre – Abitibi-Témiscamingue
- Montréal Autochtone – Montréal

Ordres professionnels et autres organisations professionnelles

- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Corporation des paramédics du Québec (CPQ)
- Fédération des kinésiologues du Québec (FKQ)
- Ordre des chiropraticiens du Québec (OCQ)
- Ordre des dentistes du Québec (ODQ)
- Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec (ODNQ)
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Ordre des optométristes du Québec (OOQ)
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ)
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ)
- Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCFQ)
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

- Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC)

Fédérations médicales

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

Municipalités régionales de comté (MRC)

- La plupart des MRC du Québec dans le contexte du forum de la Fédération québécoise des municipalités

Représentants des communautés, organismes communautaires et associations citoyennes

Regroupements de patients

- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)
- Alliance des patients pour la santé (APS)
- Regroupement provincial du comité des usagers (RPCU)

Île de Montréal

- Coalition montréalaise des Tables de quartier (CMTQ)
- Coalition de la Petite-Bourgogne Griffintown / Quartier en Santé
- Concertation Ville-Émard / Côte St-Paul
- Corporation de développement communautaire Plateau-Mont-Royal
- Corporation de développement communautaire de la Pointe – région Est de Montréal
- Corporation de développement communautaire Solidarité Saint-Henri
- Mercier Ouest Quartier en santé (MOQS)
- Table de concertation du faubourg Saint-Laurent (TCFSL)
- Table ronde du Quartier chinois de Montréal (TRQCM)

Région de l'Abitibi-Témiscamingue

- Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) – Rouyn-Noranda
- ATD Quart Monde – *organisme pour contrer la pauvreté*
- Attractivité Abitibi-Témiscamingue (AAT) – *soutien aux municipalités régionales du comté pour attirer des étudiants et des travailleurs*
- Carrefour de Rouyn-Noranda – *services communautaires*

- Centre d'action bénévole de Rouyn-Noranda – *promouvoir et développer l'action bénévole*
- Comité du réseau d'entraide Montbeillard – *ressources d'aide pour les personnes aînées*
- Fraternité Saint-Michel – *ressources d'aide pour les jeunes*
- La Maison de la famille de Rouyn-Noranda – *services communautaires*
- Les Intrépides de Rouyn-Noranda – *services d'aide à domicile*
- Maison des jeunes de Rouyn-Noranda – *lieu de rencontre pour les jeunes*
- Neighbours Abitibi-Témiscamingue – *services à la communauté anglophone*
- Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue de l'UQAT – *soutien à la prise de décision éclairée des acteurs locaux et régionaux*
- Regroupement d'associations de personnes handicapées Abitibi-Témiscamingue – *défense des droits et l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de handicap*
- Société Alzheimer Abitibi-Témiscamingue – *soutien aux personnes vivant avec un trouble neurocognitif affectant la mémoire, les proches aidants et la famille*
- Ville de Rouyn-Noranda
- Ville et villages en santé Rouyn-Noranda – *améliorer la qualité de vie et la santé globale de la communauté*

Région du Bas-Saint-Laurent

- Accueil et intégration Bas-Saint-Laurent – *accompagnement des personnes immigrantes et réfugiées*
- Aux Trois Mâts – *réinsertion sociale en dépendances*
- Centre prévention suicide de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques – *prévention du suicide*
- Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Est du Bas Saint-Laurent – *lutte contre les agressions à caractère sexuel*
- Centre de lecture, d'écriture et de formations Mitis-Neigette – *aide à l'alphabétisation populaire*
- Carrefour Jeunesse-Emploi Mitis – *aide à la recherche d'emploi*
- Centre de pédiatrie sociale en communauté
- Je raccroche – *accompagnement au raccrochage scolaire et au maintien de la formation*
- La Maison des familles de La Mitis – *soutien aux familles*
- La Maison des Tournesols – *accompagnement des personnes vivant des difficultés émotionnelles, des problèmes de santé mentale ou une différence intellectuelle*
- L'Arrimage – *centre de traitement des dépendances*
- Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit du Bas-du-Fleuve – *défense des droits en santé mentale*
- Héritage Bas-Saint-Laurent – *soutien aux personnes et aux familles anglophones*
- Regroupement Acti-Familles – *aide à l'amélioration des conditions de vie des familles*
- Uniphare – *accompagnement des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres*
- Ville de Mont-Joli

Annexe 3 — Programmes analysés

Dans le cadre des travaux préparatoires au développement du programme MD-UQ, une analyse comparative de programmes de formation médicale au Québec, au Canada et à l'international a été réalisée afin d'identifier des approches, des modèles et des pratiques susceptibles d'inspirer sa conception. Une analyse distincte a également été menée sur l'intégration de l'IA et des technologies de la santé dans la formation médicale. S'appuyant sur des analyses documentaires, des rencontres exploratoires et des données publiques, ces travaux ont permis de dégager les principaux éléments distinctifs des programmes analysés, dont un aperçu est présenté dans cette section.

Programmes de formation médicale inspirants pour le développement du programme MD-UQ

Au Québec

- **Université Laval, Doctorat de 1er cycle en médecine – Faculté de médecine**

  Formation ancrée dans le développement durable et la responsabilité sociale, mettant la santé des populations, le bien-être collectif et la réponse aux enjeux sociétaux et environnementaux au cœur de sa mission.

- **Université McGill, Doctorat en médecine MDCM – Faculté de médecine et des sciences de la santé**

  Formation fondée sur l'excellence en éducation médicale, l'apprentissage continu, la responsabilité sociale et l'inclusion, misant sur une culture de collaboration interprofessionnelle, le rayonnement local et international, l'intégration croissante de l'intelligence artificielle, le soutien à la médecine de famille et un environnement d'apprentissage bilingue.

- **Université de Montréal, Doctorat de 1er cycle en médecine – Faculté de médecine**

  Formation renouvelée intégrant des contenus émergents tels que la santé numérique, la santé durable, l'équité, la diversité et l'inclusion, les arts et humanités ainsi que la relation patient-médecin, grâce à une approche par blocs thématiques favorisant l'intégration des apprentissages et le développement de l'identité professionnelle.

- **Université de Sherbrooke, Doctorat en médecine – Faculté de médecine et des sciences de la santé**

  Formation sans cours magistraux, fondée sur l'apprentissage actif, l'immersion clinique précoce, le service à la communauté et le partenariat avec les patients, dans une perspective de professionnalisation, de responsabilité sociale et de développement progressif des compétences.

Au Canada

Nouveaux programmes (selon les statuts d'agrément du CAFMC)

- **Simon Fraser University : SFU Stephens Family School of Medecine** (Agrément préliminaire)

  Modèle de formation communautaire visant à accroître l'équité et l'accès aux études de médecine par des processus d'admission inclusifs, tout en favorisant l'immersion dans les communautés, la compréhension des déterminants sociaux de la santé, la collaboration interprofessionnelle et la formation de médecins engagés envers les soins primaires et la médecine de famille, soutenus par un corps professoral représentatif des populations desservies.

- **Toronto Metropolitan University** (Agrément préliminaire)

  Modèle de formation médicale fondé sur une approche communautaire et socialement responsable, intégrant l'équité, la diversité et l'inclusion, les soins primaires, la collaboration interprofessionnelle, l'utilisation des technologies ainsi qu'une compréhension des déterminants sociaux de la santé, grâce à un modèle de formation intégré favorisant le renforcement progressif des apprentissages.

- **York University** (Statut de demandeur)

  Formation médicale accélérée de trois ans axée sur les soins primaires, la prévention et la santé des communautés, misant sur l'apprentissage interprofessionnel en situation réelle, l'intégration des partenaires communautaires, l'innovation en santé et une approche holistique favorisant l'équité, la collaboration et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

- **École de médecine du Nord de l'Ontario** (Agrément complet)

  Formation déployée sur tout le territoire (et « hors les murs »), dans près de 90 communautés rurales, éloignées et autochtones et/ou mal desservies – et en partenariat avec celles-ci – favorisant l'immersion précoce, l'apprentissage des déterminants de la santé en contexte réel et le développement d'une pratique généraliste adaptée aux besoins des populations.

- **Prince Edward Island University** (campus régional de la faculté de médecine de Memorial University de Terre-Neuve-et-Labrador)

  Formation médicale décentralisée et intégrée, ancrée dans les communautés, favorisant une immersion précoce en médecine de famille et en soins de proximité.

- **Southern Alberta Medical Program** (en partenariat avec l'Université de Calgary et l'Université de Lethbridge)

  Formation médicale décentralisée visant à réduire les obstacles à l'accès aux études de médecine pour les personnes issues des milieux ruraux et autochtones afin d'attirer, former et retenir des médecins profondément enracinés dans leurs communautés et engagés à répondre durablement aux besoins des populations régionales.

Programmes reconnus pour leur contribution à la médecine de famille et aux soins de proximité

- **McMaster University, École de médecine Michael G. DeGroote**

  Formation accélérée de trois ans, fondée sur l'apprentissage par problèmes et le tutorat en petits groupes, combiné à une exposition clinique précoce et à un nombre accru de stages optionnels permettant aux étudiants de développer leur autonomie, d'approfondir leurs champs d'intérêt et d'intégrer rapidement les connaissances à la pratique médicale.

- **University of Calgary, Cumming School of Medicine**

  Formation accélérée de trois ans, intégrée et centrée sur le patient, reposant sur une approche pédagogique qui privilégie l'auto-apprentissage et la responsabilisation de l'étudiant plutôt que le cours magistral traditionnel, tout en favorisant une exposition clinique précoce, l'apprentissage interprofessionnel et un engagement durable envers les communautés desservies.

- **Western University, École de médecine et de dentisterie Schulich**

  Formation axée sur les compétences et l'apprentissage actif, combinée à un modèle décentralisé dans plus de 60 communautés, favorisant l'exposition à la diversité des milieux de soins, l'engagement communautaire ainsi que l'intégration d'activités de recherche et d'apprentissage par le service.

À l'international

- **University of California (Californie, É.-U.)**

  Réponse à la pénurie de médecins et aux besoins des populations défavorisées du territoire et recrutement de personnes issues des groupes sous-représentés par des parcours complémentaires (UC PRIME) différents dans chacune des six facultés formant à la prise en charge de personnes n'ayant pas un accès régulier à des soins médicaux de qualité (p. ex. : soins ruraux, santé autochtone, santé des personnes immigrantes).

- **Physician Area Shortage Program (PASP) : Jefferson Medical College (Pennsylvanie, É.-U.)**

  Formation visant à accroître le nombre de médecins exerçant en régions rurales et dans les petites communautés en favorisant l'admission, la formation et le soutien d'étudiants ayant des racines dans ces milieux, tout en leur offrant des parcours flexibles de recherche, du mentorat et des occasions de personnaliser leur formation en fonction de la spécialité envisagée afin de faciliter la transition vers la résidence.

- **WWAMI Project : University of Washington School of Medicine (Washington, É.-U.)**

  Modèle unique de formation médicale régionale couvrant cinq états, conçu pour améliorer l'accès aux études de médecine et répondre aux besoins des populations rurales mal desservies, tout en favorisant le recrutement et la réussite d'étudiants issus de communautés sous-représentées.

- **CDU Menzies Medical program Charles Darwin University (Australie)**

  Programme de cinq ans axé sur la santé communautaire, la santé des Premières Nations et la médecine rurale, offrant des expériences cliniques immersives en régions éloignées afin de former des médecins aptes à répondre aux besoins des communautés mal desservies.

- **Flinders University (Australie)**

  Formation axée sur le généralisme, la médecine rurale et la pratique en régions éloignées pour répondre aux besoins des territoires – exposition clinique immersive dès la première semaine du programme dans divers milieux cliniques (établissements de soins pour personnes âgées, organismes communautaires, etc.).

- **Université de l'Arctique (Norvège)**

  Modèle de formation médicale décentralisée de six ans réparti sur plusieurs campus et régions nordiques, offrant aux personnes étudiantes des expériences d'apprentissage dans des contextes géographiques et cliniques diversifiés, tout en intégrant des parcours de recherche permettant de développer une culture scientifique et de renforcer la recherche en soins de première ligne et dans les communautés desservies.

Intégration de l'IA et des technologies de la santé dans la formation médicale

Réalisée par la Fondation EdHu2050 (2026), l'analyse de dix programmes de formation intégrant l'intelligence artificielle (IA) en médecine a permis de dégager quatre modèles particulièrement pertinents pour le programme MD-UQ, présentés ci-après.

- Stanford University School of Medicine (États-Unis) – *Doctorat en médecine (MD)* (4 ans)
- National University of Singapore (NUS) (Singapour) – *Baccalauréat en médecine et en chirurgie* (MBBS) (5 ans)
- Carle Illinois College of Medicine (CI MED) (États-Unis) – *Doctorat en médecine (MD)* (4 ans)
- Université de Mons (UMons) (Belgique) – *Doctorat en médecine (MD)* (6 ans)
- Tsinghua University School of Medicine (Chine) – *Doctorat en médecine (MD)* (8 ans)
- Université de Toronto (Temerty Faculty of Medicine) (Canada) – *Doctorat en médecine (MD)* (4 ans)
- Université d'Oxford (Nuffield Department of Primary Care Health Sciences) (Royaume-Uni) – *Maîtrise en santé numérique appliquée (MSc)* (1 an)
- Harvard Medical School (États-Unis) – *Doctorat en médecine (MD)* (4 ans)
- Université de la Colombie-Britannique (University of British Columbia, UBC) (Canada) – *Doctorat en médecine (MD)* (4 ans)
- Université Paris Cité (France) – *Diplôme universitaire (DU)* (90 heures)

Modèles particulièrement pertinents pour le programme MD-UQ

Parmi les dix programmes analysés, les quatre modèles jugés les plus pertinents pour le programme MD-UQ sont les suivants :

- **Université de Mons : le modèle de référence francophone**

  Première université au monde à avoir intégré l'intelligence artificielle de façon structurelle dans un programme de médecine. Développé entre 2017 et 2024, sous la direction du Pr Briganti, ce programme prévoit une intégration progressive de l'IA tout au long de la formation (avec des cours notamment de statistiques ; régression, apprentissage automatique (*machine learning*) et éthique. Une maîtrise est également offerte en informatique médicale et législation. Au total, les étudiants reçoivent 100 heures de formation sur l'IA, soit l'équivalent de la formation en anatomie.

L'ensemble des enseignants cliniques intègrent au moins un cas d'usage de l'IA dans leur enseignement. Le *Reality-based Challenge*, projet réalisé à partir de données réelles et évalué par un jury, constitue la pierre angulaire du dispositif pédagogique.

L'absence d'un volet spécifique à la médecine de famille représente un espace stratégique pouvant être investi par le programme MD-UQ.

- **Université de Toronto : le cadre canadien de référence**

  Le Temerty Centre for AI Research and Education in Medicine (T-CAIREM) est le seul centre nord-américain entièrement consacré à la recherche et à la formation en intelligence artificielle appliquée à la médecine.

  Son cadre de compétences Delphi, qui regroupe 82 compétences essentielles réparties dans 7 domaines (éthique, droit, théorie, application, communication, collaboration et amélioration de la qualité), constitue l'un des modèles les plus rigoureux recensés et apparaît particulièrement pertinent pour le contexte québécois.

  Deux initiatives se distinguent :

  - *Health Data Nexus :* accès à des données de santé réelles et dépersonnalisées pour les étudiants ;
  - *CHARTWatch :* outil d'alerte précoce basé sur l'IA utilisé dans les milieux cliniques.

  Ces innovations offrent des pistes directement transférables à la formation médicale québécoise.

- **Université d'Oxford : le modèle axé sur les soins primaires**

  Porté par le *Nuffield Department of Primary Care Health Sciences*, le programme *MSc Applied Digital Health* est l'un des rares programmes internationaux explicitement ancrés dans les soins primaires.

  Son module *Digital Transformation of Primary Care* aborde notamment la science de l'implantation, les facteurs facilitant ou freinant l'adoption des innovations numériques ainsi que les enjeux organisationnels liés à la transformation des soins.

  L'approche inclusive du programme, qui ne requiert aucun préalable technique à l'admission, est particulièrement compatible avec les objectifs de formation du programme MD-UQ.

- **University of British Columbia (UBC) : le modèle canadien distribué**

  Le modèle de formation de l'UBC repose sur des stages cliniques communautaires intégrés *(Integrated Community Clerkships)* répartis à travers la Colombie-Britannique, incluant explicitement les milieux ruraux et la pratique de médecine de famille.

  Ce modèle est considéré comme l'un des plus proches de la réalité québécoise.

  L'UBC se distingue également par :

  - un cadre de gouvernance de l'IA fondé sur 15 principes directeurs ;
  - douze principes de mitigation des risques liés à l'IA ;
  - une attention particulière à des enjeux souvent absents des autres modèles, notamment la souveraineté des données autochtones et l'impact environnemental de l'IA.

  L'université a également développé une taxonomie de risques pédagogiques associés à l'IA, allant l'absence de développement de compétences à la perte progressive de compétences existantes. Cette typologie constitue un outil concret pouvant soutenir la conception et l'évaluation des programmes de formation médicale intégrant l'intelligence artificielle.

Annexe 4 – Liste des fournisseurs de données

1. Direction régionale de santé publique de Montréal. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.
2. Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2012 et 2022.
3. Institut national de santé publique du Québec, données téléchargées du site de l'organisation : www.inspq.qc.ca/indicateur/
4. Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Tableaux de bord ministériels.
6. Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux, 2025.
7. Collège des médecins du Québec, T08 Répartition des médecins spécialistes inscrits au Tableau selon les certificats de spécialiste et la région administrative, 2024.
8. Institut de la statistique du Québec. Estimations de population (2001-2024) et projections de population (2025-2051) : MÀJ juillet 2025, pour le découpage géographique en vigueur en juillet 2025. Tableau Estimations de la population des régions administratives, Québec, 1er juillet 1986 à 2024.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableaux transmis à l'Université du Québec. Fichier « Tableaux 1 et 2_PTEM 2026.xlsx »
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableaux transmis à l'Université du Québec. Fichier « 2026-02-18 Md par RSS - 2019-2020 à 2024-2025.xlsx ».
11. Institut de la statistique du Québec, Projections de population (2025-2051) : MÀJ juillet 2025, pour le découpage géographique en vigueur en juillet 2025.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plans territoriaux des effectifs médicaux (PTEM) 2026. Notes méthodologiques.
13. Collège des médecins du Québec. 2024. Rapport annuel du CMQ (section Portrait des membres).
14. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023, notes méthodologiques.
15. Santé Québec. Guide d'information À l'intention des médecins omnipraticiens concernant le mécanisme de dépannage. Avril 2026.

Annexe 5 — Rapport d'un consultant sur l'analyse des effectifs médicaux

Portrait des effectifs et des capacités en médecine de famille au Québec et dans ses régions

Analyses effectuées à l'hiver 2026 et rapport déposé en juillet 2026

Table des matières

Mise en garde méthodologique 184

Faits saillants 184

Section A : Analyse des estimations de dénombrement des médecins de famille au Québec 187

1. Estimations des effectifs de médecins de famille disponibles et taux par 1 000 habitants 187
2. Estimations des capacités des médecins de famille en « équivalent temps plein – ETP » 188
3. Comparaisons canadiennes 191
4. Comparaisons internationales 192
5. Tendances temporelles 195
6. Écarts entre les territoires 198

Section B : Besoins d'effectifs en médecine de famille au Québec – Synthèse de deux études récentes 203

ÉCHEVIN, D. (2025) Anatomie de l'offre médicale en première ligne : contraintes et paradoxes. Effectifs, charge de travail et efficacité des investissements au Québec (1996-2024). 203

BENATIA, P., D., CLAVET, N., FORTIN, B. et ANIWUVI GBETO, J. R. (2025). Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec. 206

Annexe A : Analyse de la comparabilité internationale des données sur les médecins généralistes 207

Tableau A-1. Comparabilité des données sur les médecins généralistes 208

Tableau A-2. Paramètres retenus pour l'estimation des capacités plausibles de première ligne (figure 8) 211

Sources principales utilisées pour l'analyse comparative 214

Mise en garde méthodologique

La mesure du nombre de médecins de famille au Québec et de leur capacité effective en « équivalent temps plein » présentent d'importantes limites en raison de l'absence de mesures directes de ces deux construits. Ceci porte les différents organismes à adopter des méthodologies distinctes les unes des autres. Ainsi, non seulement il n'existe pas de méthodologies consensuelles, mais, par conséquent, **aucune des mesures n'est parfaitement comparable.**

De plus, les différentes approches utilisées au Québec sont incompatibles avec celles utilisées dans d'autres juridictions. L'absence de comparabilité externe constitue une limite considérable pour juger des niveaux relatifs de médecins qui pratiquent et des besoins d'effectifs actuels ou futurs. En d'autres termes, il est hasardeux d'apporter des conclusions précises sur la suffisance de ressources en médecine de famille au Québec sans cette comparabilité externe. **Toute affirmation à l'effet que le Québec compte suffisamment ou insuffisamment de médecins de famille devrait s'accompagner de nuances importantes sur la portée et les limites de ce « jugement ».**

L'analyse des définitions nationales et des contextes de pratique montre que les statistiques de l'OCDE sur les médecins généralistes ne mesurent pas exactement le même objet dans tous les pays. Néanmoins, plusieurs pays comparables (Pays-Bas, Danemark, Allemagne, Italie, Royaume-Uni, Espagne et Australie) présentent une organisation des soins où les médecins généralistes exercent principalement dans des structures de soins primaires communautaires et jouent un rôle explicite de porte d'entrée du système de santé.

À l'inverse, les données canadiennes regroupent des médecins de famille dont une part importante des activités est réalisée en milieu hospitalier ou dans d'autres secteurs spécialisés. Les effectifs observés au Canada tendent donc vraisemblablement à surestimer la capacité réellement consacrée aux services médicaux de proximité.

Ces différences justifient une interprétation prudente des comparaisons internationales et soutiennent l'utilisation d'une mesure complémentaire fondée sur les capacités effectivement consacrées aux services médicaux de proximité lorsque cette information est disponible.

Faits saillants

Plus de médecins de famille au Québec, mais des capacités de réponse moindres

- On observe un paradoxe : en comparaison au reste du Canada, le Québec paraît relativement mieux doté en nombre de médecins de famille par habitant, mais moins bien dotés en termes de « capacités », soit en mesure d'équivalents temps plein (ETP). Cette situation s'explique par des facteurs structurels qui limitent la disponibilité clinique des médecins de famille en première ligne (AMP, pratique en milieu hospitalier, tâches administratives).

Une position peu enviable à l'échelle internationale

- Les comparaisons internationales suggèrent que le Québec dispose non seulement d'une dotation médicale globale inférieure à celle de plusieurs pays comparables, mais également d'une capacité de première ligne vraisemblablement plus faible lorsque l'on tient compte de l'organisation de la pratique médicale.

Des services de proximité[1] très peu dotés

- Seulement 61 % des capacités des médecins de famille sont consacrées aux services de proximité (dans les cliniques au sein des communautés et en CHSLD), soit 0,60 ETP pour 1 000 habitants.
- Le MSSS estime qu'il faudrait ajouter environ 1 362 médecins de famille à plein temps pour combler le déficit actuel dans les CHSLD et les cliniques de proximité.
- Les régions accolées aux grands centres urbains comptent des capacités en services de proximité particulièrement basses.

Les difficultés à combler les manques à gagner

- Différentes sources indiquent que les capacités en médecine de famille au Québec ont connu une croissance de l'ordre de 20 % à 25 % entre 2010 et 2024.
- Toutefois, la croissance des capacités en médecine de famille a été inférieure à la croissance démographique. Globalement, la perte de capacité est estimée à 3 % pour l'ensemble de la province entre 2010 et 2022 (Benetia *et al.*, 2025).
- Selon plusieurs sources, les effectifs en médecine de famille augmentent moins que les effectifs dans les autres spécialités.
- Depuis 2022, huit régions ont connu une décroissance de leurs capacités en médecine de famille ; quatre ont connu une croissance de 0 % à 1 % et six ont connu une croissance entre 2 % et 4 %.

Un déficit encore considérable

- En 2026, le MSSS estime que le déficit de capacités en médecine de famille est de 1 861 médecins à plein temps, soit une augmentation requise de 21 % des capacités actuelles.
- Les estimations d'Échevin (2025) sont plus inquiétantes, car il conclut à « un déficit quantitatif d'environ 2 000 omnipraticiens actifs » en plus d'une perte de productivité de 20 % causée par des contraintes structurelles, soit une perte de capacité équivalente à près de 1 900 médecins de famille à plein temps.
- Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale évalue d'ailleurs que toutes les régions du Québec sont en déficit de médecins de famille à court et moyen termes.

Les régions suburbaines particulièrement touchées

- Les régions adossées aux deux grands centres urbains du Québec ressortent souvent comme les territoires les moins bien dotés en médecine de famille (Laurentides, Lanaudière, Montérégie, Chaudière-Appalaches). Ce sont aussi là que les écarts aux besoins estimés sont les plus prononcés.

Des conditions d'instabilité structurelle en régions éloignées

- Les régions périphériques affichent des taux de médecins de famille *per capita* supérieurs à la moyenne québécoise. Les régions nordiques se démarquent avec des taux de trois à quatre fois plus élevés.
- Cependant, une combinaison de facteurs influence négativement l'accès aux services de proximité dans les régions éloignées malgré des capacités par habitant plus élevées : ces régions sont fortement dépendantes des ressources de dépannage, elles subissent des départs annuels dans une proportion élevée et les médecins de famille pratiquent davantage en milieu hospitalier.
- Des pertes de capacités en médecine de famille ont été enregistrées dans pratiquement toutes les régions éloignées depuis 2022.

1 Services de proximité : activités en clinique de proximité et en CHSLD.

Un déficit à la fois quantitatif et organisationnel

- Les études récentes suggèrent que les médecins de famille maintiennent un niveau d'engagement professionnel relativement stable, malgré l'augmentation de la complexité des besoins de santé de la population.
- Les difficultés d'accès à la médecine de famille découlent à la fois d'un déficit de capacités médicales et de contraintes structurelles qui limitent l'utilisation optimale de ces capacités au bénéfice des services de proximité.

Des besoins plus complexes à prendre en charge

- La diminution du nombre de visites réalisées par médecin ne signifie pas nécessairement une baisse proportionnelle de l'activité clinique. Les études récentes concluent qu'une part importante de cette évolution s'explique par l'augmentation de la complexité des patients et des soins requis.

Les incitatifs financiers montrent des effets limités

- Les analyses récentes suggèrent que les hausses de rémunération ont eu des effets limités sur l'augmentation de l'offre de services médicaux, notamment en raison de contraintes organisationnelles qui limitent la capacité d'ajustement des médecins.

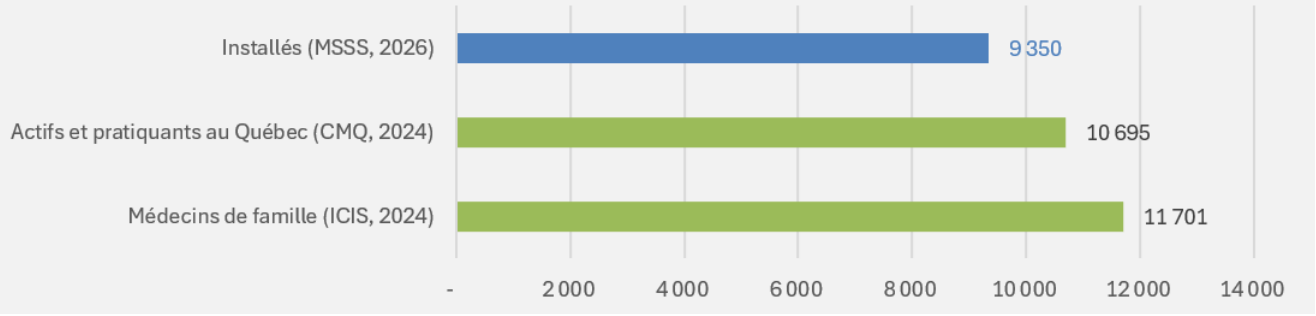
Section A : Analyse des estimations de dénombrement des médecins de famille au Québec

1. Estimations des effectifs de médecins de famille disponibles et taux par 1 000 habitants

Selon les données du Collège des médecins du Québec (CMQ) compilées le 31 décembre 2024, l'effectif (le nombre de personnes) de médecins de famille actifs et pratiquant au Québec en 2024 était de 10 695 (Figure 1). L'estimation de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est plus élevée et établit le nombre de médecins de famille au Québec à 11 701, en 2024. En comparaison, le MSSS estime qu'au début de l'année 2026, le Québec en comptait plutôt autour de 9 350 médecins de famille dits « installés »[2]. Cette estimation est fondée sur les données de rémunération de la RAMQ, pour l'ensemble des médecins de famille ayant facturé au moins un dollar à la RAMQ dans la dernière année. Ce chiffre exclut donc ceux qui ne sont pas rémunérés par la RAMQ. De plus, cette estimation est « ajustée » puisqu'elle accorde un poids inférieur aux médecins de famille de 65 ans ou plus dont le temps de travail estimé est inférieur à 0,7 équivalent temps plein (ETP). **Ce chiffre de 9 350 est considéré ici comme l'estimation la plus représentative du nombre d'individus en médecine de famille offrant des services publics au Québec en 2026.** Ces résultats suggèrent que les autres sources tendent à surestimer le nombre de médecins de famille offrant effectivement des soins dans le système public québécois.

Figure 1

Estimations du nombre de médecins de famille au Québec selon différentes sources

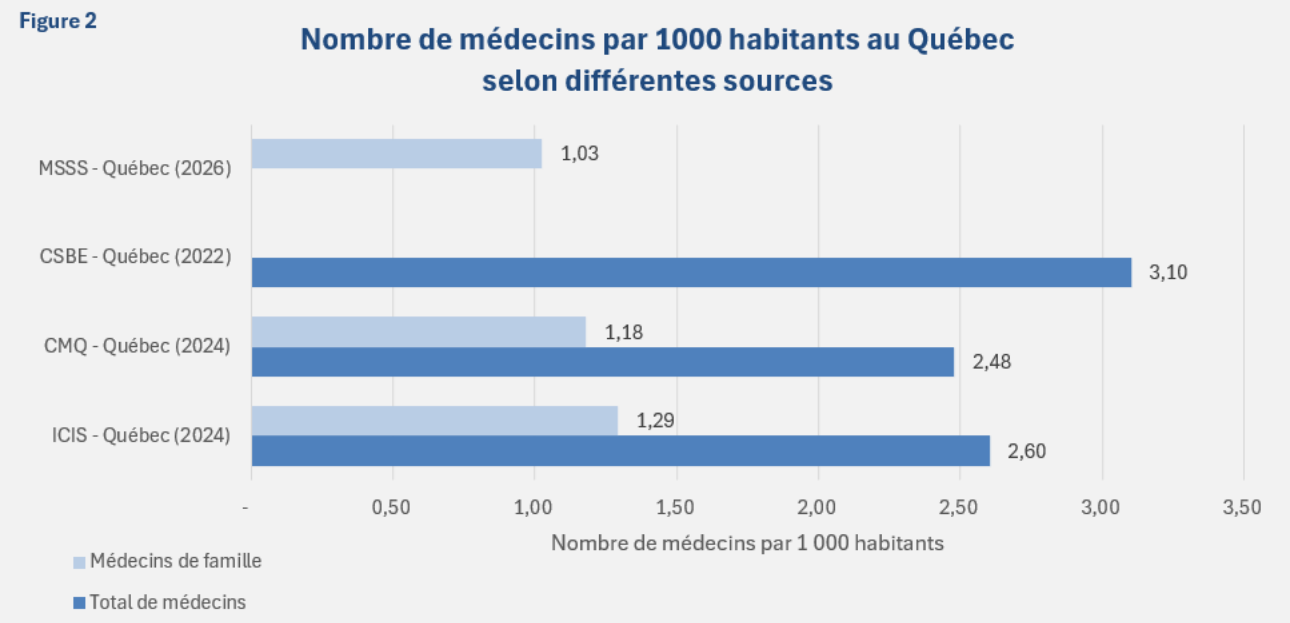


2 Les notes méthodologiques du MSSS ne permettent pas de dire avec certitude que le concept de médecins installés correspond à un nombre de personnes plutôt qu'à un calcul d'ETP. L'estimation provinciale comprend toutefois les médecins dépanneurs.

Ces estimations « du nombre de personnes » permettent aussi de calculer et de comparer les taux de médecins de famille par habitant (Figure 2). Encore là, les écarts sont considérables entre les sources de données. **Le taux de MDF par 1 000 habitants, basé sur les données du MSSS indique évidemment la valeur la plus basse (1,03/1 000)** considérant que le numérateur est moins élevé (9 350 MDF) et que le dénominateur est plus grand puisqu'il représente la projection de population de 2026.

Soulignons également que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec considère que les 16 régions administratives du Québec seront toujours en déficit de médecins de famille en 2029[3]. Ce constat est aussi repris par le Commissaire à la Santé et au Bien-être dans son tableau de bord de performance.

Figure 2



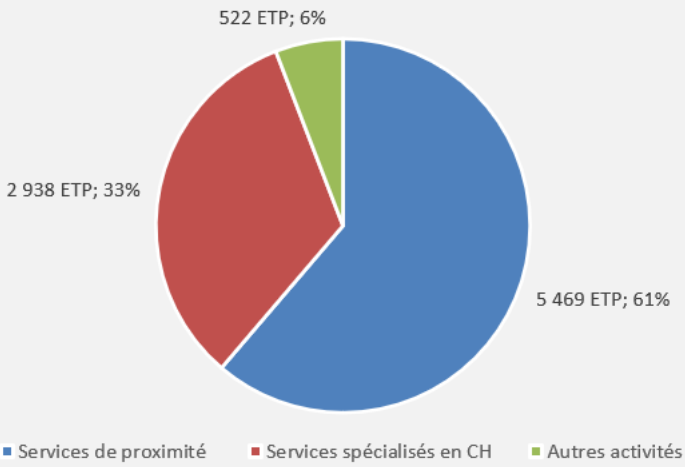
2. Estimations des capacités des médecins de famille en « équivalent temps plein – ETP »

Selon les données du MSSS, les médecins de famille ayant pratiqué au Québec au cours des 12 derniers mois représentaient une capacité totale estimée à 8 929[4] équivalents temps plein (ETP), soit **0,99 ETP par 1 000 habitants** (figures 3 et 4).

Toutefois, cette capacité n'est pas entièrement consacrée aux services médicaux de proximité. **Parmi les 8 929 ETP recensés, à peine 61 % (5 469 ETP) sont affectés aux services de proximité**, notamment dans les cliniques de première ligne et les CHSLD. Les autres capacités se répartissent entre les activités spécialisées exercées en milieu hospitalier (2 938 ETP ; 33 %) et diverses autres activités, dont l'enseignement, la gestion et certaines fonctions de santé publique (522 ETP ; 6 %) (Figure 3).

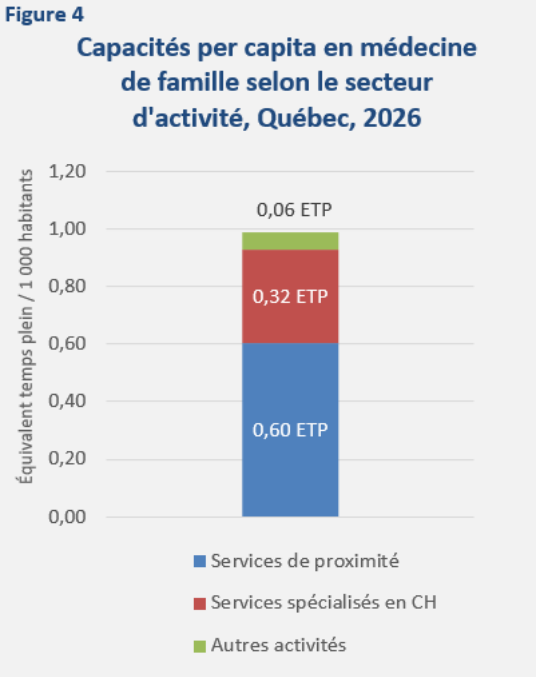
3 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2026). État d'équilibre du marché du travail à court et moyen termes édition 2026.
4 Les estimations des ETP du MSSS sont construites à partir de données de rémunération de la RAMQ en utilisant la moyenne de revenu (voir PTEM_notes méthodologiques.pdf)

Figure 3



Ainsi, la capacité réellement disponible pour les services médicaux de proximité correspond à 0,60 ETP par 1 000 habitants, soit moins des deux tiers de la capacité totale des médecins de famille (Figure 4).

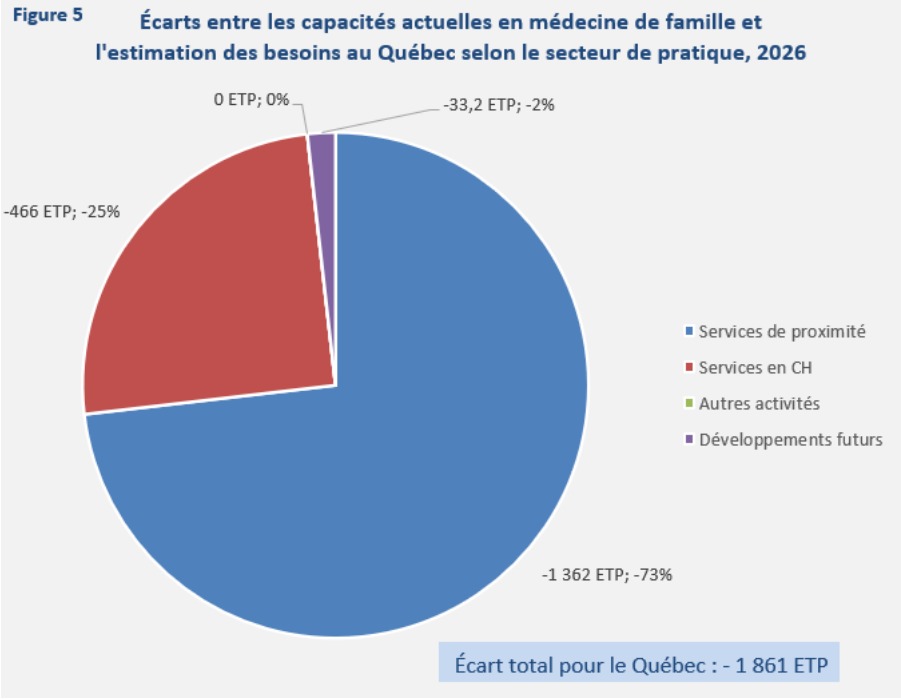
Figure 4



Cette distinction est cruciale, car les effectifs de médecins de famille ne renseignent pas directement sur les capacités effectivement consacrées aux soins de proximité. Deux territoires peuvent compter un nombre similaire de médecins de famille tout en disposant de capacités très différentes selon la répartition de leur pratique entre les milieux communautaires et hospitaliers.

Par ailleurs, dans son Plan territorial des effectifs médicaux 2026, le MSSS estime que le Québec présente un déficit global de 1 861 ETP en médecine de famille, dont 1 362 ETP (73 %) concernent les services de proximité (Figure 5). Ce déficit représente une augmentation requise d'environ 21 % de la capacité actuelle.

Figure 5 **Écarts entre les capacités actuelles en médecine de famille et l'estimation des besoins au Québec selon le secteur de pratique, 2026**



Ces résultats soulèvent une question importante : le Québec dispose-t-il également de capacités médicales plus limitées que d'autres juridictions comparables à l'échelle internationale ? Les comparaisons internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence puisqu'elles reposent généralement sur des effectifs et non sur des mesures directes de capacité clinique.

3. Comparaisons canadiennes

À l'échelle canadienne, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) montrent que le Québec compte relativement plus de médecins de famille par habitant que la plupart des provinces canadiennes (Figure 6a). En 2024, le Québec affichait un taux de 1,29 médecin de famille par 1 000 habitants, comparativement à 1,19 pour l'ensemble du Canada.

Toutefois, cette situation s'inverse lorsque les comparaisons reposent sur les mesures de capacité clinique exprimées en équivalents temps complets (ETC)[5]. Selon les données de l'ICIS, le Québec présente un taux de 0,88 ETC par 1 000 habitants, soit l'un des plus faibles au Canada (Figure 6b).

Figure 6b

Capacités per capita en médecine de famille selon la province (2023-2024)

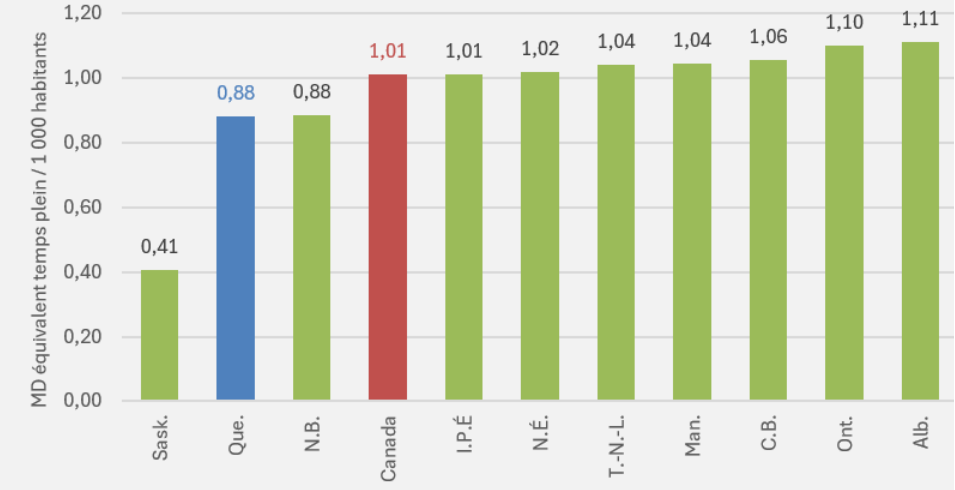
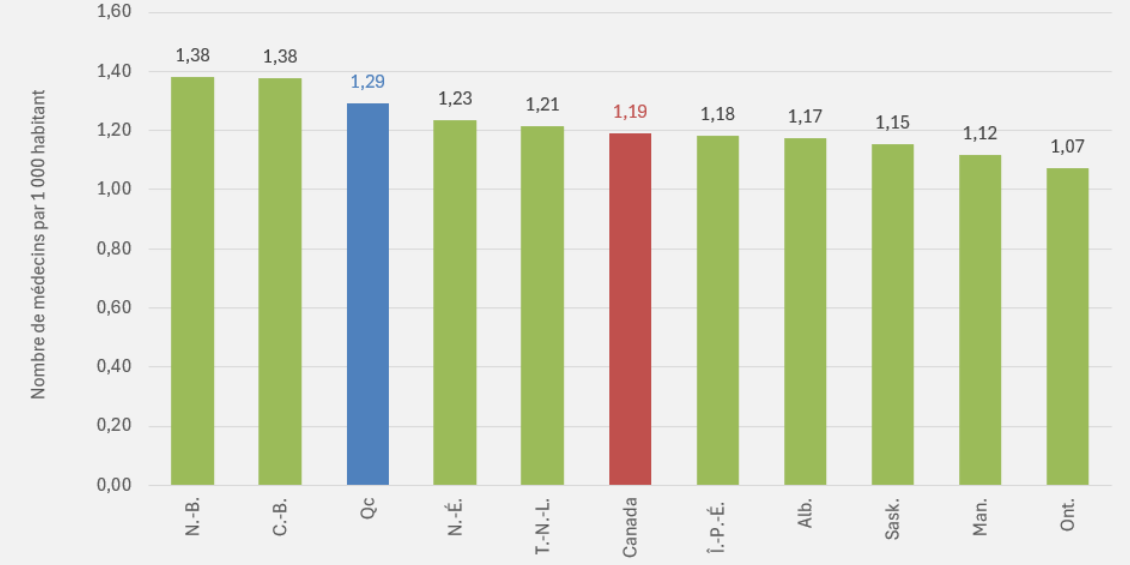


Figure 6a

Effectifs per capita en médecine de famille par selon la province, 2024



5 Les mesures d'ETC (temps complet) de l'ICIS diffèrent des ETP (temps plein) du MSSS. Elles ont toutes deux l'objectif d'estimer les efforts réellement disponibles en première ligne, mais adoptent des méthodologies distinctes pour y parvenir.

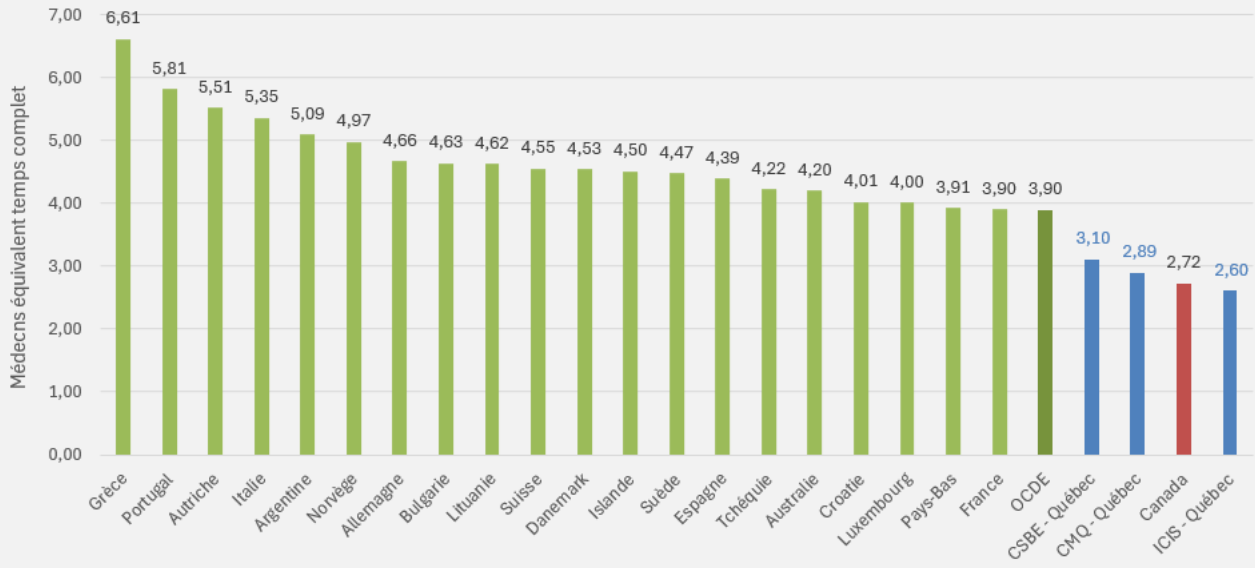
Ces résultats illustrent un paradoxe apparent : le Québec semble relativement bien doté en nombre de médecins de famille, mais moins bien doté en capacités cliniques. Cette situation s'explique notamment par une répartition différente des activités médicales, une part importante des capacités étant consacrée aux activités hospitalières, aux activités médicales particulières et à d'autres fonctions qui ne contribuent pas directement à l'offre de services de proximité.

4. Comparaisons internationales

Ensemble des médecins

Les comparaisons internationales des effectifs médicaux, toutes spécialités confondues, montrent que le Canada et le Québec demeurent relativement peu dotés en médecins par habitant (Figure 7). Selon les statistiques de l'OCDE, le Canada compte 2,72 médecins pour 1 000 habitants, comparativement à une moyenne de 3,90 médecins pour 1 000 habitants dans les pays membres de l'organisation. La statistique produite par l'ICIS selon une méthode comparable établit ce rapport à 2,60 médecins pour 1 000 habitants au Québec. D'autres producteurs d'informations statistiques arrivent à des taux légèrement plus élevés, mais tout de même inférieurs à la moyenne observée dans les pays de l'OCDE.

Figure 7



La liste des pays est composée des 20 pays de l'OCDE avec les taux les plus élevés.

Ces résultats suggèrent que le Canada et le Québec disposent globalement de moins de ressources médicales que plusieurs pays comparables. Toutefois, les comparaisons portant sur l'ensemble des médecins ne permettent pas de tirer de conclusions précises quant aux capacités disponibles en médecine générale ou en services médicaux de proximité. Une analyse plus spécifique des médecins généralistes est donc nécessaire.

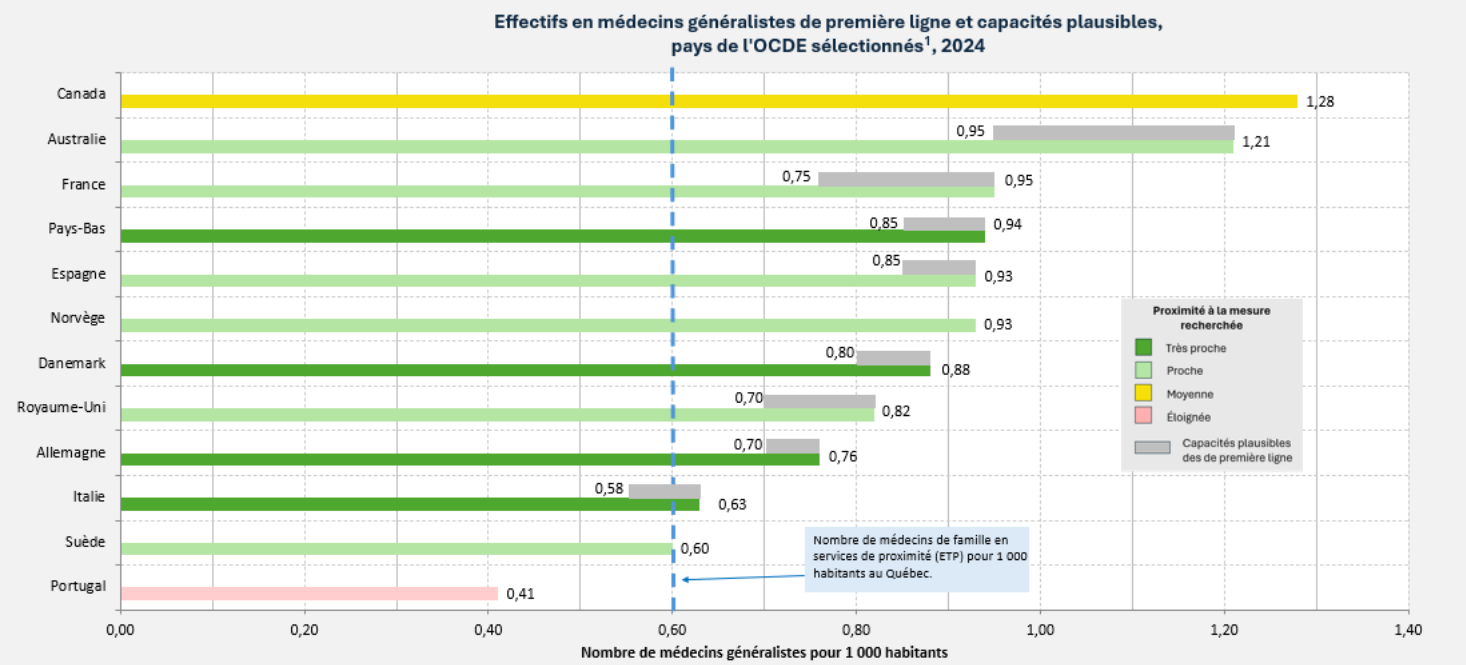
Capacités plausibles en médecine générale de première ligne

Les comparaisons internationales spécifiques aux médecins généralistes doivent être interprétées avec prudence. Les définitions utilisées par les pays diffèrent sensiblement et certaines catégories regroupent des médecins exerçant dans des contextes variés. Afin d'améliorer la comparabilité, une analyse méthodologique détaillée a été réalisée pour les principaux pays retenus (annexe A).

Cette analyse montre néanmoins qu'au sein de plusieurs pays comparables — notamment les Pays-Bas, le Danemark, l'Allemagne, l'Italie, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Australie — les médecins généralistes exercent principalement dans des structures de soins primaires communautaires et jouent un rôle explicite de porte d'entrée du système de santé. Dans ces pays, la sous-catégorie des médecins généralistes apparaît généralement plus proche d'une mesure des capacités de première ligne que ne le sont les effectifs de médecins de famille observés au Canada.

Les données présentées précédemment indiquent que près de 40 % des capacités des médecins de famille au Québec sont consacrées à des activités autres que les services médicaux de proximité, dont environ le tiers à des activités spécialisées exercées en milieu hospitalier. Ce contexte suggère que les comparaisons fondées uniquement sur les effectifs tendent probablement à surestimer la capacité de proximité réellement disponible au Québec. Il devient donc nécessaire d'interpréter les données internationales à la lumière du contexte de pratique des médecins généralistes dans chaque pays.

C'est pourquoi la Figure 8 combine les effectifs de médecins généralistes publiés par l'OCDE et les capacités plausibles en services médicaux de proximité dans chacun des pays analysés. Les barres représentent les effectifs déclarés de médecins généralistes, tandis que les zones grises illustrent l'étendue des capacités vraisemblablement consacrées aux services médicaux de proximité selon les définitions nationales, les contextes de pratique et l'organisation des systèmes de santé décrits à l'annexe A.



1. Les pays ont été sélectionnés selon la comparabilité de leur système de santé. Les zones grises représentent une estimation de la part des effectifs de médecins généralistes vraisemblablement consacrée aux services de première ligne, établie à partir d'une analyse des définitions nationales, du contexte de pratique et de l'organisation des soins (annexe A).
Sources : OECD Health Statistics, Physicians by categories, données 2024; MSSS, Plan territoriauc d'effectifs médicaux 2026, Tableaux 1 et 2; ICIS, Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2024 — tableaux de données. Ottawa, ON., 2025.

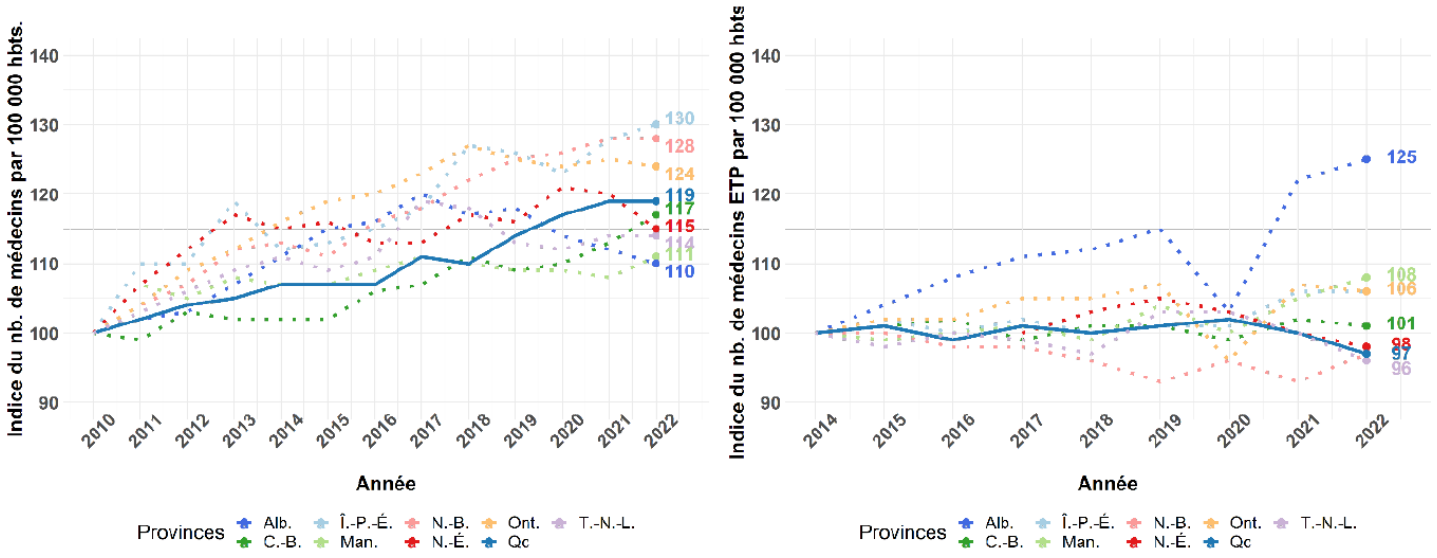
Les résultats suggèrent que plusieurs pays comparables disposent vraisemblablement de capacités en services médicaux de proximité supérieures à celles observées au Québec. Les Pays-Bas, le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, la France et l'Australie présentent tous des effectifs relativement élevés de médecins généralistes dont une part importante semble consacrée aux soins primaires communautaires. Même en tenant compte des incertitudes méthodologiques, leurs capacités plausibles de première ligne demeurent généralement supérieures au seuil observé au Québec, soit 0,60 ETP consacré aux services de proximité par 1 000 habitants.

Les résultats apparaissent plus nuancés pour certains pays. Le Royaume-Uni présente une organisation de la pratique particulièrement proche du construit recherché, mais les catégories statistiques utilisées dans les données internationales introduisent une certaine incertitude. En Suède et en Norvège, les médecins généralistes occupent également une place centrale dans l'organisation des soins primaires, mais les données disponibles ne permettent pas d'estimer avec suffisamment de précision la part des effectifs effectivement consacrée aux services de proximité.

Dans cette perspective, la mesure de 0,60 ETP consacré aux services médicaux de proximité par 1 000 habitants constitue vraisemblablement un meilleur indicateur de la capacité médicale réellement disponible pour répondre aux besoins de la population québécoise que les simples effectifs de médecins de famille lorsqu'il s'agit d'apprécier les capacités médicales réellement disponibles pour la population. Bien que les comparaisons internationales demeurent imparfaites, les analyses réalisées suggèrent que cette capacité se situe vraisemblablement sous celle observée dans plusieurs pays comparables où les médecins généralistes exercent principalement en première ligne communautaire.

5. Tendances temporelles

La Figure 9 présente l'évolution cumulative du nombre d'omnipraticiens et des capacités cliniques exprimées en ETP par 100 000 habitants au Canada entre 2010 et 2022 (Benetia *et al.*, 2025). Le Québec a connu une croissance de 19 % du nombre d'omnipraticiens au cours de cette période, ce qui le situe dans la moyenne canadienne. L'Ontario a enregistré une croissance légèrement supérieure (24 %). Toutefois, cette augmentation des effectifs ne s'est pas traduite par une croissance équivalente des capacités. Le graphique de droite montre qu'au Québec, le nombre d'omnipraticiens en ETP par 100 000 habitants a diminué de 3 % sur la même période. Autrement dit, malgré une augmentation du nombre de médecins, la capacité clinique disponible pour la population a légèrement reculé.



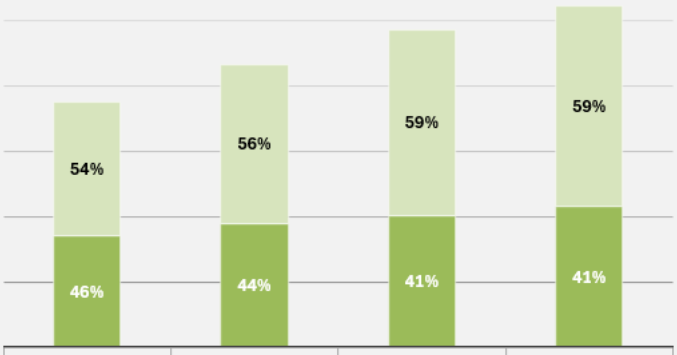
Source : Données BDNM, ICIS 2022.
Note : nb. : nombre; hbts. : habitants.

Toutes les provinces ont connu une augmentation du nombre d'omnipraticiens par 100 000 habitants, mais la croissance en ETP a été très différente d'une province à l'autre. Le graphique qui se situe à la page précédente montre bien que le Québec a connu une légère baisse du nombre d'omnipraticiens en ETP sur la même période (-3 %). C'est donc dire que malgré l'augmentation de 19 % du nombre de médecins, il y a eu dans les faits une baisse de capacités par 100 000 habitants chez les omnipraticiens. » Depuis 2022, les données du MSSS indiquent que les capacités par habitant ont augmenté de 1 % (voir Figure 16, p. 16).

Les données du Collège des médecins du Québec confirment la tendance à la hausse du nombre de médecins de famille, quoi que nettement plus prononcée dans la décennie 2010 (Figure 10). Cependant, la croissance est estimée à 25,8 % entre 2010 et 2024 (comparativement à 19 % entre 2010 et 2022 selon Benetia *et al.*, 2025). De plus, cette figure démontre que la part des médecins de famille sur l'ensemble des médecins actifs et pratiquant au Québec a diminué de manière importante sur la même période. La part des médecins de famille en 2024, établie à 41 % par le CMQ, diffère considérablement de l'estimation de l'ICIS selon laquelle les nombres de médecins de famille et des autres spécialités étaient pratiquement les mêmes au Québec en 2024 (données non présentées)[6]. Cet écart entre les résultats provenant de deux sources distinctes nécessiterait d'investiguer la question plus profondément et incite à interpréter ceux-ci prudemment.

Figure 10

Évolution du nombre et des proportions de médecins* selon la spécialité, Québec 2010 à 2024



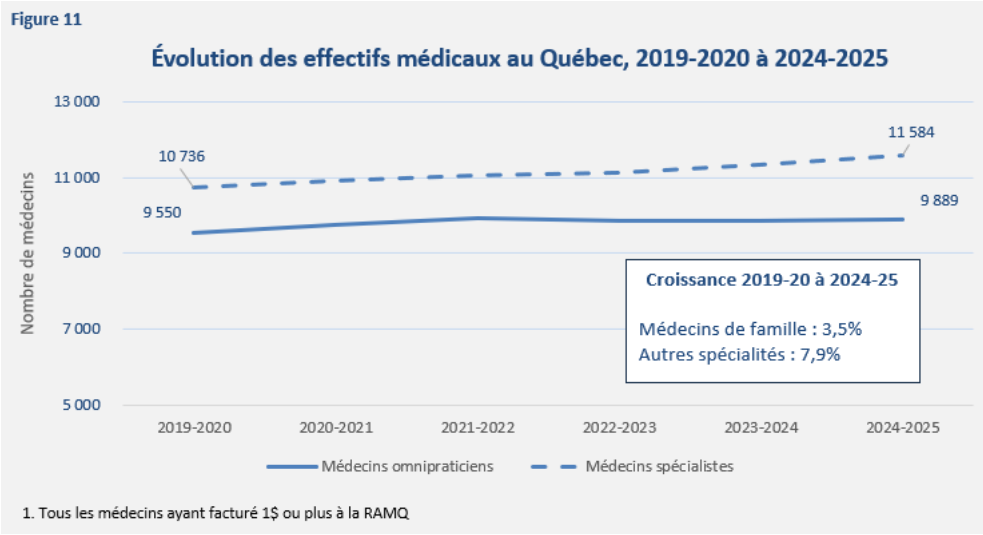
	2010	2015	2020	2024
Autres spécialités	10 200	12 231	14 237	15 413
Médecine de famille	8 546	9 434	10 053	10 755

* Médecins actifs et pratiquant au Québec

6 Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2024 — Tableau C : Profil des médecins de famille et des spécialistes, selon la région sanitaire et la province ou le territoire, Canada, 2020 et 2024. Ottawa, ON : ICIS ; 2025.

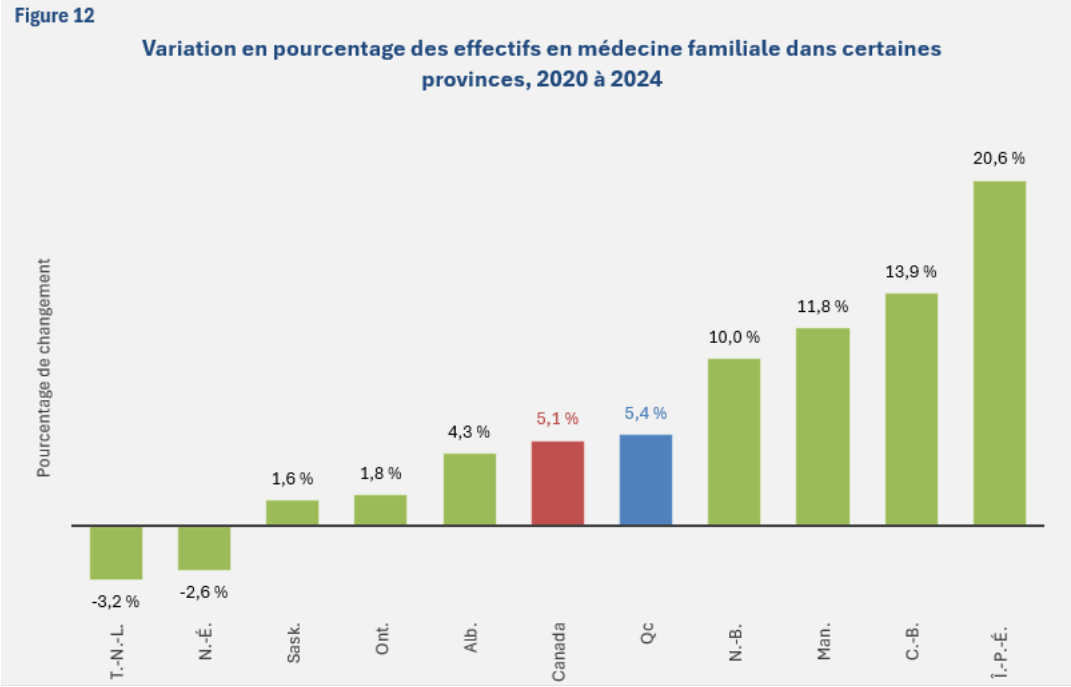
Enfin, les données de la RAMQ, fournies par le MSSS, montrent également que la croissance chez les médecins spécialistes actifs a été deux fois plus forte que pour les médecins de famille entre 2019-2020 et 2024-2025 (7,9 % comparativement à 3,5 %) (Figure 11). Des données canadiennes compilées par l'ICIS tendent à démontrer que la croissance du nombre de médecins de famille au Québec est semblable à celle du Canada dans son ensemble (Figure 12).

Figure 11



1. Tous les médecins ayant facturé 1$ ou plus à la RAMQ

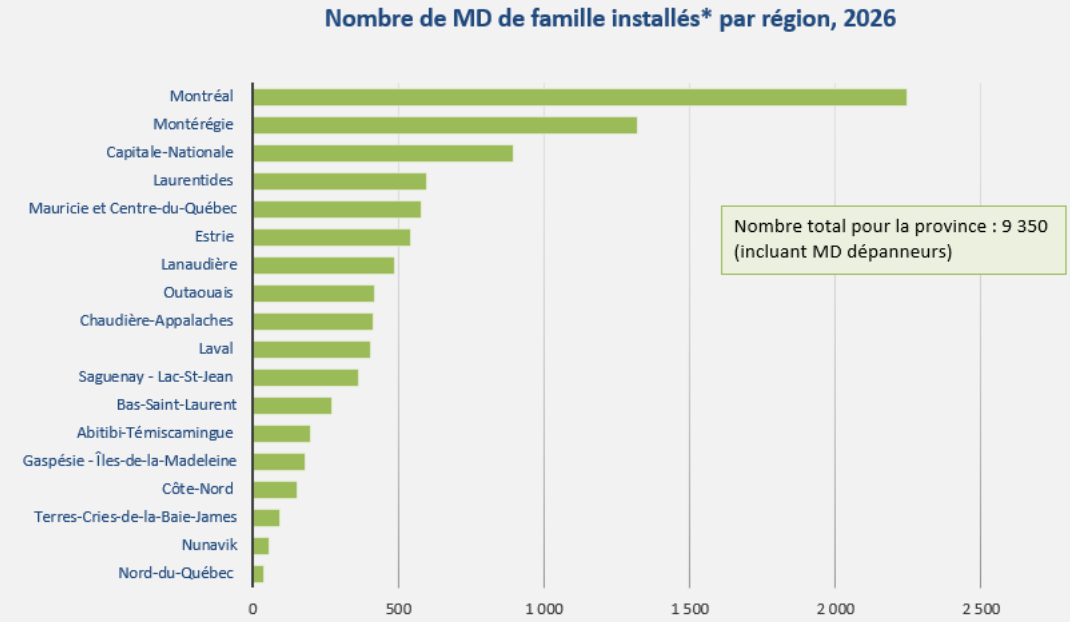
Figure 12



6. Écarts entre les territoires

La distribution du nombre de médecins de famille installés par région est présentée à la Figure 13 à titre indicatif selon la compilation du MSSS.

Figure 13



L'examen des taux de médecins de famille par habitant présente davantage d'intérêt pour l'analyse des écarts dans la distribution des ressources médicales. On observe d'abord que les régions du grand nord québécois comptent de deux à trois fois plus de médecins de famille que la moyenne provinciale (Figure 14). D'autres régions périphériques, couvrant un large territoire et de faible densité forment un second groupe avec des taux de médecins de famille par 1 000 habitants relativement plus élevés que la moyenne québécoise. À l'opposé, les régions en périphérie de Montréal et de Québec révèlent des taux de 10 % à 20 % inférieurs à l'ensemble du Québec.

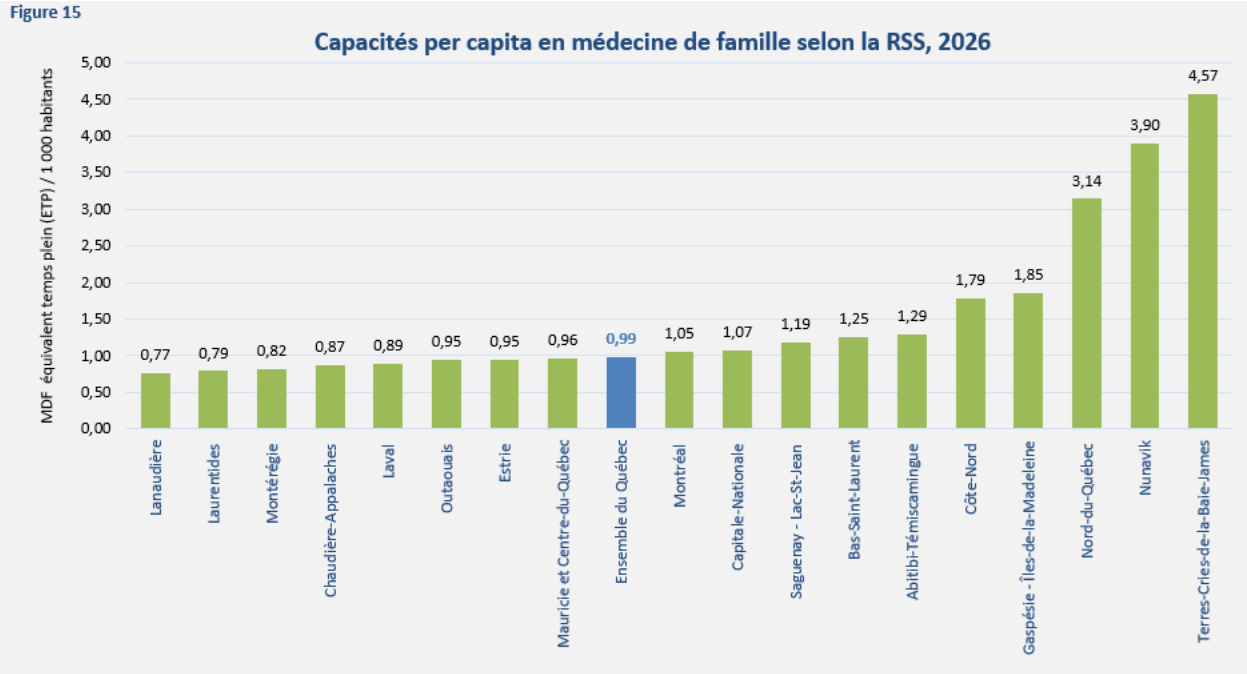
Figure 14



1. Les taux régionaux excluent les médecins dépanneurs
* La valeur pour l'ensemble du Québec comprend les médecins dépanneurs

L'utilisation de la mesure en équivalent temps plein ne modifie pas fondamentalement les écarts observés entre les régions, mais elle se traduit par des taux systématiquement plus faibles (Figure 15).

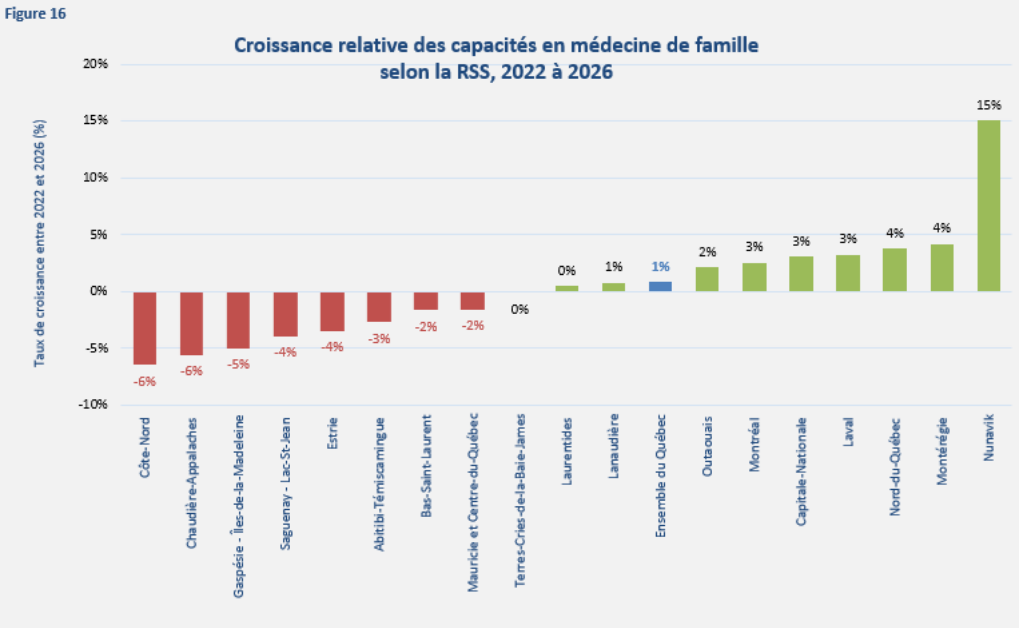
Figure 15



Les taux de médecins de famille plus élevés en région à faible densité se justifient à la fois par le contexte spatial (distances à parcourir, communautés dispersées ou isolées), l'étendue de la pratique des médecins de famille en région pour palier à la concentration des services spécialisés dans les grands centres, ainsi que la présence accrue de facteurs de risque sociaux et de santé (défavorisation, couverture d'assurance santé complémentaire, population plus âgée, prévalence des maladies chroniques, etc.). Néanmoins, malgré ces statistique les divers représentants consultés dans ces régions sont d'avis que les capacités actuelles demeurent insuffisantes.

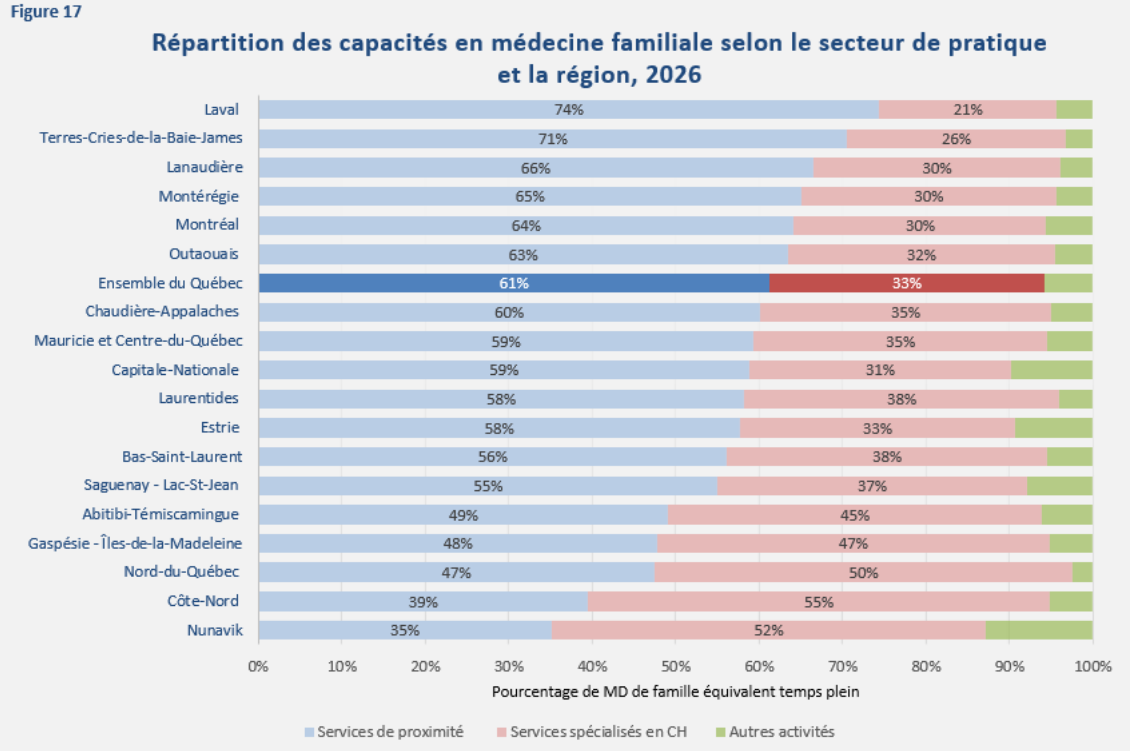
Les données à propos des tendances régionales depuis 2022 indiquent cependant que plusieurs de ces régions éloignées ont subi des pertes de capacités (Figure 16). En particulier, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue et le Bas-Saint-Laurent ont toutes connu des pertes de capacités nettes depuis 2022.

Figure 16



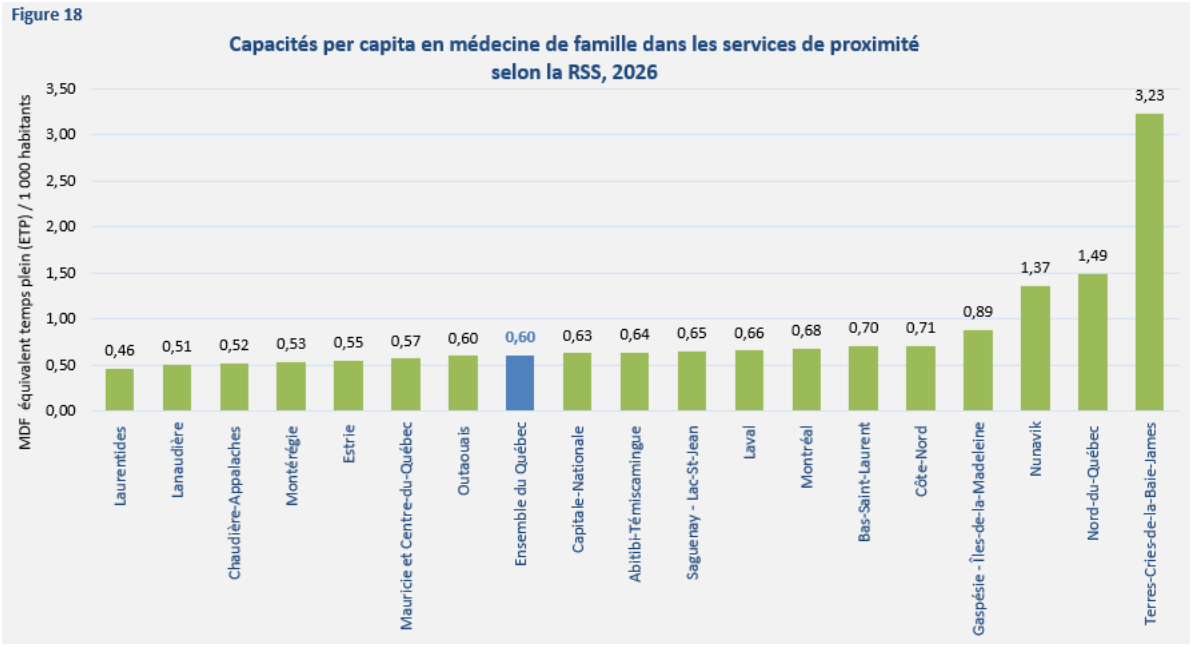
Dans la plupart des régions éloignées, la part de la pratique des médecins de famille en milieu hospitalier pour des services spécialisés est élevée (Figure 17). Ce secteur représente plus de 40 % des efforts (en ETP) en Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dans la région Nord-du-Québec, sur la Côte-Nord et au Nunavik. Si ces proportions élevées sont attribuables en partie à l'utilisation « attendues » des urgences en contexte périphérique, elles soulèvent également des questions sur les capacités de la première ligne communautaire. Par extension, les médecins de famille consacrent moins de 60 % de leurs efforts à la pratique en services de proximité dans
11 régions du Québec.

Figure 17



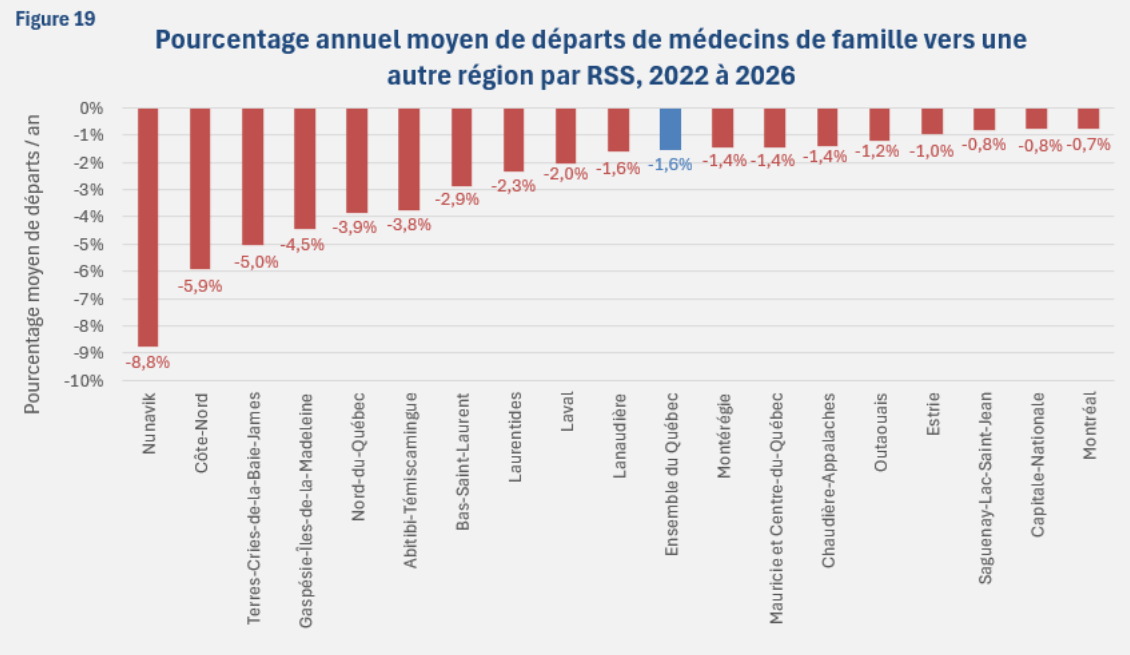
Le travail réalisé par les médecins de famille ailleurs qu'en services de proximité signifie que les populations de 15 régions sur 18 disposent de moins d'un médecin par 1 000 habitants pour répondre à leurs besoins de santé primaires dans leur milieu de vie (Figure 18). Même pour les régions du Nunavik et du Nord-du-Québec qui affichent respectivement des taux de 1,37/1 000 et de 1,49/1 000, il y a lieu de s'interroger sur la suffisance de capacité.

Figure 18



Le roulement des ressources médicales est un aspect qui touche particulièrement les régions éloignées et qui affecte la continuité relationnelle avec les usagers. Sur une base annuelle, ces régions doivent composer avec des taux plus élevés de départs des médecins de famille vers d'autres régions (Figure 19). Pour les trois régions nordiques, ce roulement d'effectifs a représenté une perte cumulée de l'ordre de 20 % à plus du tiers des ressources entre 2022 et 2026.

Figure 19



Section B : Besoins d'effectifs en médecine de famille au Québec – Synthèse de deux études récentes

ÉCHEVIN, D. (2025) Anatomie de l'offre médicale en première ligne : contraintes et paradoxes. Effectifs, charge de travail et efficacité des investissements au Québec (1996-2024). CRCHUS, Université de Sherbrooke et ApexMachina.

Conclusion principale

Déficit de capacité clinique

Le rapport estime un déficit de 30 % à 40 % de médecins actifs en première ligne, soit environ 2 000 omnipraticiens supplémentaires nécessaires pour répondre aux besoins de la population. « Le déficit de 30-40 % de médecins en première ligne provient autant d'un nombre insuffisant de praticiens que d'une utilisation inefficace de leur temps. »

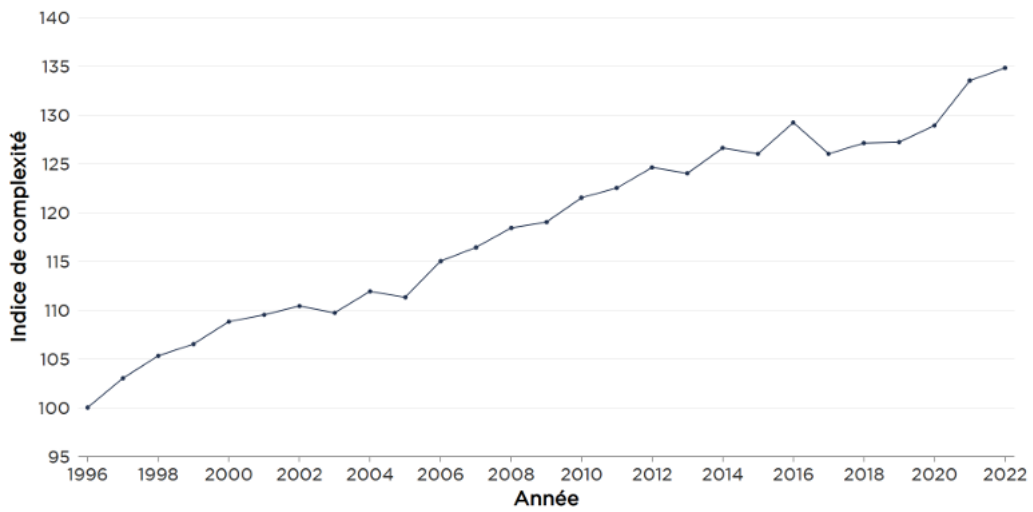
La solution passe par une augmentation des effectifs actifs (+20 %), une meilleure organisation du travail pour récupérer du temps clinique (+20 %), et une réforme structurelle pour lever les contraintes organisationnelles.

Autres constats

1. Complexification des soins

La baisse du nombre de visites par médecin est largement causée par une augmentation de la complexité des cas traités, nécessitant des consultations plus longues et plus approfondies (Figure 16). « Le nombre de visites brutes par médecin a chuté de 40 % depuis la fin des années 1990, mais la charge clinique réelle (mesurée en visites pondérées par la complexité – VPC) n'a diminué que de 8 %. »

FIGURE 16 – *Indice de conditions de santé de la patientèle, 1996–2022*

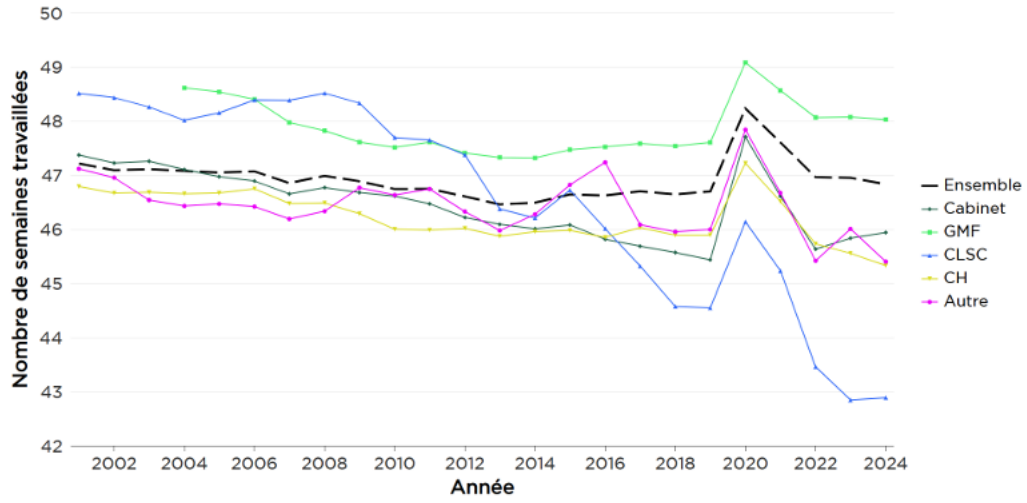


Source : Données appariées RAMQ/Med-Écho (échantillion 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

2. Stabilité de l'effort médical

« Les omnipraticiens actifs travaillent en moyenne 46 à 47 semaines par année, une constante remarquable sur deux décennies. » (Figure 10).

FIGURE 10 – *Nombre moyen de semaines travaillées par les omnipraticiens, 2001–2024*

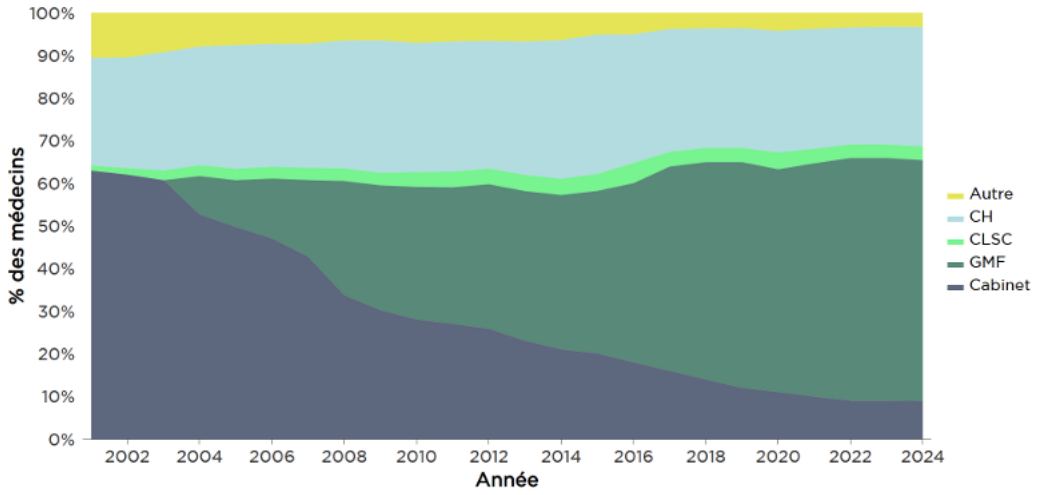


Source : Données de facturations RAMQ ; calculs de l'auteur.

3. Rigidité organisationnelle

Au-delà de l'important transfert de médecins de famille de cabinets privés vers les GMF, on observe que « la part exercée en centre hospitalier/urgence (CH) demeure substantielle et relativement stable à long terme (aux alentours de 30 %), alors que les CLSC et autres milieux représentent des parts plus modestes et fluctuantes. » (Figure 6).

FIGURE 6 – *Répartition des omnipraticiens selon le type d'établissement principal, 2001–2024*

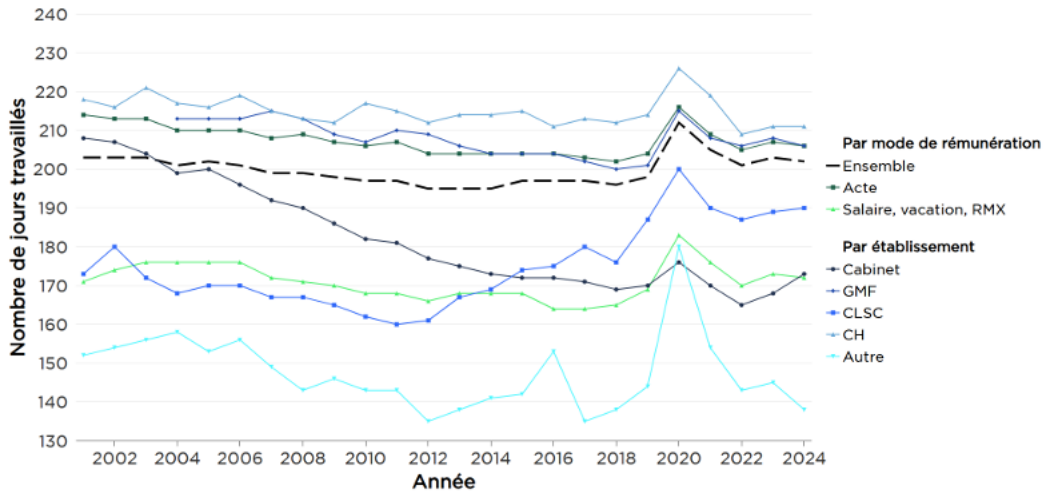


Source : Données de facturations RAMQ ; calculs de l'auteur.

Les médecins sont confrontés à des contraintes administratives et institutionnelles qui limitent leur capacité à réorganiser leur temps de travail ou à augmenter leur capacité. « Les obligations de service (PREM/AMP, gardes, quotas GMF ou CLSC), les horaires déjà établis, les patients déjà inscrits et les infrastructures en place restreignent considérablement la capacité de réallocation entre contextes. »

4. Effet limité des hausses tarifaires

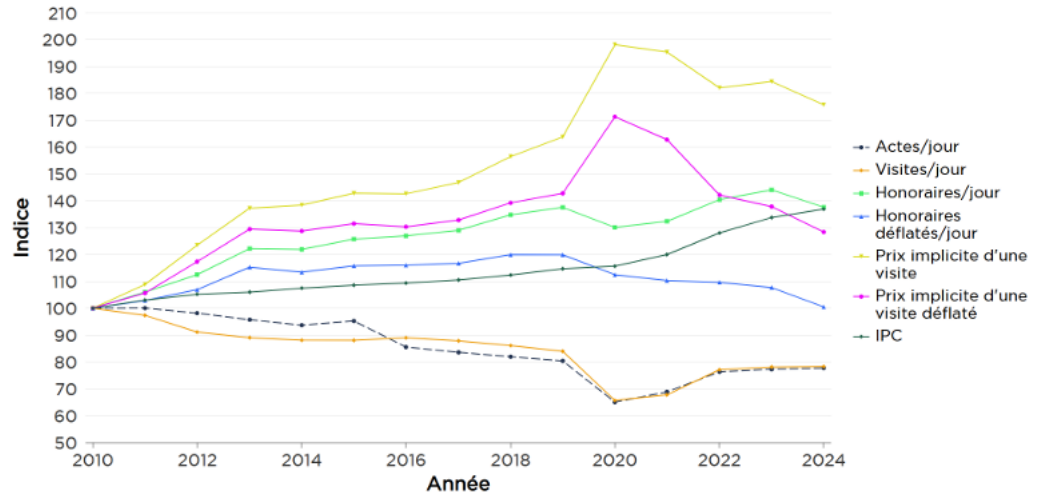
FIGURE 8 – *Nombre de jours travaillés par mode de rémunération et type d'établissement, 2001–2024*



Source : Données de facturations RAMQ; calculs de l'auteur.

« Les incitations tarifaires n'affectent pratiquement pas le volume de contacts : l'élasticité des visites est quasi nulle. »

FIGURE 13 – *Évolution des volumes, des honoraires et des prix*



Source : Données de facturations RAMQ; calculs de l'auteur.

5. Impact de la centralisation

La réforme de 2015 a rigidifié le système,
diminué la réactivité des médecins aux incitatifs financiers et déplacé la charge vers les hôpitaux. « La centralisation a entraîné une hausse du nombre de transitions entre soins primaires et spécialisés, et une légère diminution du recours à la première ligne. »

Selon un autre rapport d'Échevin[7], après 2015, les visites par patient diminuent davantage, et encore plus dans les régions centralisées. La centralisation aurait donc renforcé la baisse du recours à la première ligne, en limitant la capacité d'ajustement.

BENATIA, P., D., CLAVET, N., FORTIN, B. et ANIWUVI GBETO, J. R. (2025). Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec. Sous la direction de Pierre-Carl Michaud. Rapport de recherche, HEC-Montréal.

Conclusion principale

L'augmentation de la rémunération n'a pas entrainé d'augmentation de l'offre

La principale conclusion du rapport est que, malgré une forte augmentation de la rémunération des médecins au Québec, l'offre de services médicaux n'a pas suivi, en particulier chez les omnipraticiens où l'intensité de pratique a diminué. Cette stagnation ou baisse de l'offre est liée à un effet résiduel non expliqué par l'âge ou le genre des médecins ainsi qu'à un lien négatif entre la hausse des tarifs médicaux et l'offre de travail.

Autres constats

1. Complexification croissante des soins

Le rapport reconnaît que la charge de travail des médecins de famille a évolué en raison de la complexité accrue des cas. Le vieillissement de la population, la multimorbidité et l'augmentation des besoins en soins chroniques ont conduit à des consultations plus longues et plus exigeantes. « La baisse apparente de productivité reflète en réalité une complexification accrue des cas. Les médecins voient moins de patients, mais ces derniers sont plus lourds et requièrent davantage de coordination et de temps. »

2. Stabilité de l'effort médical

Les médecins de famille québécois maintiennent un effort soutenu et stable en termes de temps de travail. Les omnipraticiens travaillent en moyenne 46 à 47 semaines par an et la structure hebdomadaire de leur activité n'a pas significativement changé au fil des années. « Les omnipraticiens québécois continuent de consacrer un temps important à leur pratique, avec une stabilité notable dans leur engagement professionnel. »

7 ECHEVIN, D. (2025b). Incentives under institutional constraints: Evidence from Quebec's primary care system. Document de travail, CRCHUS-Université de Sherbrooke.

3. Rigidité organisationnelle

Selon le rapport, des contraintes organisationnelles et administratives limitent la flexibilité des médecins dans leur pratique. Ces rigidités empêchent une réallocation efficace du temps médical et freinent l'expansion de l'offre de soins. « Les contraintes administratives et organisationnelles limitent la capacité des médecins à répondre pleinement aux incitatifs financiers. »

Regard croisé sur les deux rapports externes

Malgré des approches méthodologiques différentes, les travaux d'Échevin (2025) et de Benatia *et al*. (2025) convergent vers plusieurs constats.

- Les difficultés d'accès à la médecine familiale ne semblent pas principalement attribuables à une diminution de l'engagement professionnel des médecins.
- Elles s'expliquent plutôt par la combinaison d'un déficit de capacités médicales, d'une complexification des besoins de santé et de contraintes organisationnelles qui limitent la disponibilité clinique des médecins et l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Annexe A : Analyse de la comparabilité internationale des données sur les médecins généralistes

Objectif

Cette annexe vise à documenter les principales différences observées entre les pays dans la définition et l'organisation de la pratique des médecins généralistes afin d'évaluer la comparabilité des statistiques publiées par l'OCDE et de soutenir l'interprétation de la Figure 8.

Les données de l'OCDE permettent de comparer les effectifs de médecins généralistes entre les pays, mais elles ne renseignent pas directement sur la part de ces effectifs consacrée aux services médicaux de proximité. Une analyse complémentaire a donc été réalisée à partir des définitions nationales, des contextes de pratique et de l'organisation des systèmes de santé afin d'établir une étendue plausible des capacités de première ligne à partir d'hypothèses prudentes.

TABLEAU A-1. COMPARABILITÉ DES DONNÉES SUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pays	Définition nationale résumée	Contexte de pratique	Comparabilité des données OCDE	Principales limites
Canada	Les médecins de famille actifs incluent la médecine de famille et la médecine d'urgence familiale; les effectifs comprennent aussi certains médecins exerçant peu ou pas dans le système public.	Une part importante de l'activité est consacrée aux soins hospitaliers, aux AMP (Québec) et à d'autres fonctions non communautaires.	Très élevée	Les effectifs surestiment les capacités réellement consacrées aux services de proximité.
France	Les médecins généralistes exerçant principalement en médecine de ville sont classés comme généralistes ; certains praticiens hospitaliers sont comptés dans d'autres catégories.	Pratique majoritairement ambulatoire en cabinet ou en groupe ; rôle important dans l'accès aux soins primaires.	Élevée	La séparation entre certaines catégories de généralistes et d'autres médecins n'est pas parfaite.
Royaume-Uni	Les médecins généralistes du NHS sont identifiés séparément des spécialistes.	Les GP (general practitioner) constituent la porte d'entrée du système et exercent principalement dans des cabinets communautaires.	Moyenne	Les catégories statistiques de l'OCDE sont moins détaillées que les données nationales.
Allemagne	Les médecins généralistes sont distingués des spécialistes ; forte séparation entre les secteurs ambulatoire et hospitalier.	Pratique majoritairement en cabinet ambulatoire.	Très élevée	Peu de limites identifiées.

Pays	Définition nationale résumée	Contexte de pratique	Comparabilité des données OCDE	Principales limites
Suède	Les médecins généralistes correspondent principalement à la spécialité de médecine générale.	Les soins primaires sont organisés autour des centres de santé, mais une part importante des médecins est classée dans d'autres catégories.	Élevée	Nombre élevé de médecins non classés et information limitée sur la répartition par secteur de pratique.
Danemark	Les médecins généralistes sont identifiés séparément des autres spécialistes.	Pratique principalement en cabinet communautaire sous contrat avec les régions.	Moyenne	Ventilation incomplète de certaines catégories dans les données internationales.
Norvège	Les médecins généralistes sont identifiés par leur fonction et leur pratique clinique.	Les généralistes jouent un rôle central dans les soins primaires municipaux.	Élevée	Les données disponibles permettent difficilement d'estimer la part exacte consacrée aux soins de proximité.
Pays-Bas	Les médecins généralistes constituent une catégorie distincte et bien définie.	Les GP agissent comme porte d'entrée obligatoire du système et exercent presque exclusivement en première ligne.	Très élevée	Peu de limites identifiées.
Espagne	Les médecins généralistes exerçant dans les centres publics de soins primaires sont identifiés séparément.	Pratique principalement communautaire au sein du réseau public de soins primaires.	Élevée	Couverture du secteur privé plus difficile à apprécier.

Pays	Définition nationale résumée	Contexte de pratique	Comparabilité des données OCDE	Principales limites
Italie	Les médecins généralistes assurent les soins primaires territoriaux et sont identifiés séparément des spécialistes.	Fonction de premier contact clairement définie dans le système de santé.	Très élevée	Peu de limites identifiées.
Australie	Les médecins généralistes constituent une catégorie distincte, mais certaines définitions incluent des pratiques diversifiées.	Pratique principalement communautaire en cabinet.	Élevée	Certains médecins inclus dans la catégorie peuvent exercer des fonctions plus diversifiées.
Portugal	Les données regroupent les médecins de médecine générale et familiale, mais la comparabilité internationale demeure limitée.	Organisation des soins primaires favorable à la pratique communautaire.	Faible	La définition statistique et la qualité de la ventilation limitent fortement les comparaisons.

TABLEAU A-2. PARAMÈTRES RETENUS POUR L'ESTIMATION DES CAPACITÉS PLAUSIBLES DE PREMIÈRE LIGNE (FIGURE 8)

Pays	Contexte de pratique	GP / 1 000 habitants[a]	Proximité à la mesure recherchée[b]	Part estimée consacrée aux services de proximité[b]	Capacité plausible de proximité (GP / 1 000 habitants)[c]
Australie	Les GP offrent principalement des soins communautaires, mais certaines définitions sont plus larges.	1,21	Proche	80 % à 100 %	0,97 – 1,21
France	Les médecins généralistes exercent majoritairement en médecine de ville.	0,95	Proche	80 % à 100 %	0,76 – 0,95
Pays-Bas	Les GP constituent la porte d'entrée du système et exercent principalement en première ligne communautaire.	0,94	Très proche	90 % à 100 %	0,85 – 0,94
Espagne	Les GP travaillent principalement dans les centres publics de soins primaires.	0,93	Proche	90 % à 100 %	0,84 – 0,93

Pays	Contexte de pratique	GP / 1 000 habitants[a]	Proximité à la mesure recherchée[b]	Part estimée consacrée aux services de proximité[b]	Capacité plausible de proximité (GP / 1 000 habitants)[c]
Norvège	Les médecins généralistes jouent un rôle central dans les soins primaires municipaux, mais la part exacte consacrée à la proximité n'est pas documentée.	0,93	Proche	Non estimée	Non estimée
Danemark	Les GP exercent principalement en cabinet communautaire sous contrat avec les régions.	0,88	Très proche	90 % à 100 %	0,79 – 0,88
Royaume-Uni	Les GP sont la porte d'entrée du NHS et exercent principalement dans la communauté.	0,82	Proche	90 % à 100 %	0,74 – 0,82
Allemagne	Forte séparation entre les soins ambulatoires et hospitaliers ; les GP exercent surtout en cabinet.	0,76	Très proche	90 % à 100 %	0,68 – 0,76
Italie	Les GP assurent les soins primaires territoriaux et constituent le principal point d'accès aux services médicaux.	0,63	Très proche	90 % à 100 %	0,57 – 0,63

Pays	Contexte de pratique	GP / 1 000 habitants[a]	Proximité à la mesure recherchée[b]	Part estimée consacrée aux services de proximité[b]	Capacité plausible de proximité (GP / 1 000 habitants)[c]
Québec	61 % des capacités des médecins de famille sont consacrées aux services de proximité; 33 % à des activités hospitalières spécialisées.	0,60 ETP	Référence	Référence observée	0,60 ETP observé
Suède	Les médecins généralistes exercent principalement dans les centres de santé de première ligne, mais la classification des effectifs demeure incomplète.	0,60	Proche	Non estimée	Non estimée
Canada	Les effectifs incluent une part importante de médecins de famille consacrant une portion significative de leur activité à des fonctions hospitalières ou autres.	1,28	Moyenne	Non estimée	Non estimée

a. Les données de densité des médecins généralistes proviennent des statistiques de l'OCDE (Physicians by categories, données 2024). Pour le Québec, la valeur de 0,60 correspond à la capacité observée en ETP consacrée aux services médicaux de proximité; elle constitue la référence de comparaison et non une donnée d'effectifs (selon le PTEM 2026).

b. La proximité avec la mesure recherchée constitue un jugement analytique fondé sur les définitions nationales, le contexte de pratique, l'organisation des systèmes de santé et les renseignements disponibles sur la répartition des activités. Les pourcentages retenus sont des hypothèses prudentes établies individuellement pour chaque pays ; ils ne découlent pas mécaniquement du seul qualificatif de proximité. Ils ont été appliqués aux effectifs publiés par l'OCDE afin d'obtenir une étendue plausible des effectifs principalement consacrés aux services de première ligne.

c. Les intervalles de capacité plausible ne constituent pas des mesures observées ni des intervalles statistiques. Ils représentent des ordres de grandeur analytiques obtenus en appliquant les hypothèses prudentes présentées dans la colonne précédente aux effectifs publiés par l'OCDE. Les résultats sont arrondis au centième.

Sources principales utilisées pour l'analyse comparative

a. Sources statistiques internationales

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

- OECD Health Statistics – Physicians by Categories : https://www.oecd.org/health/health-data.htm
- Health at a Glance : https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/

b. Sources descriptives des systèmes de santé et du contexte de pratique

Plusieurs pays : European Observatory on Health Systems and Policies

- Health Systems in Transition (HiT) Series : https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-in-transition-hit-series
- Catalogue des publications : https://eurohealthobservatory.who.int/publications

Pays-Bas

- The Netherlands: Health System Summary 2024 : https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-netherlands-health-system-summary-2024
- Netherlands Health System Overview : https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/bismarck-model/netherlands/netherlands-health-system-overview/

Danemark

- Denmark – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/denmark

Allemagne

- Germany – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany

Espagne

- Spain – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/spain

Italie

- Italy – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/italy

France

- France: Health System Summary 2024 : https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-summary-2024
- France – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france

Royaume-Uni

- NHS England – Policy and Guidance : https://www.england.nhs.uk/long-read/primary-medical-services-policy-and-guidance-manual-pgm-2/
- NHS England - General Practice : https://www.england.nhs.uk/gp/
- United Kingdom – Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/united-kingdom

Australie

- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) :
  - Primary Health Care : https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-welfare-services/primary-health-care/overview
  - Medical Practitioners Workforce : https://www.aihw.gov.au/reports/workforce/medical-practitioners-workforce

Norvège

- Norway – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/norway

Suède

- Sweden – European Observatory Country Profile : https://eurohealthobservatory.who.int/countries/sweden

Annexe 6 — Membres du Comité d'orientation

Raymond Lalande, M.D., M. A. (Ed.), CCMF, FCMF
Président du comité d'orientation
Médecin de famille
Professeur émérite, Université de Montréal

Dr Lalande est professeur émérite de l'Université de Montréal, médecin de famille retraité et expert en pédagogie médicale. Au cours de sa carrière, il a occupé plusieurs fonctions à la Faculté de médecine et au rectorat de l'Université de Montréal, notamment comme directeur du programme de résidence en médecine de famille, vice-doyen aux études médicales pré-doctorales, au développement de l'enseignement et à la formation continue, vice-recteur aux projets spéciaux et vice-recteur aux études. Il est reconnu pour avoir dirigé la création du programme de médecine délocalisé de l'Université de Montréal en Mauricie, une première au Québec et au Canada, du Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques, du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé ainsi que pour le rôle de leader qu'il a joué dans l'implantation du Campus de l'Université de Montréal à Laval et dans la création de l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

Éric Drouin, M.D., CSPQ, FRCPC
Professeur agrégé de clinique retraité, Université de Montréal
Gastroentérologue pédiatre retraité et citoyen engagé pour l'équité dans les soins de santé sur la Côte-Nord

Dr Drouin est gastroentérologue pédiatre retraité depuis décembre 2023. Il a œuvré à l'Hôpital de Montréal pour enfants de 1993 à 1997 et au CHU Sainte-Justine de 1998 à 2023. Il est professeur retraité au Département de pédiatrie de l'Université de Montréal, en plus d'avoir agi comme directeur du programme des études médicales de 1er cycle de 2009 à 2014. Il a exercé également sa profession en région, notamment à Rouyn-Noranda, à Gatineau et à Joliette.

Denis A. Roy, M.D., FRCPC, MSc et MPH
Médecin spécialiste en médecine communautaire et santé publique

Dr Roy, spécialiste de la médecine communautaire, est reconnu comme l'un des leaders québécois les plus influents en matière de gouvernance clinique et de politiques de santé publique. Médecin, professeur et haut fonctionnaire, il conjugue une expérience de terrain exceptionnelle avec une vision systémique fondée sur plus de 40 années de pratique, de recherche et d'enseignement. Il détient une formation avancée en santé publique, incluant une maîtrise en épidémiologie de l'Université McGill, et une maîtrise en santé publique de l'Université de Californie à Berkeley. Il a également obtenu la prestigieuse bourse Harkness en politique de la santé à New York.

Louise Perreault, M.D., FRCPC
Pédiatre hospitalière multidisciplinaire, Santé Québec Abitibi-Témiscamingue

Dre Perreault est pédiatre hospitalière multidisciplinaire depuis septembre 1988 au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle a occupé plusieurs responsabilités dans la gestion des services et l'encadrement des personnes étudiantes en médecine, notamment à titre de directrice du Département de pédiatrie à Rouyn-Noranda et

directrice du Département régional de pédiatrie de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle a également été responsable régionale du recrutement dans sa discipline.

Marie-Hélène Baron, M.D.

Professeure d'enseignement clinique, Université de Sherbrooke
Médecin omnipraticienne, Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean - Universitaire

---

Dre Baron est médecin omnipraticienne et professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke depuis 2005. Elle possède une vaste expérience clinique et de gestion en première ligne. Elle a notamment occupé les fonctions de cheffe du Département de médecine générale de l'Hôpital de Chicoutimi et de cheffe de service des soins palliatifs et de fin de vie à Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire. Sa pratique couvre les soins palliatifs et les soins aux personnes aînées. Elle a aussi des expériences antérieures en santé publique et en médecine d'urgence.

Marie-Pier Clément, M.D.

Étudiante finissante au doctorat en médecine

Mme Clément est étudiante au doctorat en médecine et titulaire d'un baccalauréat en sciences de la santé-physiothérapie, en plus de deux microgrammes : l'un en études autochtones, l'autre en sexualité humaine – études sur les abus sexuels.

Paul Grand'Maison, M.D., M. Sc., CCMFC, FCMFC(MV), FACSS, FCRMCC (Hon), CQ

Médecine de famille
Professeur émérite, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

---

Dr Grand'Maison est médecin de famille de formation et professeur émérite de l'Université de Sherbrooke. Il a consacré plus de 45 ans à l'enseignement, à l'innovation pédagogique et au développement institutionnel en éducation médicale, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Il a occupé plusieurs fonctions de leadership, notamment au Centre de pédagogie, au sein du Départements cliniques et comme vice-doyen aux études médicales, contribuant de façon majeure à l'avancement de la responsabilité sociale des facultés de médecine. Ses contributions en éducation médicale et en responsabilité sociale lui ont valu de nombreuses distinctions, dont celles de chevalier de l'Ordre national du Québec et de membre émérite de l'Ordre de l'excellence en éducation du Québec.

Stanley Vollant M.D., CM, CQ, M. Sc.

Chirurgien et médecin-conseil pour la CSSSPNQL

Chirurgien et leader reconnu du domaine de la santé, Dr Vollant est devenu en 1994 le premier chirurgien autochtone au Québec. Fort de plus de 30 ans d'expérience clinique, il s'est distingué par son engagement envers l'amélioration des soins et le rapprochement entre les systèmes de santé et les Premiers Peuples. Il agit aujourd'hui comme médecin-conseil à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador et siège au conseil d'administration de Santé Québec. Son leadership lui a valu de nombreuses distinctions, dont une reconnaissance parmi les 100 personnes les plus influentes du Québec par *L'actualité*.

Annexe 7 — Membres du comité de pilotage

Liette Bernier, Ph. D.
Présidente du comité de pilotage
Consultante experte
Cadre supérieure retraitée du RSSS et experte en organisation des services de santé

Présidente du comité de pilotage, détenant 35 ans d'expérience dans le réseau de la santé, Mme Bernier est une gestionnaire expérimentée et une spécialiste de l'organisation des services de santé et de la santé publique. Infirmière de formation, elle détient une maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique et un doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. Elle a occupé plusieurs postes de direction dans le réseau de la santé à Montréal, notamment en santé publique, en gouvernance et en organisations des services. Elle a notamment coordonné des initiatives majeures comme la réponse régionale à la COVID-19. Depuis 2023, elle poursuit son engagement comme professeure adjointe de clinique à l'ESPUM, comme visiteur et experte en santé publique pour Agrément Canada et comme consultante en gestion stratégique auprès d'établissements de santé et d'enseignement.

Céline Poncelin de Raucourt, M. Sc.
Vice-présidente à l'enseignement, à l'accessibilité et aux francophonies
Université du Québec

Mme Poncelin de Raucourt joue un rôle clé dans la coordination et la mise en synergie des activités académiques du réseau, en soutenant la collaboration entre les dix établissements tout en respectant leurs spécificités. Elle copréside la commission de l'enseignement et de la recherche de l'Université du Québec. Elle cumule plus de 20 ans d'expérience dans le milieu universitaire et siège au sein de plusieurs instances, dont le conseil d'administration du Cégep de Limoilou et de Savoir média. Elle est diplômée de l'EDHEC Business School et détient une maîtrise en management.

Alexandre Parent, Ph. D.
Directeur, médecine et première ligne
Université du Québec

M. Parent dirige l'équipe responsable du développement du programme de médecine de l'Université du Québec. Il possède une solide expertise en gestion, en développement stratégique et en coordination d'initiatives complexes. Fort de plus de 15 ans d'expérience dans le milieu universitaire et le réseau de la santé et des services sociaux, il possède une expertise en gestion de réseaux et de centres de recherche en santé, à l'échelle provinciale et nationale. Diplômé en biologie de l'Université McGill et titulaire d'une maîtrise et d'un doctorat en physiologie de l'Université de Sherbrooke, il allie sa connaissance du milieu universitaire à une expertise en gestion stratégique et en mobilisation de partenaires.

Sylvie Boucher de Grosbois, Ph. D.
Consultante experte
Cadre supérieure académique retraitée
Chercheuse et conseillère stratégique

Mme de Grosbois est titulaire d'un doctorat en épidémiologie de l'Université McGill et a œuvré en santé au travail et en santé environnementale. Elle a occupé plusieurs postes de haute direction dans certains établissements de l'Université du Québec, notamment cadre-conseil à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, vice-rectrice au développement au campus de Saint-Jérôme de l'Université du Québec en Outaouais, vice-rectrice associée et vice-rectrice à l'enseignement et à la recherche à l'Université du Québec en Outaouais, ainsi que directrice des services aux collectivités à l'Université du Québec à Montréal.

Jean-Philippe Cotton, M. Sc.
Consultant expert
Ancien président directeur général
de Santé Québec Laval

M. Cotton détient plus de 35 années d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux, dont la majeure partie dans des fonctions de haut dirigeant et de gestionnaire. Ergothérapeute de formation, il détient une maîtrise en administration, en gestion et en développement des organisations débutée à l'École nationale d'administration publique (DESS en administration publique) et terminée à l'Université Laval. Il a notamment occupé le poste de président-directeur général de Santé Québec Laval de 2022 à 2024, celui de président-directeur général adjoint de Santé Québec Laurentides de 2019 à 2022, et celui de directeur général de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal de 2011 à 2015. Il a su exercer un leadership mobilisateur et un sens stratégique notamment dans le cadre de divers projets de restructuration et de transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Audrey Duchesne, M. A.
Agente de recherche et de liaison au secteur santé et services sociaux
Université du Québec

Forte de 15 ans d'expérience en recherche et en développement d'innovations dans le réseau de la santé et des services sociaux, Mme Duchesne œuvre au développement du programme de médecine de l'Université du Québec depuis 2025. Elle est titulaire d'un baccalauréat en études littéraires et d'une maîtrise en loisir, culture et tourisme.

Marie-Michèle Lemieux, Ph. D.
Agente de recherche et de liaison au secteur universitaire
Université du Québec

Formée au sein des établissements de l'Université du Québec, Mme Lemieux est titulaire d'un doctorat en éducation et occupe un poste de professionnelle de recherche à l'Université du Québec – Siège social depuis 2010. D'abord dédiée à divers projets de pédagogie universitaire, elle contribue depuis 2025 au développement du projet de programme de médecine.

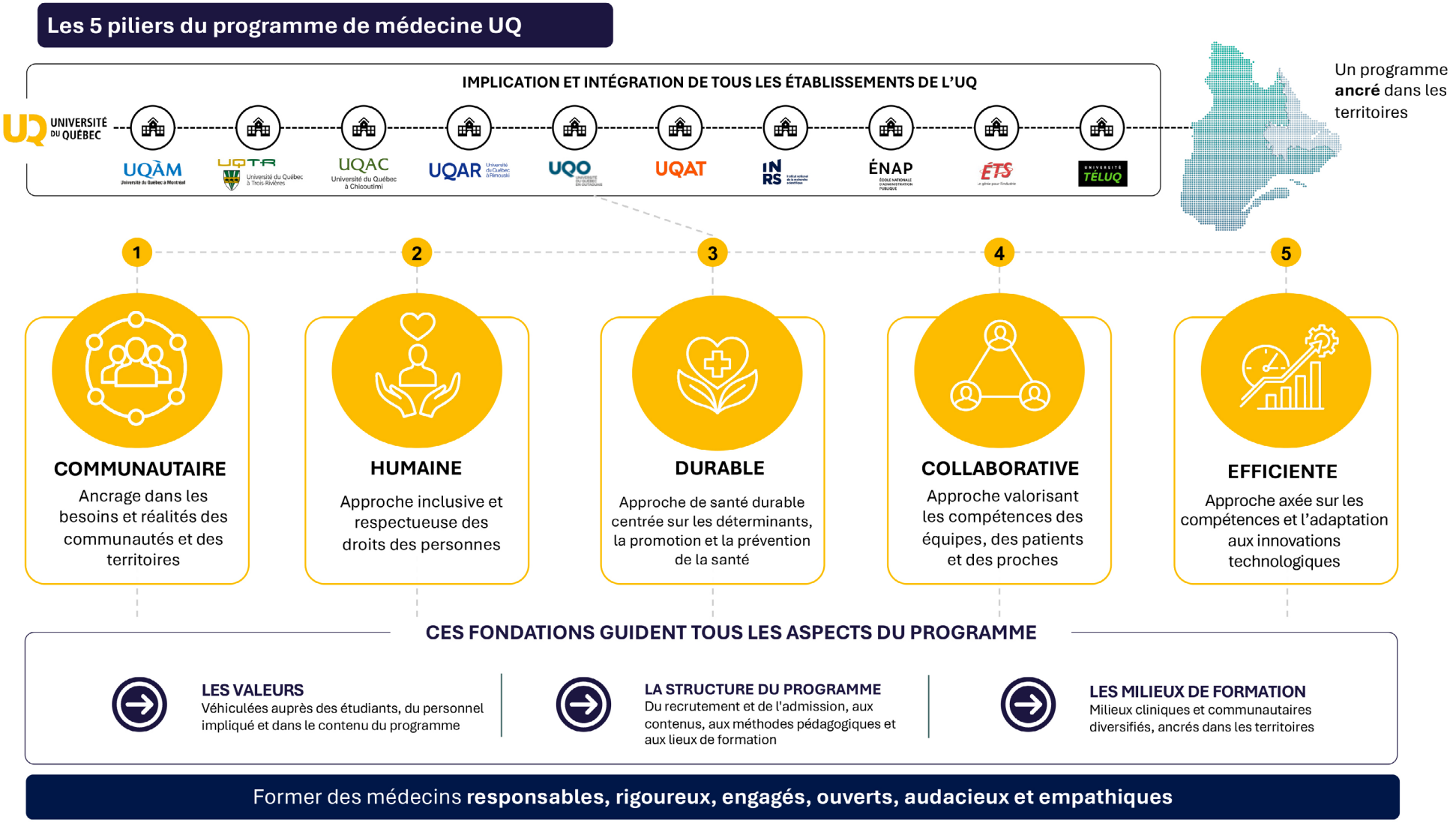
Laura Dellazizzo, M.D., Ph. D.
Auxiliaire de recherche
Résidente en médecine de famille, Université de Montréal

Mme Dellazizzo est titulaire d'un doctorat en médecine et d'un doctorat en sciences psychiatriques de l'Université de Montréal. Elle a entrepris une résidence en médecine de famille à l'automne 2026. Elle a contribué à plusieurs projets de recherche en santé mentale ayant mené à plus de 45 publications scientifiques. Elle a enseigné aux cycles supérieurs et agit actuellement comme chargée d'encadrement et auxiliaire de recherche à l'Université TÉLUQ où elle participe à des projets en innovation pédagogique, en parcours d'apprentissage et en collaboration interprofessionnelle.

Carl Drouin, Ph. D.
Consultant expert
Gestionnaire et coordonnateur de projets

M. Drouin est détenteur d'un doctorat du Département de géographie et d'aménagement urbain de l'Université de Toronto. Gestionnaire et coordonnateur de projets cumulant près de 25 ans d'expérience au sein d'administration provinciales et montréalaises, il a œuvré dans des domaines variés tels que les statistiques officielles en santé et services sociaux, la santé publique, les affaires universitaires du domaine jeunesse en difficulté, la gestion de l'information et l'amélioration continue en santé et services sociaux, les inégalités sociales en milieu urbain, l'organisation des services de santé de première ligne ainsi que les services préhospitaliers d'urgence. Il possède une expertise reconnue en gestion de programmes et de projets de mobilisation des connaissances, notamment en surveillance populationnelle, en enquêtes de santé et en amélioration continue de la qualité des services.

Annexe 8 — Piliers du programme MD-UQ



Annexe 9 — Lettres d'appui

Secteur municipal et MRC

- Chambre de commerce de l'Est de Montréal
- Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue
- Drummondville
- Fédération québécoise des municipalités (FQM)
- L'Assomption
- Mascouche
- Montréal-Nord
- MRC Maria-Chapdelaine
- Rivières-des-Prairies–Pointes-aux-Trembles
- Rosemont–La Petite-Patrie
- Terrebonne
- Ville de Montréal
- Ville de Montréal-Est

Personnes élues à l'Assemblée nationale

- Madwa-Nika Cadet, députée réélue de Bourassa-Sauvé
- Pierre Dufour, député sortant d'Abitibi-Est

Ordres professionnels

- Ordre des chiropraticiens du Québec (OCQ)
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ)
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
- Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCFQ)

Regroupements professionnels

- Corporation des paramédics du Québec
- Fédération des kinésiologues du Québec (FKQ)
- Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et en CIUSSS (RQIIAC)

Établissements et organisation du réseau de la santé et des services sociaux

- Santé Québec Abitibi-Témiscamingue
- Santé Québec Bas-St-Laurent
- Santé Québec Baie-James
- Santé Québec Chaudière-Appalaches
- Santé Québec Côte-Nord
- Santé Québec Gaspésie
- Santé Québec Lanaudière
- Santé Québec Laval
- Santé Québec Les Îles
- Santé Québec Outaouais
- Fédération québécoise des coopératives de santé (FQCS)

Organisations du réseau de la santé et des services sociaux ou organismes dédiées aux Premiers Peuples

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nation du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)
- Regroupement des centres d'amitiés autochtones du Québec (RCAAQ)

Organisations de recherche

- Réseau Communautés rurales et éloignées en santé (CARES) du Fonds de recherche du Québec – secteur Santé

Représentants des communautés, organismes communautaires et associations citoyennes

Regroupements de patients

- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)
- Alliance des patients pour la santé (APS)
- Regroupement provincial du comité des usagers (RPCU)

Région de l'Abitibi-Témiscamingue

- Attractivité Abitibi-Témiscamingue
- Villes et villages en santé Rouyn-Noranda

Région du Saguenay-Lac-St-Jean

- Centre de ressource pour hommes Optimum SLSJ

Chambre de commerce de l'Est de Montréal

PAR COURRIEL
Le 2 juin 2026

Monsieur Stéphane Pallage
Recteur
Université du Québec à Montréal

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Recteur,

Par la présente, la Chambre de commerce de l'Est de Montréal souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Les besoins en santé dans l'Est de l'île de Montréal sont nombreux, notamment en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé pour la population. Ces enjeux préoccupent grandement les membres de notre chambre de commerce. Le programme de médecine proposé par l'UQ et ses constituantes nous paraît une avenue prometteuse pour y répondre, en formant une relève qualifiée déjà ancrée dans son milieu.

D'abord, dans le contexte actuel des difficultés rencontrées par le système de santé, le renforcement de la première ligne nous apparaît comme une orientation nécessaire pour améliorer l'accès aux soins et ainsi mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. L'accent mis sur la médecine familiale s'inscrit, à cet égard, dans une perspective cohérente avec les défis observés dans l'est de l'île de Montréal.

Ensuite, l'ancrage local de la proposition de l'UQ et de l'UQAM constitue également un levier important. Recruter des personnes ayant déjà un lien avec leur milieu et leur offrir une formation au sein de leur communauté en plus de multiplier les occasions de stages à proximité sont autant de conditions favorables à leur établissement durable dans l'Est de l'île de Montréal.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi très porteuse. Former les futurs médecins en interaction et avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, favorisant une approche plus intégrée des soins, qui brise les silos. Cette approche est l'une des forces de l'UQAM et de l'UQ, qui forment déjà plusieurs de ces professionnels.

Qui plus est, la volonté d'intégrer à la formation une utilisation critique des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous semble pertinente. Une telle approche peut contribuer à mieux préparer la relève à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, de la qualité des soins et de la relation humaine avec les patientes et patients.

Enfin, l'UQAM est reconnue pour son Service aux collectivités et son ancrage au sein de la communauté, comme le démontre son engagement actif dans la relance du Quartier latin et la revitalisation de l'Est. La création récente de sa nouvelle Faculté des sciences de la santé, portée par une vision globale de la santé et axée sur la prévention, ainsi que ses nombreuses ententes avec différents établissements de la santé et des services sociaux, notamment avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, illustrent sa volonté sincère de contribuer à cet important enjeu de société.

Pour toutes ces raisons, la Chambre de commerce de l'Est de Montréal accueille favorablement et appuie la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Recteur, mes salutations distinguées.



Jean-Denis Charest
Président-directeur général

c. c. Monsieur Jasmin Roy, directeur, Cabine du recteur
Madame Geneviève Lamy, directrice, Service aux collectivités

À propos de la Chambre

La Chambre de commerce de l'Est de Montréal (CCEM) a pour mission de catalyser, représenter et accompagner son réseau afin de propulser l'est de Montréal et ses 1 250 membres et des 32 000 entreprises situées à l'est du boulevard St-Laurent vers une prospérité durable. Couvrant un territoire composé de 850 000 habitants et de 400 000 emplois, la Chambre représente un milieu économique diversifié disposant d'opportunités de croissance importantes.

Chambre de commerce de l'Est de Montréal
5600, rue Hochelaga, bureau 100
Montréal (Québec) H1N 3L7

CONFÉRENCE DES PRÉFETS
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

RÉSOLUTION

Procès-verbal d'une séance ordinaire du conseil de la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue, tenue le jeudi 20 août 2026, de 10 h à 15 h, à la MRC d'Abitibi-Ouest

Présents

M. Gilles Chapadeau, président de la CPAT et préfet de la Ville/MRC de Rouyn-Noranda ;
M. Martin Lefebvre, vice-président et préfet de la MRC Témiscamingue ;
Mme Nathalie-Ann Pelchat, trésorière et préfète de la MRC Vallée-de-l'Or ;
M. Sébastien d'Astous, préfet de la MRC d'Abitibi ;
M. Jaclin Bégin, préfet de la MRC d'Abitibi-Ouest ;
M. François Chevalier, directeur général de la Ville/MRC de Rouyn-Noranda ;
Mme Lyne Gironne, directrice générale de la MRC Témiscamingue ;
M. Christian Riopel, directeur général de la MRC Vallée-de-l'Or ;
M. Normand Lagrange, directeur général de la MRC d'Abitibi-Ouest ;
Mme Émilie Dumas, directrice de la CPAT ;
Mme Édith Monette, coordonnatrice de développement régional à la CPAT.

Formant quorum sous la présidence de M. Gilles Chapadeau, président de la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue et préfet de la Ville/MRC de Rouyn-Noranda.

RÉSOLUTION # 1178-08-26 – Résolution d'appui au projet de programme de médecine de famille de l'Université du Québec

CONSIDÉRANT QUE la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue a à cœur la vitalité, l'attractivité et le développement durable de son territoire, de même que l'accès de sa population à des services de santé de proximité de qualité;

CONSIDÉRANT QUE l'Abitibi-Témiscamingue est un territoire vaste de plus de 57 000 km², comptant environ 150 000 habitantes et habitants, où l'éloignement des grands centres, les distances importantes entre les communautés, la dispersion des localités et la nordicité influencent directement l'accès et l'organisation des soins et services;

CONSIDÉRANT QUE l'accès aux soins et services de première ligne constitue un enjeu particulièrement important en Abitibi-Témiscamingue, alors que 27,1 % de la population admissible du territoire n'est pas inscrite à la première ligne et qu'une proportion plus élevée de la population qu'ailleurs au Québec se présente à l'urgence pour des problèmes non urgents;

CONSIDÉRANT QUE les écarts estimés entre les besoins de la population et les effectifs disponibles représentent un manque de 35 médecins de famille à temps plein dans la région, dont 26 pour la pratique de proximité;

CONSIDÉRANT QUE l'Université du Québec et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue portent un projet de programme de médecine dédié à la médecine familiale, la première ligne et la rétention dans les régions;

CONSIDÉRANT QUE ce projet vise explicitement à réduire la pénurie de médecins de famille et à assurer une plus grande rétention dans les régions;

CONSIDÉRANT QUE l'implantation d'un tel programme en Abitibi-Témiscamingue représente un levier structurant pour répondre aux réalités propres au territoire, améliorer durablement l'accès aux soins de proximité et contribuer à l'attractivité et à la rétention de médecins de famille dans la région;

Il est proposé par Nahtalie-Ann Pelchat et résolu unanimement

QUE la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue reconnaisse le caractère important et structurant de ce projet pour le territoire et appuie le projet de programme de médecine de famille porté par l'Université du Québec, en collaboration avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue;

QUE la Conférence des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue demande au gouvernement du Québec de soutenir activement la mise en œuvre de ce projet afin de favoriser la formation, l'attraction et la rétention de médecins de famille en Abitibi-Témiscamingue;

QUE copie de la présente résolution soit transmise à la première ministre du Québec, aux ministres responsables de l'Enseignement supérieur, de la Santé et des Régions, aux député.es provinciaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi qu'au président de l'Université du Québec et au recteur de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Adoptée à l'unanimité

Extrait certifié conforme
Ce 20 août 2026



Émilie Dumas, secrétaire

DRUMMONDVILLE
Mairie

Le 17 septembre 2026

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Madame,
Monsieur,

À titre de maire de Drummondville, je souhaite exprimer mon appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements en vue de mettre sur pied un programme de médecine axé notamment sur la médecine familiale et les soins de première ligne.

L'accès aux soins de santé de proximité représente un enjeu majeur pour nos communautés. À Drummondville comme ailleurs au Québec, les besoins sont bien réels et appellent des solutions structurantes permettant non seulement de former davantage de médecins, mais aussi de favoriser leur établissement durable dans les régions où les besoins sont importants.

À cet égard, l'approche proposée par l'Université du Québec m'apparaît particulièrement intéressante. Miser sur un modèle de formation fortement ancré dans les territoires, permettant à des étudiantes et étudiants de se former au sein même des communautés et d'y réaliser une part importante de leur parcours clinique, peut contribuer à créer un lien durable entre les futurs médecins et les milieux qu'ils seront appelés à desservir.

Pour une ville comme Drummondville, qui joue un rôle de pôle régional et qui connaît depuis plusieurs années une croissance démographique soutenue, la capacité d'assurer des services de santé accessibles et adaptés à l'évolution des besoins de la population est essentielle à la vitalité et à l'attractivité de notre milieu.

La place accordée à l'interprofessionnalité constitue également une dimension porteuse de cette démarche. La médecine de première ligne s'exerce aujourd'hui en complémentarité avec de nombreux professionnels de la santé et des services sociaux. Favoriser cette collaboration dès la formation correspond aux réalités actuelles de nos milieux de soins.

Hôtel de ville
415, rue Lindsay, C. P. 398, Drummondville (Québec) J2B 6W3
mairie@drummondville.ca

drummondville.ca

Capitale du développement

Enfin, la volonté d'intégrer de façon critique et responsable les technologies numériques et l'intelligence artificielle à la formation témoigne d'une vision tournée vers l'avenir. Ces outils peuvent contribuer à l'évolution des pratiques, tout en devant demeurer au service du jugement professionnel et, surtout, de la relation humaine qui se trouve au cœur des soins de santé.

Pour toutes ces raisons, j'accueille favorablement la démarche entreprise par l'Université du Québec et souhaite qu'elle puisse contribuer, à terme, à renforcer durablement la médecine familiale et les soins de première ligne dans nos régions.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.



Jean-François Houle
Maire de Drummondville

FÉDÉRATION
QUÉBÉCOISE DES
MUNICIPALITÉS

1134, Grande Allée Ouest, RC 01
Québec (Québec) G1S 1E5

T 418 651-3343
Sans frais 1 866 951-3343
F 418 651-1127

fqm.ca

Le 6 juillet 2026

Par courriel

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Appui de la Fédération québécoise des municipalités au projet de Programme de médecine de famille de l'Université du Québec

Monsieur Cloutier,

C'est avec plaisir que je vous transmets la résolution du conseil d'administration de la FQM numéro 2026-05-28/06_A appuyant unanimement le projet de programme de médecine de famille de l'Université du Québec que vous êtes venu présenter lors de l'Assemblée des MRC du Québec, le 27 mai dernier au Manège militaire de Québec.

Dans un contexte où l'accès aux services et aux soins de santé de proximité constitue un enjeu majeur pour les populations vivant en région, ce projet de décentralisation de la formation en médecine familiale est plus que prometteur pour contribuer à résorber le manque de professionnels de la santé, c'est pourquoi nous inviterons l'ensemble des municipalités du Québec à faire de même et à appuyer par résolution votre projet de programme.

Soyez assuré de la collaboration de nos instances et des représentants de notre conseil d'administration dans ce dossier.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur Cloutier, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Sylvain Lepage
Directeur général

P.J. Résolution CA-FQM-2026-05-28/06_A - Appui au projet de programme de médecine de famille de l'Université du Québec

FÉDÉRATION
QUÉBÉCOISE DES
MUNICIPALITÉS

Extrait du procès-verbal de la réunion du conseil d'administration de la Fédération québécoise des municipalités tenue le 28 mai 2026 à l'Hôtel Château Laurier de Québec.

RÉSOLUTION CA-FQM-2026-05-28/06_A
Appui au projet de programme de médecine de famille de l'Université du Québec

CONSIDÉRANT QU'UN sondage Léger effectué en mars 2026 pour la FQM indique que 78% des Québécoises et des Québécois vivant en région sont préoccupés par la qualité et l'accès aux soins de santé et privilégient un système basé sur la proximité des services;

CONSIDÉRANT QUE 44% des Québécoises et des Québécois vivant en région estiment que l'accès aux soins de santé s'est détérioré au cours des dernières années;

CONSIDÉRANT QUE l'accès à un médecin de famille et à des soins de proximité demeure un enjeu majeur pour les régions;

CONSIDÉRANT QUE l'Université du Québec et l'ensemble des composantes de son réseau ont élaboré un projet de programme de médecine dédié à la médecine familiale, la première ligne et la rétention dans les régions;

CONSIDÉRANT QUE ce projet vise explicitement à réduire la pénurie de médecins de famille et à assurer une plus grande rétention dans les régions;

CONSIDÉRANT QUE ce projet représente une occasion unique d'améliorer l'accès aux soins de première ligne dans les régions du Québec;

Il est proposé par **Mme Chantale Pelletier et unanimement résolu :**

QUE le conseil d'administration de la FQM appuie le projet de programme de médecine porté par l'Université du Québec tel que présenté par le président de l'Université du Québec, M. Alexandre Cloutier, lors de l'assemblée des MRC des 27 et 28 mai 2026;

FÉDÉRATION
QUÉBÉCOISE DES
MUNICIPALITÉS

QUE le conseil d'administration demande au gouvernement du Québec de soutenir activement la mise en œuvre de ce projet ;

QUE copie de la présente résolution soit transmise à la première ministre, à la ministre de l'Enseignement supérieur, à la ministre de la Santé et des Services sociaux, aux chefs des différents partis politiques représentés à l'Assemblée nationale ainsi qu'à l'Université du Québec.

Copie conforme d'une résolution adoptée par le conseil d'administration de la Fédération québécoise des municipalités lors de la réunion tenue le 28 mai 2026 à l'Hôtel Château Laurier de Québec.

SYLVAIN LEPAGE
Directeur général

19 juin 2026
Date

NIL MAGNUM SINE LABORE

L'ASSOMPTION

Ville de **culture** et de **patrimoine**

Le 26 août 2026

Monsieur Jonathan Gariépy
Directeur adjoint régional
Université du Québec à Trois-Rivières
Bureau des campus régionaux
160, boulevard de l'Ange-Gardien
L'Assomption, QC J5W 1R5

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur Gariépy,

Par la présente, la Ville de L'Assomption souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et l'Université du Québec à Trois-Rivières en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin. Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, la Ville de L'Assomption accueille favorablement la démarche de l'UQ et de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Veuillez agréer, Monsieur Gariépy, l'expression de nos salutations distinguées.

Sébastien Nadeau
Maire de la Ville de L'Assomption

Complexe municipal
781, rang du Bas-de-L'Assomption Nord
L'Assomption (Québec) J5W 2H1
450 589-5671
450 589-4512
bureauducitoyen@ville.lassomption.qc.ca
www.ville.lassomption.qc.ca

Cabinet du maire
Ville de Mascouche

Mascouche, le 28 septembre 2026

M. Alexandre Cloutier,
Président, Université du Québec
475, rue du Parvis,
Québec (Québec) G1K 9H7, Canada

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, la Ville de Mascouche souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et l'Université du Québec à Trois-Rivières en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin. Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en

3034, chemin Sainte-Marie
Mascouche (Québec) J7K 1P1
Tél. : 450 474-4133, poste 2901

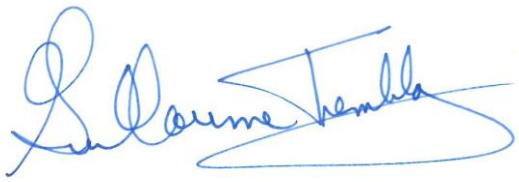
cabinet@mascouche.ca
mascouche.ca

maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, la Ville de Mascouche accueille favorablement la démarche de l'UQ et de l'UQTR.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le maire,



Guillaume Tremblay

MTL NORD
Mille histoires, une communauté

Montréal, 10 juin 2026

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Madame,
Monsieur,

Par la présente, je souhaite exprimer mon appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) visant à développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et les soins de première ligne.

Les besoins en santé de la population de Montréal-Nord sont importants, notamment en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé dans notre milieu. Ces enjeux préoccupent grandement notre arrondissement et ont des répercussions directes sur la qualité de vie de nos citoyennes et citoyens. Dans ce contexte, le programme de médecine proposé par l'UQ et ses constituantes nous apparaît comme une avenue prometteuse pour contribuer à répondre à ces défis en formant une relève qualifiée, engagée et ancrée dans sa communauté.

D'abord, dans le contexte actuel des difficultés rencontrées par le système de santé, le renforcement de la première ligne constitue une orientation essentielle afin d'améliorer l'accès aux soins et de mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. L'importance accordée à la médecine familiale s'inscrit ainsi dans une approche cohérente avec les réalités observées à Montréal-Nord et dans l'est de l'île de Montréal, où plusieurs résidents éprouvent des difficultés à obtenir un suivi médical de proximité.

Ensuite, l'ancrage territorial de la proposition de l'UQ et de l'UQAM représente un levier particulièrement pertinent. Recruter des étudiantes et étudiants provenant des

Cabinet de la mairesse et des élu.e.s d'arrondissement

Arrondissement de Montréal-Nord
4243, rue de Charleroi
Montréal-Nord (Québec) H1H 5R5

Montréal-Nord Montréal

communautés locales, leur offrir une formation au sein de leur milieu de vie et multiplier les occasions de stages dans les établissements de proximité sont autant de conditions favorables à leur établissement durable dans les secteurs qui en ont le plus besoin, notamment à Montréal-Nord.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît également très porteuse. Former les futures médecins et les futurs médecins en collaboration avec les autres professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable des soins de première ligne. Cette approche favorise une meilleure intégration des services et contribue à briser les silos entre les différents intervenants. Elle s'appuie également sur l'expertise reconnue de l'UQAM et du réseau de l'UQ, qui forment déjà plusieurs de ces professionnels.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer à la formation une utilisation critique et réfléchie des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous semble particulièrement pertinente. Une telle approche permettra de mieux préparer la relève à exercer dans un environnement clinique en constante transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, la qualité des soins et la relation humaine avec les patientes et les patients.

Enfin, l'UQAM est reconnue pour son engagement envers les collectivités et son ancrage au sein des communautés montréalaises. La création de sa nouvelle Faculté des sciences de la santé, portée par une vision globale de la santé axée sur la prévention et la réduction des inégalités, ainsi que ses nombreuses collaborations avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, témoignent de sa volonté concrète de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et au mieux-être de la population.

Pour toutes ces raisons, l'arrondissement de Montréal-Nord accueille favorablement et appuie la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal visant la mise en place de ce programme de médecine.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Christine Black, Adm.A, MAP, ASC
Vice-présidente du comité exécutif,
Ville de Montréal
Responsable de la famille, des personnes aînées, de la Jeunesse, du sport et du loisir
Mairesse
Arrondissement de Montréal-Nord

PROVINCE DE QUÉBEC
MRC DE MARIA-CHAPDELAINE

EXTRAIT DES MINUTES D'UNE SÉANCE ORDINAIRE CONSEIL DE LA MRC DE MARIA-CHAPDELAINE, TENUE À LA SALLE DU CONSEIL DE L'HÔTEL DE VILLE DE DOLBEAU-MISTASSINI, MERCREDI LE 10 JUIN 2026 À 19 HEURES.

Sont présents(es) :
M. Rémi Rousseau, Maire de Dolbeau-Mistassini
M. Gilles Dufour, Maire de St-Eugène-d'Argentenay
M. Martial Gauthier, Maire de St-Edmond-les-Plaines
M. René St-Pierre, Maire de St-Augustin
M. Stéphane Houde, Représentant de Dolbeau-Mistassini
Mme Sylvie Coulombe, Mairesse de St-Thomas-Didyme
Mme France Simard, Mairesse de Saint-Stanislas
M. Michel Chiasson, Maire de Sainte-Jeanne d'Arc
Mme Jacynthe Doucet, Mairesse de Normandin
M. Daniel Tremblay, Maire de Notre-Dame-de-Lorette
M. Jean Morency, Préfet

FORMANT QUORUM ET SIÉGEANT SOUS LA PRÉSIDENCE DE MONSIEUR JEAN MORENCY, PRÉFET

Sont absents(es) :
M. Dave Plourde, Maire d'Albanel
M. Vincent Beckert, Maire de Girardville
Mme Carole Tremblay, Mairesse de Péribonka

Invités(es) :
Mme Isabelle Simard, Directrice générale et greffière-trésorière
M. Tim St-Pierre, Directeur de l'administration
Mme Valérie Laberge, Directrice à l'aménagement du territoire
M. Christian Bouchard, Greffier-trésorier adjoint

162-06-26 **Appui au projet de programme de médecine de famille de l'Université du Québec**

CONSIDÉRANT QUE la MRC de Maria-Chapdelaine souhaite un environnement sain et favorable à la santé durable des citoyennes et des citoyens, notamment par l'aménagement d'un milieu de vie propice au bien-être, à l'attractivité du territoire et à l'accès à des services de proximité;

CONSIDÉRANT QUE plusieurs retraites et départs de médecin ont eu lieu sur notre territoire au cours des dernières années, faisant en sorte que l'accès à un médecin de famille et à des soins de proximité demeure un enjeu majeur pour le territoire de la MRC de Maria-Chapdelaine;

CONSIDÉRANT l'augmentation de la clientèle orpheline sur le territoire de la MRC de Maria-Chapdelaine, avec près de 40% de la population, ce qui en fait l'un des territoires les plus touchés au Québec;

CONSIDÉRANT QUE les secteurs plus éloignés ont plus de difficulté à tirer leur épingle du jeu en matière d'attractivité des médecins de famille que dans les grands centres;

CONSIDÉRANT QUE l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) portent un projet de programme de médecine dédié à la médecine familiale, la première ligne et la rétention dans les régions;

CONSIDÉRANT QUE ce projet vise explicitement à réduire la pénurie de médecins de famille et à assurer une plus grande rétention dans les régions;

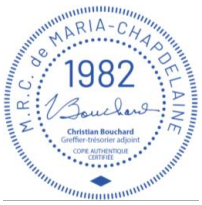
CONSIDÉRANT QU'un tel projet représente une occasion de renforcer l'attractivité de la MRC de Maria-Chapdelaine et d'améliorer l'accès aux soins de première ligne;

Il EST PROPOSÉ PAR M. Rémi Rousseau,
APPUYÉ ET RÉSOLU UNANIMEMENT :

QUE le conseil de la MRC de Maria-Chapdelaine appuie le projet de programme de médecine porté par l'Université du Québec et l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC);

QUE le conseil de la MRC de Maria-Chapdelaine demande au gouvernement du Québec de soutenir activement la mise en œuvre de ce projet; et,

QUE copie de la présente résolution soit transmise à la ministre de l'Enseignement supérieur, à la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'à l'Université du Québec et l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC).



ADOPTÉE EN DATE DU 10 JUIN 2026

(SIGNÉ) JEAN MORENCY, PRÉFET

(SIGNÉ) CHRISTIAN BOUCHARD, GREFFIER-TRÉSORIER ADJOINT

Montréal, 11 juin 2026

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Madame,
Monsieur,

Par la présente, le Cabinet de maire de l'arrondissement Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles, souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Les besoins en santé dans l'Est de l'île de Montréal sont nombreux, notamment en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé pour la population. Ces enjeux préoccupent grandement notre Cabinet. Le programme de médecine proposé par l'UQ et ses constituantes nous paraît une avenue prometteuse pour y répondre, en formant une relève qualifiée déjà ancrée dans son milieu.

D'abord, dans le contexte actuel des difficultés rencontrées par le système de santé, le renforcement de la première ligne nous apparaît comme une orientation nécessaire pour améliorer l'accès aux soins et ainsi mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. L'accent mis sur la médecine familiale s'inscrit, à cet égard, dans une perspective cohérente avec les défis observés dans l'est de l'île de Montréal.

Ensuite, l'ancrage local de la proposition de l'UQ et de l'UQAM constitue également un levier important. Recruter des personnes ayant déjà un lien avec leur milieu et leur offrir une formation au sein de leur communauté en plus de multiplier les occasions de stages à proximité sont autant de conditions favorables à leur établissement durable dans l'Est de l'île de Montréal.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi très porteuse. Former les futurs médecins en interaction et avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, favorisant

une approche plus intégrée des soins, qui brise les silos. Cette approche est l'une des forces de l'UQAM et de l'UQ, qui forment déjà plusieurs de ces professionnels.

Qui plus est, la volonté d'intégrer à la formation une utilisation critique des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous semble pertinente. Une telle approche peut contribuer à mieux préparer la relève à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, de la qualité des soins et de la relation humaine avec les patientes et patients.

Enfin, l'UQAM est reconnue pour son Service aux collectivités et son ancrage au sein de la communauté, comme le démontre son engagement actif dans la relance du Quartier latin et la revitalisation de l'Est. La création récente de sa nouvelle Faculté des sciences de la santé, portée par une vision globale de la santé et axée sur la prévention, ainsi que ses nombreuses ententes avec différents établissements de la santé et des services sociaux, notamment avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, illustrent sa volonté sincère de contribuer à cet important enjeu de société.

Pour toutes ces raisons, le Cabinet de l'arrondissement de Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles, accueille favorablement et appuie la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



Denis Pelletier
Maire

Rosemont
La Petite-Patrie
Montréal

Bureau du maire d'arrondissement
5650, rue d'Iberville, 2e étage
Montréal (Québec) H2G 2B3
Tél. : 514 872-6473 Fax : 514 868-3932
francois.limoges@montreal.ca

Par courriel

Le 30 juin 2026

Monsieur Stéphane Pallage
Recteur
Université du Québec à Montréal (UQAM)

rectorat@uqam.ca

Objet : **Lettre d'appui – Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec**

Madame, Monsieur,

Par la présente, je souhaite exprimer l'appui de l'Arrondissement de Rosemont-La Petite-Patrie au projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne porté par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Développé dans une optique d'offrir une formation réellement ancrée dans le milieu de vie des futurs médecins et adaptée aux réalités des populations plus vulnérables et mal desservies, ce programme novateur se démarque comme une avenue prometteuse pour répondre aux enjeux que rencontre notre système de santé, dont la pénurie de médecin de famille.

Partie prenante de l'Est de Montréal, notre Arrondissement est à même de constater les nombreux défis et les besoins criants de la population de ce secteur de la ville en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé, des enjeux qui nous préoccupent grandement.

La proposition de l'UQ et de l'UQAM nous paraît tout particulièrement structurante pour l'Est de Montréal, qui présente des déterminants socioéconomiques de la santé plus défavorables que d'autres secteurs de la métropole. Ce territoire nécessite des interventions ciblées et adaptées, qui peuvent générer des retombées sociales pour la population et pour son développement.

Rosemont
La Petite-Patrie
Montréal

Dans le contexte actuel, le renforcement de la première ligne constitue une orientation nécessaire pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. À cet égard, l'accent mis sur la médecine familiale s'inscrit dans une perspective cohérente avec les défis observés.

Le fort ancrage local mis de l'avant dans la proposition de l'UQ et de l'UQAM nous paraît porteur pour favoriser le recrutement, la formation et la rétention des personnes ayant déjà un lien avec leur milieu, en plus de multiplier les occasions de stages à proximité; autant de conditions favorables à l'établissement durable des futurs médecins dans l'Est de l'île de Montréal.

La place accordée à l'interprofessionnalité et à l'interaction des différents professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, favorisant une approche plus intégrée des soins, qui brise les silos, au bénéfice de la qualité des soins fournis aux patientes et patients. Cette vision est l'une des forces de l'UQAM et de l'UQ, en phase avec leurs valeurs d'accessibilité et de démocratisation des savoirs.

Enfin, l'UQAM est reconnue pour son ancrage au sein de la communauté. La création récente de sa nouvelle Faculté des sciences de la santé, portée par une vision globale de la santé et axée sur la prévention, ainsi que ses nombreuses ententes avec différents établissements de la santé et des services sociaux, notamment avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île, dont fait partie l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, illustrent sa volonté sincère de contribuer à cet important enjeu de société.

Pour toutes ces raisons, je réitère l'appui de l'Arrondissement de Rosemont-La Petite-Patrie au projet de programme de médecine de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

François Limoges
Maire de l'arrondissement de Rosemont—La Petite-Patrie

Terrebonne
Une histoire de vie

Mathieu Traversy
Maire

Terrebonne, le 4 septembre 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président de l'Université du Québec

Objet : Appui au projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, la Ville de Terrebonne souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et l'Université du Québec à Trois-Rivières en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin. Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

Cette volonté de rapprocher la formation des milieux de vie trouve d'ailleurs un écho particulier à Terrebonne, qui poursuit activement son développement comme ville universitaire. L'avènement de son quartier universitaire témoigne de cette volonté de consolider la présence de l'enseignement supérieur sur son territoire et de créer un environnement propice à l'accueil, à la formation et à la rétention de futurs talents. Dans cette perspective, Terrebonne suit avec intérêt et appuie les initiatives qui contribuent au développement de l'enseignement supérieur et à leur rayonnement dans la communauté.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

775, rue Saint-Jean-Baptiste, Terrebonne (Québec) Canada J6W 1B5 • Téléphone : 450 471-8265, poste 1594
maire@ville.terrebonne.qc.ca

Mathieu Traversy
Maire

Terrebonne
Une histoire de vie

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, la Ville de Terrebonne accueille favorablement la démarche de l'UQ et de l'UQTR.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



MATHIEU TRAVERSY
Maire de Terrebonne

775, rue Saint-Jean-Baptiste, Terrebonne (Québec) Canada J6W 1B5 • Téléphone : 450 471-8265, poste 1594
maire@ville.terrebonne.qc.ca

Le 11 juin 2026

Monsieur Stéphane Pallage
Recteur
Université du Québec à Montréal
1430, rue Saint-Denis, bureau D-5200
Montréal (Québec) H2X 3J8
Rectorat@uqam.ca

Monsieur le Recteur,

En tant que mairesse de Montréal, je tiens à exprimer l'appui de la Ville au projet porté par l'Université du Québec (UQ) et sa constituante, l'Université du Québec à Montréal (UQAM), lequel vise la mise en place d'un programme de médecine centré sur la médecine familiale et la première ligne.

Cette initiative s'inscrit de manière cohérente dans l'écosystème montréalais, caractérisé par une forte intégration entre la formation médicale, la recherche et la prestation de soins au sein des Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS).

Dans ce cadre, le développement d'une offre de formation médicale spécifiquement ancrée dans l'Est de Montréal et axée sur la médecine familiale contribue à une diversification stratégique des milieux de formation et à une meilleure adéquation entre la formation de la relève médicale et les besoins populationnels différenciés sur le territoire montréalais.

Les données récentes de santé publique confirment que l'Est de l'île de Montréal présente des déterminants sociaux et économiques de la santé plus défavorables que plusieurs autres secteurs de la métropole. Cependant, ces réalités territoriales constituent également un terreau stratégique pour le déploiement d'approches innovantes, intégrées et à fort impact en matière de santé et de services sociaux.

Les analyses territoriales mettent en évidence une concentration plus importante de milieux cumulant des vulnérabilités sociales, économiques, environnementales et d'accès aux ressources de proximité. Ces caractéristiques bien documentées offrent aussi des conditions propices à l'expérimentation et à la structuration de modèles de soins de première ligne fortement territorialisés, capables de générer des retombées significatives à la fois sur l'état de santé des populations et sur la performance du système de santé.

… 2

Ces dynamiques se traduisent notamment par :

- une prévalence plus élevée de maladies chroniques et de comorbidités, appelant au développement d'approches de prévention et de gestion intégrée à fort potentiel d'impact ;
- des besoins accrus en services de première ligne accessibles, continus et intégrés, ouvrant la voie à l'implantation de modèles organisationnels innovants et collaboratifs ;
- un recours plus fréquent à des services de santé en situation de vulnérabilité sociale, renforçant la pertinence d'interventions intersectorielles et de proximité.

Ces réalités s'inscrivent dans le cadre plus large des inégalités sociales de santé, largement documentées au Québec. Dans ce contexte, l'Est de Montréal constitue un territoire prioritaire où des interventions ciblées peuvent contribuer de manière significative à la réduction des écarts en matière de santé et à l'amélioration des trajectoires de vie.

Par ailleurs, les données sociodémographiques disponibles confirment la présence, dans plusieurs quartiers de l'Est, de facteurs de vulnérabilité cumulés, tels que :

- une proportion importante de ménages à faible revenu ou en situation de précarité ;
- des besoins accrus en matière de logement adéquat et abordable ;
- une présence significative de populations à risque, notamment les familles monoparentales, les personnes vivant seules et certaines populations immigrantes.

Au-delà des défis qu'ils posent, ces caractéristiques constituent également des leviers d'action pour développer des réponses adaptées, inclusives et ancrées dans les réalités locales, en mobilisant étroitement les réseaux institutionnels, communautaires et territoriaux.

Dans cette perspective, le projet de programme proposé par l'UQ et l'UQAM constitue une réponse structurante et pertinente à fort potentiel transformateur, qui se distingue par :

- Un ancrage territorial fort, favorisant l'attraction, la formation et la rétention de la relève médicale, ainsi que le développement d'une expertise spécifique aux contextes urbains où les besoins sont les plus importants ;
- Une approche interprofessionnelle intégrée, propice à l'innovation dans les pratiques cliniques et à l'amélioration de la coordination des soins, en cohérence avec les orientations du réseau de la santé et des services sociaux ;
- Une intégration réfléchie des outils numériques et de l'intelligence artificielle, en appui à l'amélioration de la performance clinique et organisationnelle du système de santé ;
- Une articulation étroite avec les milieux de pratique, notamment les établissements du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et les partenaires communautaires, favorisant le développement de trajectoires de soins adaptées aux réalités locales et la mise en place d'un écosystème d'expérimentation et d'innovation sociale.

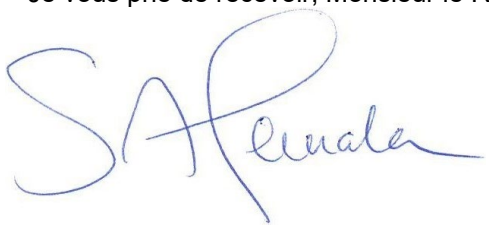
Ainsi, l'Est de Montréal se positionne non seulement comme un territoire nécessitant des interventions ciblées, mais également comme un espace d'opportunités pour le développement de solutions structurantes en santé, susceptibles de générer des retombées durables à l'échelle locale et métropolitaine.

… 3

Dans un contexte de pression croissante sur le système de santé, marqué notamment par des enjeux d'accessibilité, de pénurie de main-d'œuvre et de complexification des besoins, une telle initiative représente un levier concret pour renforcer la première ligne et améliorer l'équité territoriale en santé.

Pour l'ensemble de ces raisons, je réitère mon appui à cette démarche structurante et invite à la poursuite de son développement en étroite collaboration avec les partenaires institutionnels, municipaux, communautaires et gouvernementaux concernés.

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Recteur, mes meilleures salutations.



Soraya Martinez Ferrada
Mairesse de Montréal

CABINET DE LA MAIRESSE

Montréal-Est, le 27 mai 2026

TRANSMISSION PAR COURRIEL

Monsieur Stéphane Pallage
Recteur
Université du Québec à Montréal
rectorat@uqam.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec et de l'université du Québec à Montréal (UQAM)

Monsieur,

Par la présente, la Ville de Montréal-Est souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Les besoins en santé dans l'Est de l'île de Montréal sont nombreux, notamment en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé pour la population. Ces enjeux préoccupent grandement notre administration. Le programme de médecine proposé par l'UQ et ses constituantes nous paraît une avenue prometteuse pour y répondre, en formant une relève qualifiée déjà ancrée dans son milieu.

D'abord, dans le contexte actuel des difficultés rencontrées par le système de santé, le renforcement de la première ligne nous apparaît comme une orientation nécessaire pour améliorer l'accès aux soins et ainsi mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. L'accent mis sur la médecine familiale s'inscrit, à cet égard, comme un mouvement de prévention dans une perspective cohérente avec les défis observés dans l'est de l'île de Montréal.

/2

Ville de Montréal-Est 11370, rue Notre-Dame, 5e étage, Montréal-Est (Québec) H1B 2W6
Téléphone : 514.905.2046 Télécopieur : 514.905.2007

Ensuite, l'ancrage local de la proposition de l'UQ et de l'UQAM constitue également un levier important. Recruter des personnes ayant déjà un lien avec leur milieu et leur offrir une formation au sein de leur communauté en plus de multiplier les occasions de stages à proximité sont autant de conditions favorables à leur établissement durable dans l'Est de l'île de Montréal.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi très porteuse. Former les futurs médecins en interaction et avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, favorisant une approche plus intégrée des soins, qui brise les silos. Cette approche est l'une des forces de l'UQAM et de l'UQ, qui forment déjà plusieurs de ces professionnels.

Qui plus est, la volonté d'intégrer à la formation une utilisation critique des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous semble pertinente. Une telle approche peut contribuer à mieux préparer la relève à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, de la qualité des soins et de la relation humaine avec les patientes et patients.

Enfin, l'UQAM est reconnue pour son Service aux collectivités et son ancrage au sein de la communauté, comme le démontre son engagement actif dans la relance du Quartier latin et la revitalisation de l'Est. La création récente de sa nouvelle Faculté des sciences de la santé, portée par une vision globale de la santé et axée sur la prévention, ainsi que ses nombreuses ententes avec différents établissements de la santé et des services sociaux, notamment avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, illustrent sa volonté sincère de contribuer à cet important enjeu de société.

Pour toutes ces raisons, la Ville de Montréal-Est accueille favorablement et appuie fortement la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Anne St-Laurent

Mairesse

c. c. Madame Kaouther Saadi, directrice générale
Monsieur Nicolas Dziasko, directeur de l'Aménagement du territoire et Développement économique



Madwa-Nika Cadet
Députée de Bourassa-Sauvé
Vice-présidente de la Commission des finances publiques
Porte-parole de l'opposition officielle en matière d'éducation, d'emploi, de culture et de communications, de francophonie, de langue française et de travail

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Montréal, le 8 juin 2026

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Madame,
Monsieur,

Par la présente, je souhaite exprimer mon appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Les besoins en santé dans l'Est de l'île de Montréal sont nombreux, notamment en matière d'accès aux services de première ligne, de proximité des soins et de présence durable de professionnels de la santé pour la population. Ces enjeux préoccupent grandement notre territoire. Le programme de médecine proposé par l'UQ et ses constituantes nous paraît une avenue prometteuse pour y répondre, en formant une relève qualifiée déjà ancrée dans son milieu.

D'abord, dans le contexte actuel des difficultés rencontrées par le système de santé, le renforcement de la première ligne nous apparaît comme une orientation nécessaire pour améliorer l'accès aux soins et ainsi mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. L'accent mis sur la médecine familiale s'inscrit, à cet égard, dans une perspective cohérente avec les défis observés dans l'est de l'île de Montréal.

Ensuite, l'ancrage local de la proposition de l'UQ et de l'UQAM constitue également un levier important. Recruter des personnes ayant déjà un lien avec leur milieu et leur offrir une formation au sein de leur communauté en plus de multiplier les occasions de stages à proximité sont autant de conditions favorables à leur établissement durable dans l'Est de l'île de Montréal.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi très porteuse. Former les futurs médecins en interaction et avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, favorisant une approche plus intégrée des soins, qui brise les silos. Cette approche est l'une des forces de l'UQAM et de l'UQ, qui forment déjà plusieurs de ces professionnels.

Qui plus est, la volonté d'intégrer à la formation une utilisation critique des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous semble pertinente. Une telle approche peut contribuer à mieux préparer la relève à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, de la qualité des soins et de la relation humaine avec les patientes et patients.

Enfin, l'UQAM est reconnue pour son Service aux collectivités et son ancrage au sein de la communauté, comme le démontre son engagement actif dans la relance du Quartier latin et la revitalisation de l'Est. La création récente de sa nouvelle Faculté des sciences de la santé, portée par une vision globale de la santé et axée sur la prévention, ainsi que ses nombreuses ententes avec différents établissements de la santé et des services sociaux, notamment avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, illustrent sa volonté sincère de contribuer à cet important enjeu de société.

Pour toutes ces raisons, j'accueille favorablement et appuie la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec à Montréal.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Cordialement,



_____

Madwa-Nika Cadet

Députée de Bourassa-Sauvé

Vice-présidence de la commission des finances publiques

Porte-parole de l'opposition officielle en matière d'éducation

de culture et de communications, de francophonie, de langue

française, de lutte contre le racisme et en matière du travail

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Pierre Dufour
Député d'Abitibi-Est

Par courriel

Val-d'Or, le 17 juillet 2026

Vincent Rousson, Ph. D.
Recteur
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Objet : Le campus de Val-d'Or doit être privilégié pour l'implantation de la formation en médecine de l'UQAT

Monsieur le Recteur,

C'est avec un grand intérêt que j'ai pris connaissance de l'annonce du gouvernement du Québec concernant la poursuite du déploiement d'un nouveau programme de médecine dans les campus régionaux de l'Université du Québec. Cette initiative représente une occasion historique d'améliorer l'accès aux soins de première ligne dans les régions du Québec et de former une nouvelle génération de médecins profondément enracinés dans leur milieu.

En tant que député d'Abitibi-Est, je tiens à vous faire part de ma conviction que le **campus de Val-d'Or constitue l'emplacement tout indiqué pour accueillir la formation en médecine de l'UQAT**.

Cette position repose sur des considérations qui s'inscrivent directement dans les objectifs poursuivis par le réseau de l'Université du Québec : former des médecins de famille, favoriser leur rétention en région et développer une expertise adaptée aux réalités des communautés desservies.

Le campus de Val-d'Or possède déjà des atouts exceptionnels qui en font un milieu d'apprentissage unique. Son École d'études autochtones, reconnue à l'échelle canadienne, ainsi que son expertise développée « par, pour et avec » les Premières Nations, offrent un environnement sans équivalent pour intégrer la sécurisation culturelle et les réalités autochtones au cursus médical.

À cela s'ajoute un écosystème de partenaires exceptionnel.

L'agrandissement du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or permettra notamment d'accroître les services offerts par sa clinique en santé autochtone et d'offrir aux futurs étudiants un milieu de stage directement connecté aux besoins de la population. Peu d'endroits au Québec pourront offrir une telle proximité avec une clientèle autochtone urbaine, des approches de soins culturellement sécurisantes ainsi qu'une collaboration quotidienne entre les milieux universitaire, communautaire et clinique.

Val-d'Or est également le principal carrefour des services en santé destinés aux communautés cries d'Eeyou Istchee. Les installations du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James,

Hôtel du Parlement | 1045, rue des Parlementaires, bureau 3.88, Québec (Québec) G1A 1A4 | assnat.qc.ca
Bureau de circonscription | 888, 3e Avenue, bureau 202, Val-d'Or (Québec) J9P 5E6 | **819 824-3333** | pierre.dufour.ABES@assnat.qc.ca

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Pierre Dufour
Député d'Abitibi-Est

notamment le service Wiichihiituwin, accueillent chaque année des milliers de patients qui transitent par Val-d'Or afin d'obtenir des soins spécialisés.

Cette réalité offre une occasion exceptionnelle de former les futurs médecins à la médecine nordique, à la télémédecine, aux soins en régions éloignées, aux réalités interculturelles ainsi qu'à la coordination des services entre le Nord-du-Québec et l'Abitibi-Témiscamingue. Elle pourrait ouvrir également la porte à des corridors de stages dans les communautés cries, favorisant ainsi le développement d'une expertise médicale recherchée partout au Québec.

Le choix de Val-d'Or répond également parfaitement à l'objectif même du projet, soit recruter des étudiants des régions afin qu'ils y demeurent pour exercer leur profession. En leur offrant un parcours complet au cœur d'un milieu dynamique, diversifié et fortement connecté aux besoins du territoire, nous augmentons concrètement les chances qu'ils choisissent d'y bâtir leur carrière.

Notre ville réunit aujourd'hui les infrastructures universitaires, hospitalières, communautaires et autochtones nécessaires pour devenir un véritable pôle de formation médicale en région. Peu de campus peuvent offrir une telle concentration d'expertises, de partenaires et d'occasions d'apprentissage dans un même environnement.

Je suis convaincu que privilégier le campus de Val-d'Or permettra non seulement de maximiser les retombées du futur programme, mais également de faire de l'UQAT un modèle québécois de formation médicale adaptée aux réalités des régions et des Premières Nations.

Soyez assuré de mon entière collaboration afin de soutenir ce projet porteur pour notre région. Je souhaite sincèrement que les décisions à venir permettront de reconnaître le potentiel exceptionnel que représente le campus de Val-d'Or dans cette initiative historique.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Recteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pierre Dufour
Député d'Abitibi-Est

Cc :
Serge Allard, *Maire de Val-d'Or*
Edith Cloutier C.M.,C.Q., *Directrice générale Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*
Paul John Murdoch, *Grand Chief/Chairperson of the Cree Nation*
Caroline Roy, *PDG Santé Québec Abitibi-Témiscamingue*
Alexandre Cloutier, *président de l'Université du Québec*
Sébastien Richard, *président Chambre de commerce de Val-d'Or*

Hôtel du Parlement | 1045, rue des Parlementaires, bureau 3.88, Québec (Québec) G1A 1A4 | assnat.qc.ca
Bureau de circonscription | 888, 3e Avenue, bureau 202, Val-d'Or (Québec) J9P 5E6 | **819 824-3333** | pierre.dufour.ABES@assnat.qc.ca

PAR COURRIEL

Montréal, le 13 juillet 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec
475, rue du Parvis
Québec (Québec) G1K 9H7
418 657-4301
alexandre.cloutier@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, l'Ordre des chiropraticiens du Québec souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins santé des régions et des zones urbaines moins bien desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

La place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne. En effet, et plus que jamais, il est reconnu que les patients doivent pouvoir consulter le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment. Miser sur l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle permettra assurément d'améliorer l'efficacité de la première ligne. Les chiropraticiens souhaitent aussi contribuer à son amélioration et ils seront prêts à accueillir des étudiants en stage.

L'Université du Québec à Trois-Rivières, qui héberge le seul programme de doctorat de premier cycle en chiropratique du Québec, est un milieu d'apprentissage riche en raison, notamment, de l'Institut national d'anatomie et de plusieurs cliniques de santé, dont la Clinique universitaire de chiropratique. Les étudiants du nouveau programme de médecine pourront en bénéficier.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, l'Ordre des chiropraticiens du Québec accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Dr Philippe Larivière, chiropraticien, D.C.
Président
Ordre des chiropraticiens du Québec

Cc : **Céline Poncelin de Raucourt**
Vice-présidente
Vice-présidence à l'enseignement, à l'accessibilité et aux francophonies
celine.poncelin.de.raucourt@uquebec.ca

Alexandre Parent, Ph. D.
Directeur – Médecine et première ligne
Vice-présidence à l'enseignement, à l'accessibilité et aux francophonies
alexandre.parent@uquebec.ca

Liette Bernier, Ph. D.
Présidente du comité de pilotage
Programme de médecine familiale
liette.bernier@uquebec.ca

Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

PAR COURRIEL

Montréal, le 16 juin 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec
presidence@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, l'*Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins santé des régions et des zones urbaines moins bien desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

Nous soulignons particulièrement la place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle qui nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à

258
4200, rue Molson
Montréal (Québec)
H1Y 4V4
Téléphone 514 935-2501
1 800 363-6048
oiiq.org
inf@oiiq.org

l'évolution souhaitable de la première ligne. Il faut passer du paradigme d'un médecin de famille pour tous à celui d'une équipe de famille pour tous.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, l'*Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le président,



Luc Mathieu, inf., DBA, ASC

/nr

cc. Marie-Claire Richer, inf., PhD., ASC., directrice générale

ORDRE DES
PHARMACIENS
DU QUÉBEC

Bureau de la Présidence

Le 3 août 2026

Monsieur Alexandre Cloutier, président
Université du Québec
alexandre.cloutier@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine familiale de l'Université du Québec et ajout d'un volet pharmacie

Monsieur le Président,

Par la présente, l'Ordre des pharmaciens du Québec (ci-après, l'Ordre) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne. Cette initiative s'inscrit dans une volonté importante d'accroître la capacité de formation en santé et de mieux répondre aux besoins de la population québécoise.

Dans ce contexte, l'Ordre souhaite inviter l'Université du Québec à élargir sa réflexion afin d'analyser la faisabilité d'y ajouter un volet pharmacie, plus particulièrement une formation de Doctorat de premier cycle en pharmacie. Une telle analyse apparaît pertinente compte tenu de l'enjeu de pénurie de pharmaciens observé dans plusieurs milieux au Québec et de l'importance croissante de leur contribution aux soins de première ligne.

Au cours des dernières années, les activités professionnelles des pharmaciens se sont enrichies, renforçant leur capacité à contribuer pleinement au mieux-être de la population. Ils jouent désormais un rôle accru dans l'évaluation de diverses situations cliniques, l'ajustement et la prolongation de traitements, l'administration de médicaments, l'optimisation de la pharmacothérapie ainsi que la prise en charge de problèmes de santé courants. Cette évolution consolide leur position comme professionnels de proximité, accessibles et indispensables au

parcours de soins des patientes et des patients, tout en mettant en lumière l'impact positif de leur expertise au sein du système de santé.

Par ailleurs, le vieillissement de la population, la prévalence accrue des maladies chroniques, la complexification des traitements médicamenteux et les besoins grandissants en soins de proximité exercent une pression soutenue sur la première ligne. Pour que les pharmaciens puissent pleinement contribuer à la réponse à ces besoins, le Québec doit pouvoir compter sur un nombre suffisant de professionnels formés et disponibles dans l'ensemble des régions.

L'ancrage territorial de l'Université du Québec constitue à cet égard un atout important. Sa présence dans plusieurs régions, sa connaissance des réalités locales et sa capacité à développer des formations adaptées aux besoins des communautés pourraient favoriser le recrutement, la formation et l'établissement durable de futurs pharmaciens dans les milieux où les besoins sont importants.

L'ajout éventuel d'un volet pharmacie serait également cohérent avec l'approche interdisciplinaire mise de l'avant dans le projet. La première ligne repose de plus en plus sur la collaboration entre médecins, pharmaciens, infirmières et autres professionnels, afin d'assurer une prise en charge accessible, continue et sécuritaire de la population.

Pour ces raisons, l'Ordre des pharmaciens du Québec appuie la démarche de l'Université du Québec et l'encourage à analyser sérieusement la faisabilité d'intégrer une formation de premier cycle en pharmacie à son projet. Une telle réflexion contribuerait à renforcer la première ligne, à améliorer l'accès aux soins pour la population et à répondre à l'enjeu de pénurie de pharmaciens au Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le président,



Jean-François Desgagné, pharmacien, FOPQ

JF/mnc

266, rue Notre-Dame Ouest, bureau 301, Montréal, QC, H2Y 1T6
Téléphone : 514 284-9588 | sans frais : 1 800 363-0324
www.opq.org

Ordre
des Sages-Femmes
du Québec

Le 6 juillet 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, l'*Ordre des sages-femmes du Québec* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins en santé des régions et des zones urbaines moins bien desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région. Cet ancrage peut permettre un meilleur lien avec la communauté et les personnes qui nécessitent des soins, rendant l'offre de services encore plus pertinente et adaptée. L'implication des personnes usagères est essentielle.

Nous souhaitons exprimer que la démocratisation de l'accès à la formation de médecine familiale nous semble aussi nécessaire pour que toute personne, peu

importe son origine, son profil ou ses antécédents, ait une chance équitable d'accès à la profession. Cela est d'autant plus important pour les Premières Nations et Inuit. La cohérence identitaire influence positivement la compliance et les issues positives pour les personnes qui reçoivent les soins, particulièrement lorsque ces personnes vivent dans les marges ou à la croisée des oppressions.

La place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres personnes professionnelles de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer dans la formation une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients. Nous considérons tout de même qu'une intégration des technologies ne doit pas se faire au détriment des apprentissages nécessaires et essentiels à la pratique professionnelle.

Pour toutes ces raisons, l'*Ordre des sages-femmes du Québec* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Julie Pelletier, SF
Présidente
Ordre des sages-femmes du Québec

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Montréal, le 19 juin 2026

PAR COURRIEL

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, l'*Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec est ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins santé des régions et des zones urbaines moins bien desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne. Par ailleurs, l'orientation du programme crée une zone de proximité particulièrement prometteuse pour un travail de collaboration avec nos membres travailleurs sociaux.

…/2

110, boul. Crémazie Ouest, bureau 600
Montréal (Québec) H2P 1B9
514 731-3925
1 888 731-9420
otstcfq.org

De plus, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et les patients.

Pour toutes ces raisons, l'*Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

La présidente,



Valérie Fernandez, T.S.

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, la Corporation des paramédics du Québec (CPQ) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants qui vise la mise en place d'un programme de médecine axé sur la médecine familiale et les soins de première ligne.

La Corporation accueille favorablement cette initiative, qui représente une occasion de repenser l'organisation des soins de proximité afin de mieux répondre aux besoins grandissants de la population québécoise. Dans un contexte marqué par le vieillissement démographique, la prévalence croissante des maladies chroniques et les difficultés d'accès à un médecin de famille, il apparaît essentiel de développer des modèles de formation et de pratique qui favorisent une première ligne plus accessible, intégrée et durable.

Nous estimons également que ce projet offre une occasion unique de mieux intégrer la médecine préhospitalière au continuum des soins de première ligne, en développant une vision plus globale de la médecine parahospitalière. Les paramédics occupent aujourd'hui une place stratégique auprès des patientes et des patients, souvent comme premier professionnel de la santé à intervenir. Leur expertise clinique, leur proximité avec la population et leur présence sur l'ensemble du territoire constituent des atouts importants qui méritent d'être davantage intégrés à l'organisation des soins.

À cet égard, nous croyons que la formation des futurs médecins devrait favoriser une meilleure compréhension du rôle des paramédics et des possibilités offertes par une

collaboration clinique accrue. Une telle approche permettrait de renforcer la continuité des soins, de faciliter les trajectoires des patients, d'améliorer la coordination interprofessionnelle et d'optimiser l'utilisation des ressources du réseau de la santé.

Cette vision présente également un avantage important pour le développement de la profession paramédicale. En reconnaissant pleinement l'apport clinique des paramédics au sein de la première ligne, il devient possible d'offrir des perspectives professionnelles stimulantes qui favorisent le maintien de personnel hautement qualifié sur le terrain, au bénéfice direct des patientes et des patients. La valorisation de cette expertise contribue non seulement à renforcer l'attractivité de la profession, mais également à améliorer la qualité, la rapidité et la continuité de la prise en charge clinique.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins. Le fait d'admettre des étudiantes et étudiants qui connaissent leur milieu, de les former au sein de leur communauté et de multiplier les stages en région constitue une stratégie susceptible de favoriser leur établissement durable là où les besoins sont les plus importants.

Par ailleurs, la place accordée à l'interdisciplinarité et à la collaboration interprofessionnelle rejoint pleinement les orientations que privilégie la Corporation des paramédics du Québec. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé permettra de développer une culture de collaboration dès la formation initiale, favorisant ainsi des équipes de soins plus efficaces et davantage centrées sur les besoins de la population.

Nous saluons également la volonté d'intégrer une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle dans la formation médicale. Une telle approche apparaît essentielle pour préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en constante évolution, tout en préservant la primauté du jugement clinique, de l'éthique professionnelle et de la relation thérapeutique.

Pour l'ensemble de ces raisons, la Corporation des paramédics du Québec considère que ce projet présente un potentiel important pour renforcer la première ligne, améliorer l'accès aux soins et favoriser une meilleure intégration des paramédics dans un modèle moderne de soins de proximité. Nous croyons qu'il s'agit d'une

occasion porteuse pour faire évoluer les pratiques professionnelles au bénéfice de la population québécoise.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Joey Ouellet, président
Corporation des paramédics du Québec

Université de Montréal
Département de kinésiologie
C.P. 6128 succ. Centre-Ville
Montréal (QC) H3C 3J7
info@kinesiologue.com
514-343-2471

15 juin 2026

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, la Fédération des kinésiologues du Québec souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec est ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des régions et des zones urbaines moins bien desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité, contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, la Fédération des kinésiologues du Québec accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Marc-Antoine Pépin, président
Fédération des kinésiologues du Québec

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, le *Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et en CIUSSS* (RQIIAC) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des régions et des zones urbaines moins bien desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

En ce sens, le RQIIAC considère que le programme pourrait favoriser le renforcement de la première ligne, ce qui constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous jugeons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région. D'ailleurs, cela rejoint particulièrement l'organisation communautaire de s'inscrire dans une communauté pour favoriser son pouvoir d'agir et se reconnaître dans les soins et services qui lui sont offerts.

La place accordée à l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, notamment lorsqu'il est question de s'intégrer dans un milieu et de créer des liens de manière durable.

Pour toutes ces raisons, le *Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et en CIUSSS* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.



Camille Trudelle, présidente
Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et en CIUSSS

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

Québec, le 19 août 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Appui au projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, la Fédération québécoise des coopératives de santé (FQCS) souhaite exprimer son appui enthousiaste à la démarche entreprise par l'Université du Québec en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale, la première ligne et l'engagement communautaire.

La FQCS regroupe et accompagne des coopératives de santé enracinées dans leurs milieux, dont la mission est de soutenir l'accès à des services de santé de proximité, de favoriser la participation citoyenne et de contribuer à la vitalité des communautés. Présentes dans différents territoires du Québec, les coopératives de santé constituent des milieux collectifs où les citoyennes, les citoyens, les professionnelles et professionnels ainsi que les partenaires locaux se mobilisent autour d'un objectif commun : améliorer l'accès, la continuité et la pertinence des services de première ligne. Leur modèle repose sur la prise en charge collective, la gouvernance démocratique, la collaboration avec les acteurs du réseau public et l'adaptation des services aux réalités propres à chaque communauté.

À ce titre, nous considérons que le projet porté par l'Université du Québec répond de façon particulièrement pertinente à plusieurs enjeux majeurs vécus dans nos milieux : l'accès à un médecin de famille, la disponibilité de soins de proximité, l'attraction et la rétention de professionnels en région, de même que la nécessité de mieux arrimer la formation médicale aux besoins réels des communautés.

Nous estimons que l'initiative de l'Université du Québec peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des régions et des milieux urbains mal desservis, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin. Cette orientation rejoint directement les préoccupations des coopératives de santé, qui travaillent au quotidien à renforcer la première ligne, à soutenir les communautés et à créer des environnements favorables à une pratique médicale durable, humaine et collaborative.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population. Nous saluons particulièrement la volonté de l'Université du Québec de développer un programme qui valorise explicitement la médecine familiale, la pratique communautaire et le rôle essentiel des médecins de famille au sein d'équipes de proximité. Le programme proposé vise notamment à ce que 75 % des personnes diplômées s'orientent vers la médecine familiale près de leur lieu de formation, et à ce que 25 % choisissent des spécialités en appui à la première ligne.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important pour réduire les inégalités en santé observées entre les territoires. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

Cette approche est cohérente avec l'expérience des coopératives de santé, qui démontrent l'importance de l'enracinement local, du sentiment d'appartenance et de la mobilisation citoyenne pour soutenir la pérennité des services.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi extrêmement porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne. Les coopératives de santé, par leur nature même, favorisent les collaborations entre médecins, infirmières, autres professionnels, gestionnaires, membres, bénévoles, organismes communautaires et partenaires municipaux ou institutionnels. Elles peuvent ainsi constituer des milieux privilégiés pour comprendre concrètement la complémentarité des rôles, la coordination des services et l'importance d'un travail d'équipe centré sur les besoins des personnes et des communautés.

Nous souhaitons également souligner la pertinence de l'approche « hors les murs » proposée par l'Université du Québec, qui prévoit une immersion clinique et communautaire précoce, continue et significative dès le début du parcours de formation. Votre approche décentralisée et régionalisée est un élément distinctif du programme, notamment par le déploiement de la formation hors des grands centres hospitaliers, dans des milieux diversifiés tels que les CLSC, GMF, organismes communautaires, milieux de vie, cliniques médicales et autres ressources de première et de deuxième ligne.

Cette vision rejoint directement le rôle que peuvent jouer les coopératives de santé comme milieux de proximité, ancrés dans les réalités sociales, démographiques et organisationnelles de leur territoire.

Qui plus est, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique, éthique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît particulièrement pertinente. Une telle approche est de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel, de la relation avec les patientes et patients, et de la compréhension fine des besoins humains et communautaires. Dans plusieurs milieux, notamment les régions éloignées ou les communautés confrontées à des enjeux d'accessibilité, l'usage judicieux de la télésanté et des outils numériques peut contribuer à améliorer la continuité et la proximité des soins, à condition qu'il demeure au service des personnes et des communautés.

La FQCS accueille aussi très favorablement les cinq piliers proposés pour le futur programme, soit une médecine communautaire, humaine, durable, collaborative et efficiente. Ces piliers sont en forte résonance avec les valeurs coopératives et avec la réalité quotidienne des coopératives de santé, qui cherchent à construire des réponses collectives, durables et adaptées aux besoins locaux.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES COOPÉRATIVES DE SANTÉ

Nous exprimons par le fait même notre grand intérêt à poursuivre le dialogue avec l'Université du Québec afin d'explorer les avenues de collaboration possibles, notamment en ce qui concerne le développement de milieux de stage au sein des coopératives de santé membres de la FQCS. Ces milieux pourraient offrir aux futures et futurs médecins une exposition concrète à la pratique de première ligne en contexte communautaire, à la gouvernance participative, à la collaboration interprofessionnelle et aux réalités particulières des territoires desservis.

Pour toutes ces raisons, la FQCS accueille très favorablement la démarche de l'Université du Québec et souhaite réitérer son appui clair à ce projet structurant. Nous sommes convaincus qu'un tel programme peut contribuer de manière significative à la transformation de la première ligne, à la valorisation de la médecine familiale et à l'amélioration durable de l'accès aux soins pour les régions, les communautés rurales, les milieux urbains mal desservis et les populations plus vulnérables. En terminant, nous offrons notre entière coopération dans toutes les étapes menant au déploiement du programme.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



François Allaire
Directeur
Fédération québécoise des coopératives de santé

Santé Québec Abitibi-Témiscamingue
Bureau de la présidente-directrice générale

PAR COURRIEL

Le 19 juin 2026

Monsieur Alexandre Cloutier, président
Université du Québec
475, rue du Parvis
Québec (Québec) G1K 9H7
presidence@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, Santé Québec Abitibi-Témiscamingue souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 764-2948

Pour toutes ces raisons, Santé Québec Abitibi-Témiscamingue accueille favorablement la démarche de l'UQ et de l'UQAT.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Caroline Roy
Présidente-directrice générale



Dr François Aumond
Directeur médical et des services professionnels



Dr Jean-Yves Boutet
Directeur du département territorial de médecine familiale

CR/FA/JYBpp

c. c. Monsieur Vincent Rousson, recteur – Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

Santé Québec

Santé Québec Baie-James

PAR COURRIEL

Chibougamau, le 23 juin 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
475, rue du Parvis
Québec (Québec) G1K 9H7

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, Santé Québec Baie-James souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants, notamment l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

...verso

CENTRE ADMINISTRATIF : 312, 3e Rue, Chibougamau (Québec) G8P 1N5 Tél. : (418) 748-3575 Téléc. : (418) 748-6391

Centre de santé de Chibougamau	51, 3e Rue, Chibougamau (Qc) G8P 1N1	Tél. : (418) 748-6435	Téléc. : (418) 748-2549
Centre de santé René-Ricard	32, 3e Avenue, C.P. 1300, Chapais (Qc) G0W 1H0	Tél. : (418) 745-2591	Téléc. : (418) 745-3038
Centre de santé Lebel	950, boul. Québillon, C.P. 5000, Lebel-sur-Québillon (Qc) J0Y 1X0	Tél. : (819) 755-4881	Téléc. : (819) 755-3581
Centre de santé Isle-Dieu	130, boul. Matagami, C.P. 790, Matagami (Qc) J0Y 2A0	Tél. : (819) 739-2515	Téléc : (819) 739-4777
Centre de santé de Radisson	199, rue Jolliet, C.P. 340, Radisson (Qc) J0Y 2X0	Tél. : (819) 638-8991	Téléc : (819) 638-7496

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, Santé Québec Baie-James accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, nos salutations distinguées.

La présidente-directrice générale,

NB/pb

Nathalie Boisvert

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

Présidence-direction générale

PAR COURRIEL

Le 26 juin 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, le Santé Québec Bas-Saint-Laurent souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants, notamment l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Finalement, forts du vécu de collaboration entre Santé Québec Bas-Saint-Laurent, l'UQAR et le programme de médecine de l'Université Laval, nous croyons que l'ajout d'un programme porté par l'Université du Québec serait complémentaire à ce que nous offrons déjà et permettrait de mieux répondre à certaines de nos réalités plus rurales tout en poursuivant le reste de notre mission d'enseignement.

Pour toutes ces raisons, Santé Québec Bas-Saint-Laurent accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Jean-Christophe Carvalho, MD FRCPC
Président-directeur général
Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Santé Québec Chaudière-Appalaches

PAR COURRIEL

Sainte-Marie, le 9 octobre 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Appui au projet de programme de médecine axée sur la médecine familiale et l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Notre organisation, Santé Québec Chaudière-Appalaches, souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants, notamment l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Cette démarche vise à mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution favorisant l'accès à un médecin de famille et la disponibilité des soins de proximité. Elle permettra d'assurer une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin sur notre territoire.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population de Chaudière-Appalaches. Bien que nous comprenions les contraintes et les considérations ayant conduit à l'échéancier proposé, nous souhaitons exprimer une préoccupation quant au délai de mise en œuvre envisagé. En effet, celui-ci nous apparaît tardif au regard des projections démographiques et de l'évolution anticipée des besoins de la population. Nous croyons qu'une approche permettant d'accélérer la réalisation de cette démarche contribuerait à mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la population sur notre territoire.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important pour la rétention des médecins dans certains secteurs où les besoins sont plus difficiles à combler. Le fait d'admettre des étudiants et étudiantes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

Afin d'assurer le succès de ce projet, il est essentiel de mettre l'accent sur la qualité de l'enseignement, d'intégrer les différentes spécialités médicales pour former de bons médecins de famille, ainsi que de disposer de locaux et de milieux d'enseignement adéquats.

Siège social
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les usagers et usagères.

La région de Chaudière-Appalaches bénéficie déjà de collaborations universitaires porteuses en matière de formation médicale, notamment avec l'Université Laval en collaboration avec l'Université du Québec à Rimouski. Le projet proposé représente, à nos yeux, une occasion d'enrichir cette dynamique et d'élargir l'offre de formation dans une perspective de concertation, de complémentarité et de réponse aux besoins propres à notre territoire.

Pour toutes ces raisons, notre organisation, Santé Québec Chaudière-Appalaches, accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

Stéphanie Simoneau pour

Marco Bélanger
Président-directeur général
Santé Québec Chaudière-Appalaches

Santé Québec Côte-Nord

PAR COURRIEL

Baie-Comeau, le 5 octobre 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec
alexandre.cloutier@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, Santé Québec Côte-Nord souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants, notamment l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), visant la mise en place d'un programme de médecine axé sur la médecine familiale et les soins de première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue une priorité pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

284 835, boulevard Jolliet
Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Finalement, forts des différentes collaborations entre Santé Québec Côte-Nord, l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et l'Université Laval, nous croyons que l'ajout d'un programme de médecine porté par l'Université du Québec constitue une démarche légitime et pertinente, pour autant qu'elle s'inscrive en collaboration et complémentarité avec l'offre déjà présente sur la Côte-Nord, et ce, afin de répondre le plus rapidement possible à l'enjeu de la pénurie d'effectifs médicaux sur notre territoire.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distinguées.

Le président-directeur général,

Jean-François Miron

JFM/cd

Santé Québec Lanaudière

PAR COURRIEL

Joliette, le 15 octobre 2026

Madame Caroline d'Astous
Directrice du Bureau des affaires gouvernementales
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boulevard des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7
Caroline.DAstous@uqtr.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Madame,

Par la présente, Santé Québec Lanaudière souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une

... 2

formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, Santé Québec Lanaudière accueille favorablement la démarche de l'UQ et de l'UQTR.

Veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Le président-directeur général,



Philippe Ethier

PE/MPG/jg

c. c. : Mme Marie-Pierre Girard, directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche

Siège social
260, rue Lavaltrie Sud
Joliette (Québec) J6E 5X7
cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca

Santé Québec des Îles

PAR COURRIEL

Îles-de-la-Madeleine, le 13 octobre 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Appui de principe au projet de développement d'une faculté de médecine de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, Santé Québec des Îles souhaite exprimer son appui au projet de développement d'une faculté de médecine au sein du réseau de l'Université du Québec.

Pour un territoire insulaire comme le nôtre, où l'accès aux soins de proximité et la disponibilité de la main-d'œuvre médicale représentent des enjeux importants, toute initiative susceptible de contribuer à former davantage de médecins et à favoriser leur établissement en région mérite une attention particulière.

À cet égard, l'approche proposée nous apparaît porteuse. Le projet mise notamment sur une formation axée sur la médecine familiale et la première ligne, sur un recrutement davantage ancré dans les territoires et sur une exposition soutenue à la pratique en région et dans les communautés éloignées. Le projet identifie également l'origine géographique des personnes candidates et l'intensité de leur formation en milieu régional comme des leviers de rétention.

Cette orientation rejoint particulièrement notre réalité. Rapprocher la formation médicale des communautés peut permettre aux futurs médecins de mieux connaître les particularités, les défis, mais aussi les possibilités qu'offre la pratique dans des territoires comme les Îles-de-la-Madeleine. Nous voyons favorablement toute démarche qui pourrait ainsi contribuer à élargir le bassin de médecins susceptibles de choisir éventuellement d'y exercer.

...2

Santé Québec des Îles
430, chemin Principal
Cap-aux-Meules (Québec) G4T 1R9

Notre appui s'inscrit cependant dans une perspective plus large. Comme d'autres établissements régionaux, nous estimons important que le développement d'une nouvelle faculté contribue véritablement à accroître la capacité de formation médicale au Québec**,** plutôt qu'à répartir différemment les personnes candidates et les ressources déjà disponibles. La disponibilité des ressources professorales, cliniques, organisationnelles et financières nécessaires, de même que la préservation de la qualité et de la capacité des programmes existants, devront également faire partie des considérations entourant le développement du projet.

Le projet représente par ailleurs une occasion intéressante de réfléchir aux leviers permettant de mieux attirer vers la médecine familiale et la pratique en région des personnes dont les intérêts et le parcours sont en adéquation avec ces réalités.

Pour Santé Québec des Îles, la valeur d'une telle initiative se mesurera notamment à sa capacité à contribuer à former davantage de médecins et à favoriser leur établissement durable dans les territoires où les besoins sont présents. Si cette nouvelle avenue permet à plus de futurs médecins de découvrir, de choisir et éventuellement de s'établir aux Îles-de-la-Madeleine, nous ne pouvons que voir positivement cette perspective.

C'est donc dans un esprit d'ouverture, et avec le souhait que cette initiative se traduise par une augmentation réelle de la capacité de formation médicale et par des retombées concrètes pour les régions, que Santé Québec des Îles appuie la poursuite des travaux visant le développement d'une faculté de médecine au sein du réseau de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le président-directeur général,



François Bérubé
FB/aa

Santé Québec Outaouais

COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 28 juillet 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, Santé Québec Outaouais souhaite confirmer qu'il accueille favorablement toute annonce du gouvernement visant à soutenir le développement de la formation locale en santé et services sociaux.

L'initiative de l'Université du Québec de formation en médecine témoigne d'une volonté de renforcer la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à former la relève médicale et à répondre aux besoins croissants de la population en matière d'accès aux soins de première ligne. Tous les efforts consacrés à l'innovation en formation médicale et à l'amélioration de l'accessibilité des parcours de formation constituent des avenues prometteuses pour l'avenir du réseau.

Nous nous réjouissons particulièrement des perspectives que cette démarche pourrait offrir aux régions qui font face à des défis importants en matière de recrutement, de rétention et de disponibilité des effectifs médicaux et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Toute initiative susceptible de soutenir le développement de la relève et de favoriser un meilleur accès aux soins et services mérite d'être soulignée.

Santé Québec Outaouais demeure engagé à contribuer à la formation de la prochaine génération de professionnels de la santé et des services sociaux et à collaborer avec l'ensemble des partenaires qui participent à cette mission essentielle. Nous suivrons avec intérêt l'évolution de ce projet et les retombées qu'il pourrait générer pour les différentes communautés du Québec.

Nous croyons que le renforcement de la capacité collective de formation, surtout dans les régions moins bien desservies, représente un élément important pour assurer la pérennité et la performance du système de santé et de services sociaux au bénéfice de la population.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Marc Bilodeau, MD
Président-directeur général
Santé Québec Outaouais

Santé Québec Laval

Laval, le 15 septembre 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine de famille de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, *Santé Québec Laval* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants, notamment l'Université du Québec à Montréal (UQAM), en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine de famille et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé de la région, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

AFFILIÉ À

Université de Montréal

McGill

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne pour une prise en charge interdisciplinaire de clientèles vulnérables difficiles à rejoindre pour notre région telle que la clientèle itinérante, celle issue de l'immigration ou celle qui bénéficierait d'une approche de gériatrie sociale.

Direction générale
Hôpital de la Cité-de-la-Santé
1755 boul. René-Laennec, Bureau C.143
Laval (Québec) H7M 3L9

.../2

Par ailleurs, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, *Santé Québec Laval* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

La présidente-directrice générale,

Jeanne-Evelyne Turgeon

c. c. : Madame Julie Désailliers, présidente-directrice générale adjointe, Santé Québec Laval

Madame Caroline Delisle, directrice des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, de la recherche et de l'enseignement, Santé Québec Laval

Docteure Martine Montigny, directrice médicale de l'enseignement par intérim, Santé Québec Laval

Santé Québec Gaspésie
Présidence-Direction générale

PAR COURRIEL

Sainte-Anne-des-Monts, le 31 août 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Appui au projet de développement d'une faculté de médecine au sein du réseau de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Je souhaite exprimer mon appui au projet visant le développement d'une faculté de médecine au sein du réseau de l'Université du Québec.

Comme dirigeant du réseau de la santé œuvrant dans une région où les enjeux d'accès aux soins et de disponibilité de la main-d'œuvre médicale sont particulièrement importants, je comprends l'intérêt d'explorer de nouvelles avenues pour former davantage de médecins et favoriser un meilleur ancrage régional de la relève médicale.

L'idée d'une faculté de médecine davantage intégrée aux réalités des régions du Québec, offrant des parcours de formation de proximité et favorisant le recrutement d'étudiants issus de différents territoires, représente une perspective porteuse. Elle s'inscrit dans une volonté légitime de réduire les inégalités territoriales, de rapprocher la formation des communautés et de renforcer l'attractivité des régions auprès de la future génération de médecins.

...2

Santé Québec Gaspésie
50, rue du Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4

Cela dit, mon appui s'accompagne de certaines réserves qui me semblent importantes à considérer. Le Québec doit s'assurer de disposer de la capacité professorale, clinique, organisationnelle et financière nécessaire pour soutenir adéquatement une nouvelle faculté de médecine sans fragiliser les facultés existantes. La qualité de la formation médicale repose sur un équilibre complexe entre les universités, les milieux cliniques, les médecins enseignants et les ressources disponibles. Toute expansion doit donc être planifiée avec rigueur afin d'éviter des effets indésirables sur les programmes actuellement en place.

Par ailleurs, l'ajout d'une nouvelle faculté ne devrait pas avoir pour seul effet de redistribuer les étudiants déjà admissibles entre un plus grand nombre d'établissements. Si l'objectif poursuivi est d'augmenter véritablement la capacité de formation médicale du Québec, la réflexion ne devrait pas se limiter à la création de nouvelles places ou de nouvelles structures. Elle devrait également porter sur la manière dont nous identifions et sélectionnons les futurs médecins.

À cet égard, la création d'une nouvelle faculté pourrait constituer une occasion de repenser certains paramètres d'admission afin de mieux répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé. Sans remettre en question l'importance de l'excellence académique, il apparaît pertinent de se demander si la médecine de famille, discipline essentielle à la performance globale du réseau, ne justifie pas une appréciation plus diversifiée des candidatures. Les compétences relationnelles, l'engagement envers la communauté, la capacité d'exercer dans des contextes variés, l'intérêt pour la pratique de proximité et le désir de répondre aux besoins des populations devraient occuper une place aussi importante dans la réflexion que les seuls indicateurs de performance scolaire. Une telle approche pourrait permettre d'identifier et de former davantage de futurs médecins dont le profil est particulièrement bien adapté aux réalités de la première ligne, des communautés rurales et des régions du Québec, tout en maintenant les standards de qualité et de compétence auxquels la population est en droit de s'attendre.

En somme, je considère que ce projet mérite d'être soutenu et étudié sérieusement, dans la mesure où il s'inscrit dans une vision globale et cohérente du développement de la formation médicale au Québec, qu'il préserve l'excellence des facultés existantes et qu'il contribue réellement à augmenter le nombre de médecins formés au bénéfice de l'ensemble de la population québécoise.

Recevez, Monsieur le Président, mes respectueuses salutations.

Le Président-Directeur général de Santé Québec Gaspésie,



Martin Pelletier

COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102
Wendake (Québec) G0A 4V0
418-842-1540 418-842-7045 cssspnql.com

Wendake, le 23 juillet 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec
475, rue du Parvis
Québec, Québec G1K 9H7
Par courriel : presidence@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

---

Monsieur le Président,

La *Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de la création et la mise en place d'un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative est un élément de solution important pour mieux répondre aux besoins de santé des populations des Premières Nations et des Inuit en favorisant une médecine de proximité et une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont très besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population, plus spécifiquement ceux des Premières Nations sur l'ensemble du territoire au Québec.

Nous sommes d'avis que l'ancrage territorial du projet représente un levier important pour réduire les inégalités qui perdurent en matière de santé, particulièrement marquées chez les Premières Nations et les Inuit. Dans ce contexte, le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur environnement, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribuent au développement de conditions favorisant un établissement durable dans les différentes régions, tout en renforçant l'accessibilité des services pour les populations locales.

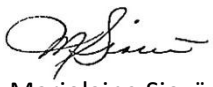
La place accordée à l'interprofessionnalité est très porteuse, particulièrement dans les milieux où les besoins sont complexes et souvent exacerbés par des inégalités structurelles. Cette façon d'intervenir se rapproche davantage de la vision holistique qu'ont les Premières Nations et les Inuit de leur santé globale.

../2

Qui plus est, l'intégration, au sein de la formation, de la notion de sécurisation culturelle pour les Premiers Peuples en réponse aux inégalités persistantes en santé qu'ils subissent, nous apparaît à la fois pertinente et essentielle. Celle-ci se traduit par des soins adaptés à leurs réalités culturelles, linguistiques, sociales et historiques, et offerts dans des environnements exempts de racisme et de discrimination. Une telle approche contribuera à mieux outiller les futurs médecins à reconnaître et réduire les biais systémiques, tout en favorisant des pratiques cliniques plus équitables et concertées.

Pour toutes ces raisons, la CSSSPNQL accueille favorablement et soutient la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Marjolaine Siouï
Directrice générale

c.c. : Dr Stanley Vollant, médecin-conseil – CSSSPNQL
Jessie Messier, gestionnaire des services de santé – CSSSPNQL

REGROUPEMENT
DES CENTRES D'AMITIÉ
AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Wendake, le 6 juillet 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec
475, rue du Parvis
Québec (Québec) G1K 9H7
Par courriel : presidence@uquebec.ca

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et les soins de première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des régions, des zones urbaines mal desservies et des populations autochtones dans les villes, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population, et plus spécifiquement ceux des collectivités autochtones installées partout sur le territoire.

Notre Mouvement compte onze Centres d'amitié autochtones et trois points de service offrant des services intégrés et interreliés, soutenus par une approche culturellement pertinente et sécurisante. Ils constituent de véritables carrefours de services de première ligne de prévention, d'intervention et de guérison. Ils contribuent significativement à l'amélioration de la qualité de vie des citoyens autochtones dans les villes tout en promouvant la culture et en favorisant le rapprochement entre les peuples. De plus, la plupart de nos Centres affiliés sont situés dans des villes desservies par votre réseau. Un partenariat entre nos organisations permettrait notamment à vos futur·e·s étudiant·e·s de bénéficier de milieux de stage dans nos cliniques de santé autochtone, favorisant ainsi une meilleure compréhension des réalités autochtones.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important face aux inégalités en santé qui sont observées entre les territoires et les communautés qui les habitent. Le fait de recruter des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux, dont les équipes des Centres d'amitié autochtones, correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne et favorise une meilleure réponse aux besoins des populations autochtones.

Qui plus est, l'intégration, au sein de la formation, de la notion de sécurisation culturelle pour les Premiers Peuples, se traduisant par des soins adaptés à leurs réalités culturelles, linguistiques, sociales et historiques, exempts de racisme et de discrimination, nous apparaît à la fois pertinente et essentielle. Une telle approche permettra de préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique hétérogène et diversifié, en favorisant l'équité, l'inclusion et le respect des droits des personnes.

Pour toutes ces raisons, le RCAAQ accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec. Nous demeurons disponibles pour contribuer à sa mise en œuvre et explorer les possibilités de collaboration entre nos organisations.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Tanya Sirois
Directrice générale

85, boulevard Bastien, Wendake (Québec) G0A 4V0
T. 418 842-6354 **SF.** 1 888 297-3635 | info@rcaaq.ca **www.rcaaq.ca**

CARES
Réseau communautés rurales et éloignées en santé

Montréal, le 12 septembre 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

OBJET : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, le *Réseau Communautés rurales et éloignées en santé (CARES)* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Le Réseau CARES est un réseau thématique financé par le Fonds de recherche du Québec (FRQ)-secteur Santé, qui vise à améliorer la santé et le bien-être des populations vivant dans les communautés rurales et éloignées du Québec, notamment par le développement, la mobilisation et la valorisation des connaissances, ainsi que par le rapprochement entre les milieux de recherche, de soins, les communautés et les différents partenaires concernés. Reconnu comme un réseau structurant à l'échelle panquébécoise, le CARES joue un rôle d'interface entre une diversité de milieux afin de contribuer au développement de solutions adaptées aux réalités des territoires.

Nous estimons que l'initiative de l'Université du Québec peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des régions, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin. Cette vision rejoint plusieurs constats de votre démarche de consultation, notamment l'importance d'une formation ancrée dans les territoires, de l'interprofessionnalité et d'une meilleure préparation à la pratique dans les régions éloignées et les communautés mal desservies.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important pour agir sur les inégalités de santé observées entre les territoires. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région. Cette approche rejoint directement la volonté du programme de miser sur le recrutement local,

l'immersion clinique et communautaire précoce et continue et une formation largement déployée dans les territoires ainsi que l'ADN du CARES.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne, particulièrement dans les milieux où les ressources professionnelles sont moins nombreuses. Par sa capacité à mettre en relation les acteurs concernés par la santé en contexte rural et éloigné, le CARES est bien placé pour contribuer à cette dynamique.

Qui plus est, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Cette approche préparera les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients. La télésanté et les technologies numériques peut également constituer un levier important pour améliorer l'accessibilité aux soins dans les milieux éloignés.

Le CARES souhaite par ailleurs souligner la complémentarité entre cette initiative et son propre rôle de réseau structurant à l'échelle du Québec. Le CARES opérationnalise des interfaces avec une diversité de milieux et de partenaires, milieux de soins, communautés, établissements universitaires et partenaires socioéconomiques, et contribue ainsi à faire circuler les connaissances, les expertises et les pratiques entre ces différents environnements.

Dans cette perspective, le CARES développe actuellement une unité d'alignement stratégique visant à assurer un arrimage efficient entre les savoirs et les outils dont il dispose et les besoins stratégiques de ses partenaires, notamment en matière de santé dans les régions rurales et éloignées. Cette capacité d'interface et de mise en réseau pourrait être mobilisé en complémentarité avec le développement du programme de médecine de l'Université du Québec.

Nous exprimons par le fait même notre grand intérêt à poursuivre le dialogue avec l'Université du Québec afin d'explorer les avenues de collaboration, notamment en matière de mobilisation et de valorisation des connaissances, de mise en relation avec les milieux de soins, les communautés et les partenaires régionaux, ainsi que de développement d'initiatives contribuant à mieux répondre aux réalités des communautés rurales et éloignées.

Pour toutes ces raisons, le Réseau CARES accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec et offre son appui à la poursuite des travaux visant à concrétiser ce projet structurant pour la première ligne, les régions éloignées et les populations mal desservies.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Cathy Vaillancourt
Directrice du Réseau CommunAutés Rurales et Eloignées en Santé | CARES
cares@inrs.ca | cares.inrs.ca

attractivité
abitibi-témiscamingue

Le 1er septembre 2026

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, Attractivité Abitibi-Témiscamingue (AAT) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec (UQ) et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut contribuer concrètement à mieux répondre aux besoins de santé de l'Abitibi-Témiscamingue, notamment en matière d'accès à un médecin de famille, d'accès aux soins de proximité et de présence médicale durable sur le territoire. Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accessibilité aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

L'ancrage territorial du projet nous apparaît particulièrement porteur. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages en région contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable. Pour AAT, cette approche rejoint directement les enjeux d'attraction, d'enracinement et de vitalité de nos communautés.

La place accordée à l'interprofessionnalité ainsi qu'à une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît également pertinente afin de préparer les futurs médecins aux réalités actuelles et futures de la première ligne.

Pour toutes ces raisons, Attractivité Abitibi-Témiscamingue accueille très favorablement la démarche de l'UQ et de l'UQAT et lui accorde son plein appui.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Sylvain Blais
Président
Attractivité Abitibi-Témiscamingue

ACCÉSSS
Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux

Montréal 22 juin 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec.

Monsieur le Président,

Par la présente, l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des populations des régions et des zones urbaines mal desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et favoriser la prise en charge d'un plus grand nombre d'usagers et d'usagères, afin de mieux répondre à l'évolution des besoins de la population. Le développement de ce programme contribuera également à augmenter la masse critique de médecins au Québec, un enjeu essentiel dans un contexte marqué par la pénurie persistante de professionnels de la santé.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important pour réduire les inégalités en santé observées entre les territoires. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

Par ailleurs, dans une perspective d'équité et d'optimisation des ressources humaines en santé, nous croyons qu'il est également essentiel de poursuivre les efforts visant à reconnaître et à valoriser les compétences des médecins diplômés hors Québec et à faciliter leur intégration au système de santé québécois. Une meilleure reconnaissance des acquis et des compétences des

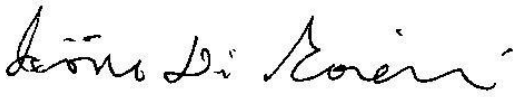
professionnels formés à l'international permettrait de répondre plus efficacement aux besoins croissants de la population, tout en favorisant une plus grande diversité culturelle et linguistique au sein du réseau de la santé.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Qui plus est, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec et considère que cette initiative, combinée à des mesures facilitant l'intégration des professionnels formés à l'étranger, contribuera à renforcer durablement l'accès aux soins de première ligne partout au Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Jérôme Di Giovanni, directeur général ACCÉSSS
7000, avenue du Parc, bureau 408
Montréal (Québec) H3N 1X1
514-287-1106 poste 29
www.accesss.net

Alliance des patients pour la santé

Montréal, le 22 juin 2026

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, l'*Alliance des patients pour la santé* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des populations des régions et des zones urbaines mal desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins, et favoriser la prise en charge de plus d'usagers et d'usagères, pour ainsi mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important aux inégalités en santé qui sont observées entre les territoires. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Qui plus est, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, l'*Alliance des patients pour la santé* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations les meilleures.

Jérôme Di Giovanni
Président du conseil d'administration
Alliance des patients pour la santé

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

Monsieur le Président,

Par la présente, le *Centre de ressources pour hommes Optimum SLSJ* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

En tant que seul organisme communautaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean dédié à la santé des hommes dans leurs diverses réalités masculines, nous estimons que l'initiative de l'Université du Québec peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des régions, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins et mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important aux inégalités en santé qui sont observées entre les territoires. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

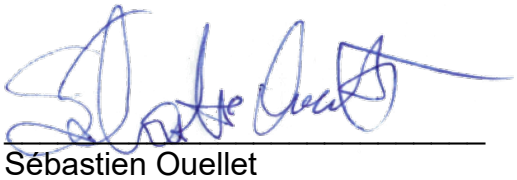
La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Qui plus est, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Nous exprimons par le fait même notre grand intérêt à poursuivre le dialogue avec l'Université du Québec afin d'explorer les avenues de collaboration, notamment concernant les arrimages et maillages communautaire-public de trajectoires de service axées sur les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes, des partenariats favorisant le dépistage et la prévention de la violence conjugale et familiale, et des approches de médecine communautaire directement dans les milieux de vie, notamment.

Pour toutes ces raisons, le *Centre de ressources pour hommes Optimum SLSJ* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Sébastien Ouellet
Directeur général
Centre de ressources pour hommes Optimum SLSJ

Ville et villages en santé
Rouyn-Noranda

100, rue Taschereau Est, C. P. 220
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5C3
Téléphone : 819 797-7110, poste 7405
vvs@rouyn-noranda.ca ~ www.vvsrn.com

Rouyn-Noranda, le 1er octobre 2026

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Appui au projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne de l'Université du Québec

---

Monsieur le Président,

C'est avec conviction que Ville et villages en santé Rouyn-Noranda appuie la démarche de l'Université du Québec et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue en vue de mettre en place un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne. Depuis bientôt 40 ans, notre organisation rassemble citoyennes et citoyens, organismes, institutions et municipalité pour agir ensemble sur les conditions qui façonnent la santé et la qualité de vie.

Notre expérience nous a appris que la santé se construit d'abord dans la proximité. Elle est physique, par des soins accessibles là où les gens vivent. Elle est relationnelle, par des liens de confiance tissés dans la durée. Elle est territoriale, par une connaissance fine du milieu et de ses réalités. Cette triple proximité crée l'appartenance au territoire. Elle fait de la santé une condition essentielle pour que chaque personne puisse exercer sa citoyenneté et prendre part au monde qui l'entoure.

C'est dans cet esprit que nous avons accueilli, le 31 mars dernier, l'équipe de l'Université du Québec pour une rencontre de consultation. Elle a réuni 23 citoyennes, citoyens et représentants d'organismes communautaires. La richesse des échanges a témoigné de l'attachement de notre communauté à l'accès aux soins et de sa volonté de contribuer au projet. Nous constatons avec satisfaction que les orientations du programme font écho aux besoins exprimés partout au Québec : mieux préparer les médecins aux réalités des milieux ruraux, éloignés et défavorisés, adapter la formation avec les communautés, et former des médecins enracinés, à l'image de la population qu'ils servent.

Le programme que vous proposez donne corps à chacune des dimensions de la proximité. La formation se déploie hors des grands centres, au plus près des milieux de vie. Un mentorat dédié et une immersion clinique, communautaire et interprofessionnelle commencent dès le premier jour. Le recrutement est local, et chaque personne étudiante est rattachée à un territoire de CLSC. C'est précisément ce qui fait défaut aujourd'hui. Seulement 27 % des médecins formés en région y demeurent, et les médecins de famille de l'Abitibi-Témiscamingue quittent leur région de deux à quatre fois plus souvent que la moyenne québécoise.

…2/

Nous saluons la place accordée aux organismes communautaires comme milieux de formation. Proches des personnes les plus vulnérables, ils agissent en amont des difficultés et sont des lieux privilégiés pour apprendre une médecine de proximité. Pour jouer pleinement ce rôle, ils devront être reconnus comme partenaires à part entière et disposer de conditions favorables à l'accueil de stagiaires.

Nous sommes aussi particulièrement interpellés par la volonté de former des personnes vectrices de changement en santé publique. Sur le terrain, les enjeux de santé sont rarement uniquement médicaux : ils sont liés à l'isolement social, au logement, à l'alimentation et aux conditions de vie. Des médecins formés à comprendre ces réalités et à agir avec l'ensemble des acteurs du milieu deviendront de précieux alliés pour nos communautés et pour la lutte aux inégalités sociales de santé.

Ville et villages en santé Rouyn-Noranda souhaite poursuivre sa collaboration avec l'Université du Québec et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Nous pourrons y contribuer en mobilisant nos réseaux, en facilitant les liens avec des milieux de stage et en participant aux travaux de mise en œuvre.

Une université qui forme des médecins à bâtir cette santé offre à sa communauté bien davantage que des soins. Elle lui donne les moyens de s'épanouir et de prendre toute sa place dans le monde. C'est cette vision que nous partageons, et c'est pourquoi nous appuyons avec confiance ce projet porteur pour Rouyn-Noranda, pour l'Abitibi-Témiscamingue et pour l'ensemble du Québec.

Espérant que ce projet recevra un écho favorable auprès des décideurs, veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.



Yves Bédard
Président

RPCU Regroupement provincial des comités des usagers
Santé et services sociaux

Montréal, le 2 juillet 2026

PAR COURRIEL ÉLECTRONIQUE

Monsieur Alexandre Cloutier
Président
Université du Québec

Objet : Projet de programme de médecine axé sur la médecine familiale de l'Université du Québec

---

Monsieur le Président,

Par la présente, le *Regroupement provincial des comités des usagers* souhaite exprimer son appui à la démarche entreprise par l'Université du Québec et ses établissements constituants pour développer un programme de médecine axé sur la médecine familiale et la première ligne.

Nous estimons que cette initiative peut faire partie de la solution pour mieux répondre aux besoins de santé des populations des régions et des zones urbaines mal desservies, notamment en ce qui concerne l'accès à un médecin de famille, la disponibilité des soins de proximité et la capacité de favoriser une présence médicale pérenne dans les milieux qui en ont le plus besoin.

Dans le contexte actuel, renforcer la première ligne constitue un choix structurant pour améliorer l'accès aux soins, et favoriser la prise en charge de plus d'usagers et d'usagères, pour ainsi mieux répondre à l'évolution des besoins de la population.

Nous considérons également que l'ancrage territorial du projet représente un levier important aux inégalités en santé qui sont observées entre les territoires. Le fait d'admettre des personnes qui connaissent leur milieu, de leur offrir une formation au sein de leur communauté et de multiplier les occasions de stages à proximité contribue à créer des conditions favorables à leur établissement durable dans la région.

La place accordée à l'interprofessionnalité nous apparaît aussi porteuse. Former les futurs médecins en interaction avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux correspond à l'évolution souhaitable de la première ligne.

Qui plus est, la volonté d'intégrer, dans la formation, une utilisation critique et responsable des technologies numériques et de l'intelligence artificielle nous apparaît pertinente. Une telle approche semble de nature à préparer les futurs médecins à exercer dans un environnement clinique en transformation, tout en maintenant la primauté du jugement professionnel et de la relation avec les patientes et patients.

Pour toutes ces raisons, le *Regroupement provincial des comités des usagers* accueille favorablement la démarche de l'Université du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

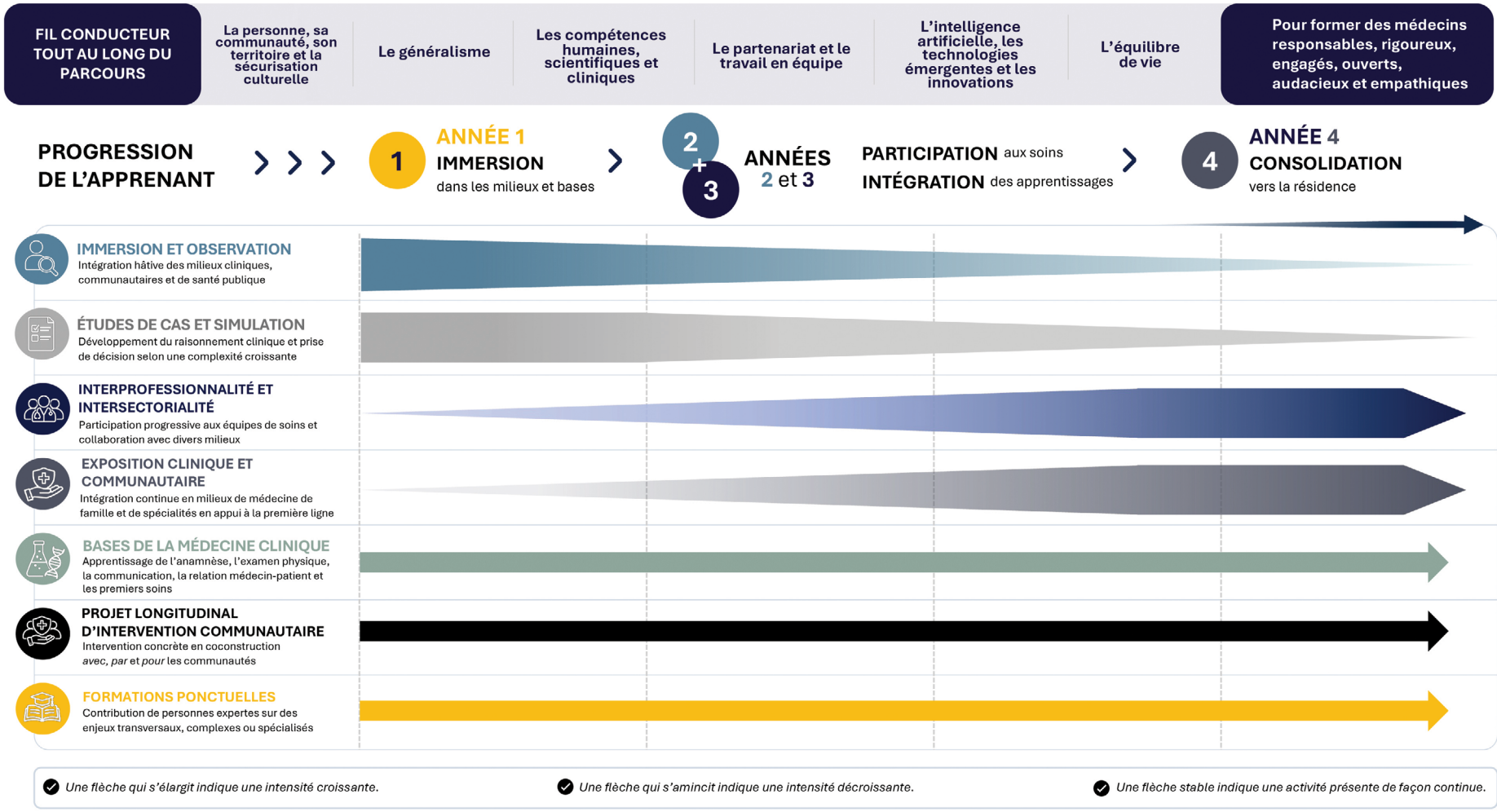
Sylvie Tremblay
Directrice générale du RPCU

1255, boul. Robert-Bourassa, bureau 606,
Montréal (Québec) H3B 3V9

Courriel communications@rpcu.qc.ca
Téléphone 514 436-3744

rpcu.qc.ca

Annexe 10 — Schéma du programme MD-UQ



Annexe 11 — Liste des contrats d'affiliations, des ententes cadres et de partenariat stratégique avec les établissements de Santé Québec

Contrats d'affiliations
Santé Québec Bas-Saint-Laurent
Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
Santé Québec Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
Santé Québec Chaudière-Appalaches
Santé Québec Côte-Nord
Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
Santé Québec Laurentides
Santé Québec Mauricie-Centre-du-Québec – Universitaire
Santé Québec Outaouais
Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire

Ententes cadres
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM)
Santé Québec Montérégie-Ouest
Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire (en préparation)

Partenariat stratégique
Centre de recherche Savoirs partagés – Recherche (Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire)

Annexe 12 — Exemple du territoire d'apprentissage d'une personne étudiante admise à l'UQAT – Rouyn-Noranda

Organisation territoriale | Un exemple de territoire d'apprentissage de l'Abitibi-Témiscamingue

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | Territoire de Rouyn-Noranda

COHORTE UQAT

24
ÉTUDIANTS ADMIS
au programme de médecine

6
GROUPES
de 4 à 12 étudiants par territoire d'apprentissage

RÉPARTIS SUR 6 TERRITOIRES D'APPRENTISSAGE



- Témiscamingue
- La Sarre
- Rouyn-Noranda
- Ville-Marie
- Amos
- Val-d'Or

AFFILIATIONS CLÉS

UQAT

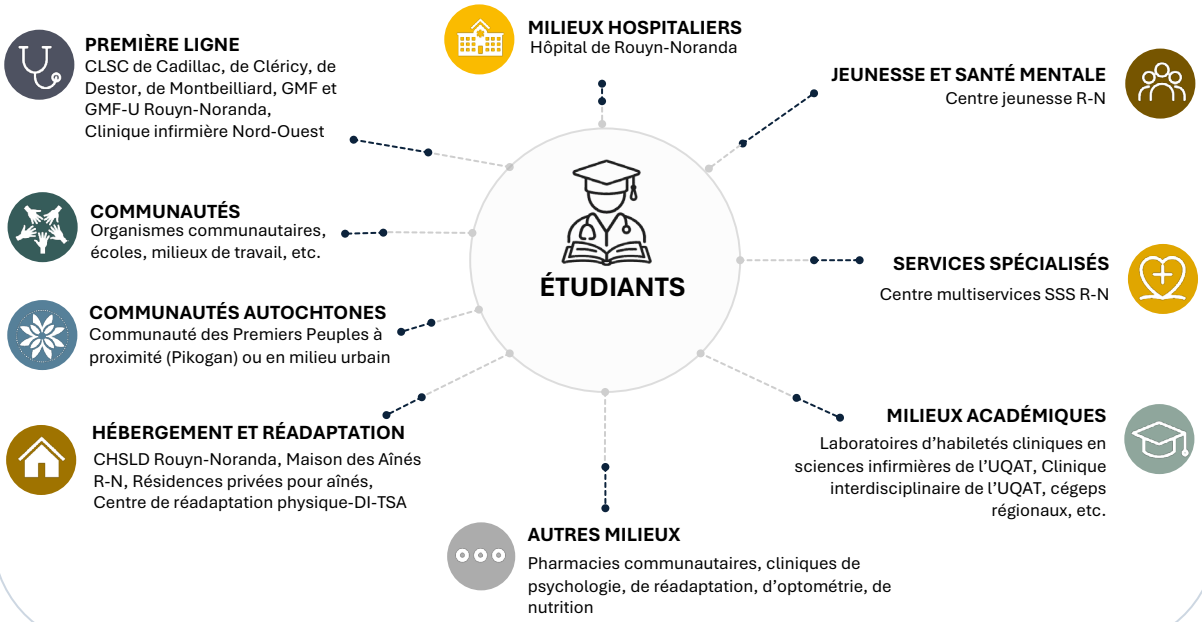
Santé Québec-AT

RÉSEAU DE LIEUX POTENTIELS DE FORMATION – TERRITOIRE D'APPRENTISSAGE DE ROUYN-NORANDA

LIEU D'ATTACHE PRINCIPAL
CLSC de Rouyn-Noranda

1
SOUS-GROUPE
de 4 étudiants

L'ÉTUDIANT SERAIT EXPOSÉ À UN RÉSEAU DIVERSIFIÉ DE MILIEUX COMPLÉMENTAIRES À SON LIEU D'ATTACHE



Annexe 13 — Exemple du territoire d'apprentissage d'une personne étudiante admise à l'UQTR – MRC La Tuque, Shawinigan, Grand-Mère

Organisation territoriale | Un exemple de territoire d'apprentissage de la Mauricie-Centre-du-Québec

MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC | MRC La Tuque, Shawinigan, Grand-Mère

COHORTE UQTR

36
ÉTUDIANTS ADMIS
au programme de médecine

6
GROUPES
de 4 à 12 étudiants par territoire d'apprentissage

RÉPARTIS SUR 6 TERRITOIRES D'APPRENTISSAGE

- MRC La Tuque, Shawinigan, Grand-Mère (8 étudiants)
- MRC Maskinongé (4 étudiants)
- Trois-Rivières et MRC des Chenaux (12 étudiants)
- MRC de Bécancour et d'Arthabaska (4 étudiants)
- MRC de l'Assomption et Les Moulons (4 étudiants)
- MRC de Joliette (4 étudiants)

AFFILIATIONS CLÉS

UQTR – Université du Québec à Trois-Rivières

Santé Québec-MCQ

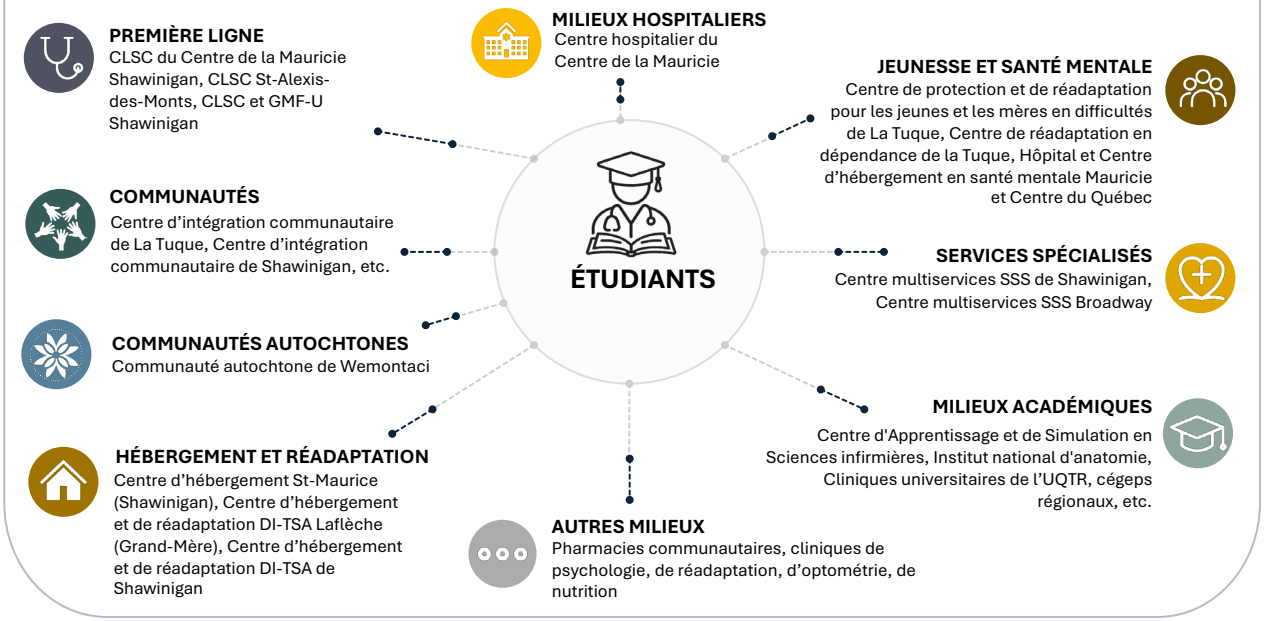
RÉSEAU DE LIEUX POTENTIELS DE FORMATION – TERRITOIRE D'APPRENTISSAGE DE LA MRC LA TUQUE, SHAWINIGAN, GRAND-MÈRE

LIEUX D'ATTACHE PRINCIPAUX

- Centre multiservices SSS Haut St-Maurice (hôpital) et GMF (4 étudiants)
- CLSC et Centre de réadaptation en déficience physique de la Pointe, Shawinigan et GMF de l'Énergie (2 étudiants)
- CLSC de Grand-Mère et GMF Grand-Mère (2 étudiants)

3
SOUS-GROUPES
de 2 à 4 étudiants

L'ÉTUDIANT SERAIT EXPOSÉ À UN RÉSEAU DIVERSIFIÉ DE MILIEUX COMPLÉMENTAIRES À SON LIEU D'ATTACHE



Annexe 14 — Régionalisation des postes de résidence vacants en médecine de famille à l'issu du deuxième tour du CaRMS au cours des cinq dernières années

(Tirées de CaRMS, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026b)

Région administrative	Site de formation	2022	2023	2024	2025	2026	Total 5 ans
Abitibi-Témiscamingue	GMF-U de la Vallée de l'Or (Val-d'Or)	1	0	4	3	3	11
	GMF des Aurores Boréales	6	6	4	4	7	27
	GMF-U Les Eskers d'Amos	3	5	3	3	9	23
	GMF Rouyn-Noranda	3	1	3	4	2	13
	Total régional	**13**	**12**	**14**	**14**	**21**	**74**
Bas-Saint-Laurent	GMF-U de Rimouski	4	0	3	5	4	16
	GMF-U de Trois-Pistoles	3	5	6	3	6	23
	Total régional	**7**	**5**	**9**	**8**	**10**	**39**
Capitale-Nationale	GMF-U de la Haute-Ville	0	0	0	0	2	2
	GMF-U Clinique Maizeret	0	0	0	0	4	4
	GMF-U Proactive santé Neufchâtel	0	0	0	0	1	1
	Total régional	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**7**

Région administrative	Site de formation	2022	2023	2024	2025	2026	Total 5 ans
Centre-du-Québec	GMF Centre médical Drummond	1	6	0	6	3	16
	GMF-U de Victoriaville				1	3	4
	Total régional	**1**	**6**	**0**	**7**	**6**	**20**
Chaudière-Appalaches	GMF-U des Etchemins	3	5	5	3	6	22
	GMF Lévis-Les Rivières	0	0	2	0	6	8
	Total régional	**3**	**5**	**7**	**3**	**12**	**30**
Côte-Nord	GMF-U de Manicouagan	4	7	6	3	6	26
	Total régional	**4**	**7**	**6**	**3**	**6**	**26**
Estrie	GMF Des Deux-Rives (UMF de l'Estrie)	10	8	0	3	4	25
	GMF-U La Pommeraie (Cowansville)	0	0	0	1	0	1
	Total régional	**10**	**8**	**0**	**4**	**4**	**26**
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	GMF-U de Maria	0	1	4	0	4	9
	GMF-U de Gaspé	2	0	4	3	4	13
	Total régional	**2**	**1**	**8**	**3**	**8**	**22**
Lanaudière	GMF-U Nord de Lanaudière	3	2	4	2	7	18
	Total régional	**3**	**2**	**4**	**2**	**7**	**18**
Laurentides	GMF-U Mont-Laurier	4	3	1	3	2	13
	Total régional	**4**	**3**	**1**	**3**	**2**	**13**

Région administrative	Site de formation	2022	2023	2024	2025	2026	Total 5 ans
Mauricie	GMF-U de Trois-Rivières	3	1	1	1	4	10
	GMF-U de Shawinigan-Sud	5	7	2	4	6	24
	Total régional	**8**	**8**	**3**	**5**	**10**	**34**
Montérégie	GMF-U Richelieu-Yamaska	2	6	1	2	10	21
	GMF-U de St-Jean-sur-Richelieu	0	1	0	0	0	1
	Total régional	**2**	**7**	**1**	**2**	**10**	**22**
Outaouais	GMF de Gatineau	4	0	8	0	9	21
	Total régional	**4**	**0**	**8**	**0**	**9**	**21**
Saguenay-Lac-Saint-Jean	GMF-U Alma	4	3	3	0	0	10
	GMF-U de Chicoutimi	0	0	4	0	4	8
	Total régional	**4**	**3**	**7**	**0**	**4**	**18**
Région indéterminée	Multisite	0	0	0	9	9	18
	Total multisite	0	0	0	9	9	18
	Total régional	**65**	**67**	**68**	**63**	**125**	**388**

Annexe 15 — Diplômes et attestations délivrés

(Données internes Université du Québec)

Diplômes et attestations délivrés
*Part québécoise des personnes diplômées de l'UQ dans les disciplines professionnalisantes qui sont identifiées par un **

Disciplines et domaines de la santé et des services sociaux Diplômes et attestations disciplinaires	2020	2021	2022	2023	2024	Total 5 ans
SCIENCES INFIRMIÈRES						**7 704**
***Infirmiers et infirmières cliniciennes**	953	1 152	1 201	1 080	1 044	**5 430**
Sc. infirmières (baccalauréat)	*42 %*	*48 %*	*49 %*	*48 %*	*47 %*	
***IPS (infirmiers et infirmières praticiennes spécialisées)**	54	74	79	88	102	**397**
Sc. infirmières (maîtrise IPS)	*72 %*	*58 %*	*59 %*	*76 %*	*67 %*	
Autres – Maîtrises, doctorats, DESS (dont IPS et inf. clinic.) et autres attestations	342	366	396	393	380	**1 877**
PSYCHOÉDUCATION						**1 731**
***Psychoéducateurs et psychoéducatrices**	110	85	102	103	108	**508**
Psychoéducation (maîtrise)	*45 %*	*24 %*	*34 %*	*32 %*	*34 %*	
Autres – Baccalauréats, doctorats et autres attestations	197	211	262	280	273	**1 223**
TRAVAIL SOCIAL						**3 456**
***Travailleurs et travailleuses sociales**	430	405	450	411	406	**2 102**
Travail social (baccalauréat)	*52 %*	*51 %*	*55 %*	*51 %*	*54 %*	
Autres – Maîtrises, doctorats et autres attestations	284	297	255	266	252	**1 354**

Diplômes et attestations délivrés

*Part québécoise des personnes diplômées de l'UQ dans les disciplines professionnalisantes qui sont identifiées par un **

Disciplines et domaines de la santé et des services sociaux Diplômes et attestations disciplinaires	2020	2021	2022	2023	2024	Total 5 ans
PSYCHOLOGIE						**3 949**
***Psychologues**	71	156	119	136	133	**615**
Psychologie (doctorat Psy. D)	*39 %*	*54 %*	*53 %*	*53 %*	*51 %*	
Autres – Baccalauréats, maîtrises, doctorats et autres attestations	531	723	682	656	742	**3 334**
KINÉSIOLOGIE						**1 094**
***Kinésiologues**	157	133	157	139	148	**734**
Kinésiologie (baccalauréat)	*31 %*	*24 %*	*27 %*	*23 %*	*25 %*	
Maîtrises et autres attestations	40	96	87	69	68	**360**
SEXOLOGIE						**1 260**
***Sexologues**	29	35	35	27	39	**165**
Sexologie (maîtrise)	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	
Autres – Baccalauréats, doctorats et autres attestations	160	187	214	256	278	**1 095**
ERGOTHÉRAPIE						**366**
***Ergothérapeutes**	23	30	36	33	25	**147**
Ergothérapie (maîtrise)	*8 %*	*12 %*	*12 %*	*12 %*	*10 %*	
Autres – Baccalauréats	35	34	29	68	53	**219**

Diplômes et attestations délivrés

*Part québécoise des personnes diplômées de l'UQ dans les disciplines professionnalisantes qui sont identifiées par un **

Disciplines et domaines de la santé et des services sociaux Diplômes et attestations disciplinaires	2020	2021	2022	2023	2024	Total 5 ans
PHYSIOTHÉRAPIE						**233**
***Physiothérapeutes**	0*	0*	0*	0*	23*	**23**
Physiothérapie (maîtrise)	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*0 %*	*11 %*	
Autres attestations	51	50	35	39	35	**210**
CHIROPRATIQUE						**264**
***Chiropraticiens et chiropraticiennes**	43	42	40	40	49	**214**
Chiropratique (doctorat)	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	
Autres attestations	12	4	7	10	17	**50**
ORTHOPHONIE ET AUDIOLOGIE						**123**
***Orthophonistes et audiologistes**	17	16	26	18	22	**99**
Orthophonie audiologie (maîtrise)	*19 %*	*8 %*	*10 %*	*8 %*	*9 %*	
Autres attestations	0	0	7	7	10	**24**
PRATIQUE SAGE-FEMME						**98**
***Sages-femmes**	11	19	18	19	15	**82**
Sages-femmes (baccalauréat)	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	
Autres attestations	2	0	4	4	6	**16**

Diplômes et attestations délivrés

*Part québécoise des personnes diplômées de l'UQ dans les disciplines professionnalisantes qui sont identifiées par un **

Disciplines et domaines de la santé et des services sociaux Diplômes et attestations disciplinaires	2020	2021	2022	2023	2024	Total 5 ans
PODIATRIE						**111**
***Médecins podiatres**	23	20	22	23	23	**111**
Médecine podiatrique (doctorat)	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	*100 %*	
INHALOTHÉRAPIE						**159**
Autres attestations	32	51	43	25	8	**159**
BIOLOGIE MÉDICALE ET MÉDECINE EXPÉRIMENTALE						**360**
Baccalauréats, maîtrises, doctorats et autres attestations	78	55	61	67	99	**360**
ADMINISTRATION DE LA SANTÉ						**709**
Baccalauréats, maîtrises et autres attestations	112	112	161	145	179	**709**
TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ						**11**
Maîtrises et autres attestations	0	2	2	6	1	**11**
SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL						**1 226**
Maîtrises et autres attestations	235	302	245	219	225	**1 226**

Diplômes et attestations délivrés

*Part québécoise des personnes diplômées de l'UQ dans les disciplines professionnalisantes qui sont identifiées par un **

Disciplines et domaines de la santé et des services sociaux Diplômes et attestations disciplinaires	2020	2021	2022	2023	2024	Total 5 ans
SANTÉ MENTALE						**1 066**
Maîtrise et autres attestations	174	172	233	217	270	**1 066**
SANTÉ PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE						**451**
Autres attestations	96	96	105	72	82	**451**
SCIENCES DE LA SANTÉ (programmes multidisciplinaires)						**144**
Doctorats et autres attestations	13	28	27	31	45	**144**
TOTAL / 5 ANS DE DIPLÔMES ET ATTESTATIONS DÉLIVRÉS EN SSS						**24 515**
***TOTAL / 5 ANS DE PERSONNES PROFESSIONNELLES FORMÉES**						**10 627**

Afin d'avoir un panorama complet des disciplines offertes à l'UQ, s'ajoutent à celles présentées au tableau, les professions nouvellement offertes ou en cours de création :

- Nutrition : le baccalauréat est offert à l'UQTR depuis l'automne 2026
- Ostéopathie : le baccalauréat et la maîtrise sont en cours de création à l'UQAM

L'année préparatoire en médecine offerte à l'UQTR ne menant pas à une diplomation n'est pas comptabilisée.

Annexe 16 — Cliniques universitaires

Cliniques universitaires	Disciplines et domaines d'expertise
UQAM	
Clinique universitaire de santé globale	**Sexologie** **Psychologie** **Travail social** **Orthopédagogie** **Orientation**
UQTR	
Les cliniques universitaires en santé	**Chiropratique** **Podiatrie** **Kinésiologie et thérapie du sport**
Clinique universitaire de services psychologiques (CUSP)	**Psychologie et neuropsychologie**
Clinique multidisciplinaire en santé	**Soins de santé** **Ergothérapie** **Orthophonie**
UQAC	
Cliniques universitaires	**Kinésiologie** **Orthopédagogie** **Physiothérapie** **Psychologie** **Travail social** **Sciences infirmières**

Cliniques universitaires	Disciplines et domaines d'expertise
Clinique interdisciplinaire (en développement)	
Dispensaire urbain pour l'enseignement clinique	**Sciences infirmières**
UQAR	
Clinique universitaire de psychologie	**Psychologie**
UQO	
Clinique universitaire orthopédagogique	**Orthopédagogie**
Clinique de services psychologiques	**Psychologie**
UQAT	
Clinique interdisciplinaire en santé globale (ouverture prévue à l'automne 2028)	**Sciences infirmières** **Psychoéducation** **Travail social**
Clinique de recherche et d'intervention en art-thérapie	**Art-thérapie**

Annexe 17 — Ancrage dans les communautés : exemples de projets

UQAM

Service aux collectivités (SAC)
Depuis plus de 45 ans, le SAC réalise des projets collaboratifs de recherche, de formation et de diffusion avec les groupes communautaires. Fondée sur le croisement des savoirs universitaires et citoyens, cette approche vise à répondre à des enjeux sociaux complexes. En 2020, un volet étudiant offre une expérience professionnelle enrichissante et un ancrage dans la communauté.

Centre de recherche interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement (CINBIOSE)
Le CINBIOSE, en collaboration avec des partenaires institutionnels et communautaires, contribue à répondre à des enjeux concrets de santé au travail et de santé environnementale à l'avancement des connaissances et au développement d'interventions novatrices en santé au travail et en santé environnementale de concert avec les partenaires du milieu.

Clinique universitaire de santé globale
Inaugurée en 2026 au cœur du Quartier latin, cette clinique regroupe les cliniques-écoles de l'UQAM dans une approche de collaboration interdisciplinaire et d'une pratique ancrée dans le service à la population.

Initiatives de cohabitation sociale et de soutien aux populations vulnérables
En collaboration avec plusieurs partenaires du Quartier latin, dont la Société de développement social (SDS), la Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ) et la Société de développement du Quartier latin (SDC), l'UQAM contribue à la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la qualité de vie et la cohabitation sociale dans son milieu d'ancrage. Ces initiatives comprennent notamment la Halte-chaleur, qui offre un lieu de répit aux personnes vulnérables lors de conditions météorologiques difficiles, ainsi que le Pôle de cohabitation sociale du Quartier latin, qui favorise une approche concertée pour prévenir et mieux répondre aux enjeux liés à l'itinérance et à la vulnérabilité sociale.

Organisation et innovation sociale (ORH8417)
Ce cours de maîtrise en sciences de la gestion privilégie une pédagogie « hors les murs » permettant aux personnes étudiantes de découvrir des initiatives d'innovation sociale directement dans les différents quartiers de Montréal où elles émergent et de dialoguer avec les acteurs qui les portent.

Consultation en psychologie communautaire
Dans le cadre d'un cours doctoral en psychologie communautaire, des personnes étudiantes accompagnent des organismes dans la résolution de problèmes ou la prise de décision à l'aide de collectes et d'analyses de données répondant à des besoins concrets du milieu.

UQTR

Cliniques universitaires de santé
Appuyées sur huit départements et dix programmes en sciences de la santé, les sept cliniques universitaires de l'UQTR offrent des services à la population tout en soutenant la formation de la relève et la mobilisation des connaissances au bénéfice des communautés.

Institut national d'anatomie (INA)
Premier centre interuniversitaire et interordre consacré à l'anatomie humaine au Québec, l'INA contribue à la recherche, à la formation et à la diffusion scientifique grâce à un vaste programme de don de corps, un site sécurisé de recherche en thanatologie REST[ES] et de nombreuses collaborations avec les établissements et organismes régionaux et provinciaux.

Laboratoire mobile de recherche en santé
En développement, ce projet vise à rapprocher la recherche des communautés en réalisant des activités de collecte de données, de formation et de sensibilisation directement dans les milieux de vie, notamment auprès de populations moins bien desservies.

UQAC

Centre intersectoriel en santé durable (CISD)
Ce centre rassemble des chercheurs de l'UQAC, du RSSS et d'autres universités québécoises afin de coconstruire, avec les citoyens et les partenaires du milieu, des solutions adaptées aux enjeux de santé des collectivités régionales selon une approche intersectorielle de la santé durable.

Cliniques universitaires de l'UQAC
Les cliniques universitaires en sciences infirmières, physiothérapie, psychologie, travail social, kinésiologie et orthopédagogie offrent des services spécialisés à la population tout en soutenant la formation pratique et la recherche. Elles favorisent le développement de nouvelles pratiques en santé, en éducation et en services sociaux, tout en contribuant à améliorer l'accès à des services répondant aux besoins de la communauté régionale.

Développement d'une offre de formation en santé
En collaboration avec les acteurs de la santé du territoire consultés dans le cadre d'études de marché régionales, l'UQAC développe six programmes de formation en santé afin de répondre aux besoins croissants de formation et de main-d'œuvre qualifiée sur le territoire dans un contexte de vieillissement de la population et de défis d'accessibilité.

Consortium régional de recherche et d'enseignement en SSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Ce consortium réunit l'UQAC, Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire et les établissements collégiaux de la région afin de mettre en commun leurs expertises en formation, en recherche et en innovation.

ECOGÈNE-21
En partenariat avec l'UQAC, cet organisme de recherche clinique à but non lucratif soutient le développement de la recherche et de l'innovation en santé grâce à son expertise en recherche clinique, en biobanquage et en médecine de précision. Il favorise la collaboration entre les milieux universitaire, clinique et communautaire afin de faire progresser les connaissances et l'accès à des solutions innovantes en santé.

UQAR

Partenariats avec le CLSC de La Guadeloupe et MAclinique Lévis
Réalisées en collaboration avec les milieux cliniques régionaux, ces initiatives contribuent à améliorer l'accès aux soins de première ligne et la prise en charge de populations ayant un accès limité aux services de santé. Elles favorisent également la formation pratique de la relève en sciences infirmières, notamment des infirmiers et infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, tout en répondant aux besoins des communautés concernées.

Centre interdisciplinaire de recherche en santé durable (CIRUSSS)
Par l'entremise du CIRUSSS, l'UQAR développe plusieurs projets réalisés avec Santé Québec et les communautés rurales, notamment :

- MOSAIC, un laboratoire vivant favorisant le vieillissement en santé en milieu rural ;
- Mon eau, mon puits, ma santé, qui vise à prévenir les risques associés à la qualité de l'eau potable dans les ménages ruraux.

UQO

Pôle santé de l'UQO
Ce projet est envisagé comme un lieu de convergence entre la formation, la recherche, l'innovation et les milieux de pratique. Il vise à répondre aux besoins de main-d'œuvre en santé de la région de l'Outaouais en permettant l'implantation de nouveaux programmes de formation dans des secteurs confrontés à des défis de recrutement de professionnels qualifiés. Le projet prévoit également la mise en place d'une clinique universitaire multidisciplinaire offrant des services à la population, en complément des activités de la Clinique de services psychologiques de l'UQO.

Projet ESPOIR
Réalisé en partenariat avec Santé Québec – Laurentides, ce projet vise à élaborer un cadre de référence en itinérance adapté aux réalités régionales. En misant sur une approche concertée et intersectorielle, il favorise le développement d'une offre de services adaptée aux territoires urbains, semi-ruraux et ruraux. Il contribue également à identifier les enjeux et les stratégies susceptibles d'améliorer l'accès aux services de SSS pour les personnes en situation d'itinérance.

Cellules de crise des tables de développement social en Outaouais
Mené en partenariat avec Santé Québec – Outaouais, ce projet a documenté la mobilisation des acteurs territoriaux durant la pandémie de la COVID-19. En analysant les réponses collectives aux enjeux d'insécurité alimentaire, de logement et d'isolement social, il identifie des pistes d'action visant à renforcer la concertation intersectorielle et à soutenir l'amélioration durable des conditions de vie et du développement social des communautés de l'Outaouais.

Production d'environnements virtuels pour le laboratoire TechnSoins
Réalisé en partenariat avec Santé Québec – Outaouais, ce projet vise à développer des environnements virtuels immersifs pour soutenir la recherche et l'innovation en santé. Il a permis la conception, l'évaluation et l'optimisation de solutions technologiques adaptées aux besoins du laboratoire TechnSoins et des milieux de pratique. Il contribue au développement d'outils favorisant l'expérimentation, la formation et le transfert des connaissances dans le domaine des soins de santé.

UQAT

Observatoire national sur les incidences des émissions de contaminants sur la santé et l'environnement (ONICSE)
Créé en 2023 dans le cadre du plan gouvernemental de soutien à Rouyn-Noranda, l'ONICSE mobilise et accroît la connaissance des enjeux environnementaux et de santé liés aux fonderies. L'Observatoire favorise les synergies de l'écosystème de la recherche, soutient la prise de décision éclairée, favorise le dialogue entre la population et la communauté scientifique, et promeut l'adoption de pratiques durables pour la transition socioécologique.

INRS

Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG)
Créé en 2001, DIALOG favorise les rencontres et les collaborations entre chercheurs, communautés autochtones et partenaires afin d'accroître la mobilisation, le partage des connaissances, et de maximiser les retombées des résultats de la recherche scientifique.

Conseiller scientifique en chef de la Ville de Mirabel
Grâce à un partenariat avec la municipalité, un professeur de l'INRS soutient la prise de décision municipale fondée sur les données probantes et contribue à rapprocher la recherche des enjeux concrets du territoire pour le bénéfice de la communauté.

R**éseau Communautés rurales et éloignées en santé (CARES)**
Cette initiative mobilise chercheurs, partenaires et communautés afin de mieux comprendre les enjeux de santé propres aux populations rurales et éloignées. Elle favorise le développement de collaborations et la mobilisation des connaissances pour mieux répondre aux besoins des communautés et de contribuer à réduire les inégalités de santé liées au territoire.

Réseau du microbiome urbain – Carré Laval
Réalisé avec la Ville de Laval et divers partenaires, ce projet étudie les liens entre microbiome urbain, santé et environnement tout en impliquant les citoyens dans la collecte de données.

Centre Ruralités durables
Ce centre développe, en partenariat avec les collectivités rurales, des activités de recherche et de formation visant à répondre aux enjeux complexes des territoires. En misant sur une approche transdisciplinaire et un fort ancrage territorial, il soutient le développement des communautés, favorise le bien-être collectif et contribue à la formation d'une relève scientifique spécialisée en contexte rural. Il accompagne également les communautés dans leurs initiatives SSS grâce à une présence soutenue et à un engagement de proximité à long terme.

ENAP

Démarches collaboratives sur le vieillissement et l'itinérance dans la MRC de Pierre-De Saurel
Menées par Cité-ID LivingLab, ces démarches de coconstruction réunissent, selon la démarche respective, des usagers et des proches aidants ou des personnes ayant une expérience vécue de l'itinérance, des organismes, des municipalités et des partenaires du réseau de la santé afin d'améliorer les trajectoires de soins et de services des personnes aînées et des personnes en situation d'itinérance. Elles ont mené à l'identification d'enjeux prioritaires ainsi qu'à la mise en œuvre de solutions adaptées aux réalités du territoire.

Gouvernance collaborative climatique dans trois MRC de l'Outaouais
Ce projet de recherche-action en laboratoire vivant accompagne les territoires dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans climat. Il vise à renforcer la capacité d'action collective des territoires face aux changements climatiques grâce à des mécanismes de collaboration adaptés aux réalités locales et à l'expérimentation de solutions.

Développement social à Laval
En partenariat avec les acteurs du milieu, l'ENAP soutient la mise en œuvre de la Politique régionale de développement social.

En route vers l'École de ma vie – Parcours TND
Ce projet de cartographie participative des parcours de vie et de services, réalisé avec l'Université TÉLUQ, Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean et L'Appui pour les proches aidants, mobilise directement les personnes concernées et leurs proches afin de mieux comprendre leurs expériences et les services qui les entourent.

ÉTS

Organisation des soins de première ligne en Outaouais (itechsanté)
Ce projet, réalisé avec Santé Québec Outaouais, mobilise les communautés dans des activités de coconception afin d'adapter les services de santé de première ligne aux réalités des territoires et aux besoins de leurs populations, notamment par la mise en place d'un outil d'aide à la décision.

Université TÉLUQ

Environnement numérique SPÉCIAL
Cet environnement numérique a été conçu en collaboration avec L'Appui pour les proches aidants, la Société Alzheimer et l'Association québécoise de la dégénérescence maculaire (AQDM) afin de soutenir les personnes vivant avec des troubles neurocognitifs et leurs proches. Déployé au sein de projets menés avec ces partenaires, il favorise le transfert des connaissances et le développement de solutions adaptées aux besoins des communautés. Son utilisation est appelée à s'élargir auprès d'autres organismes intéressés à en bénéficier.

Formation en ligne sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT)
Développée en partenariat avec la Croix-Rouge canadienne, cette formation asynchrone fondée sur les données probantes vise à renforcer les compétences des professionnels de la santé dans la prise en charge du TSPT et à favoriser le transfert des connaissances vers les milieux de pratique.

Vidéos d'accompagnement des patients en chirurgie cardiaque
Produites par une équipe multidisciplinaire en éducation et en psychologie, ces ressources éducatives soutiennent les patients et leurs proches avant, pendant et après une chirurgie cardiaque afin de faciliter leur compréhension du parcours de soins et de favoriser leur préparation.

Annexe 18 — Exemples d'affiliations individuelles de recherche

Regroupements de recherche (universitaires, RSSS)

- Centre d'études avancées en médecine du sommeil
- Centre d'Excellence en Recherche sur les Maladies Orphelines – Fondation Courtois (CERMO-FC)
- Centre québécois sur les matériaux fonctionnels
- Centre de recherche CERVO
- Centre de recherche Charles-Le Moyne (CRCLM)
- Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM)
- Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS)
- Centre de recherche Douglas
- Centre de recherche de Santé Québec Chaudière-Appalaches
- Centre de recherche de Santé Québec Outaouais
- Centre de recherche de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire
- Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
- Centre de recherche en éthique (CRÉ)
- Centre de recherche en infectiologie (CRI)
- Centre de recherche en neuropsychologie et cognition – Université de Montréal
- Centre de recherche en santé durable (VITAM)
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)
- Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)
- Centre de recherche Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain
- Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS)
- Centre de recherche sur les innovations sociales
- Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)
- Centre de recherches mathématiques (CRM)
- Centre de recherche CHU Québec – Santé des populations et pratiques optimales en santé
- Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF)
- Centre d'études nordiques
- Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation
- Centre interdisciplinaire de recherche en musique, médias et technologie (CIRMMT)
- Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale – Université Laval

- Centre intersectoriel en santé durable
- Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations
- Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie (CIRST)
- Centre national de la recherche scientifique (CNRS)
- Centre de recherche et d'innovation en sécurité civile du Québec (RISC)
- Centre universitaire de santé McGill
- Centre de recherche Maisonneuve-Rosemont
- Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers
- Consortium régional de recherche en éducation du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs (ERMOS)
- Équipe de recherche HERMES (étude du jeu, formes hybrides et émergentes) – Université Concordia
- Équipe de recherche sexualité et couple (SCOUP)
- Équipe de recherche sur la gouvernance et l'articulation des réseaux de solidarité (REGARDS)
- Équipe violence sexuelle et santé (EVISSA)
- Groupe de recherche en électronique de puissance et commande industrielle (GRÉPCI) – École de technologie supérieure
- Groupe de recherche CogNAC (Cognition, Neurosciences, Affect et Comportement)
- Groupe de recherche en activité physique adaptée
- Groupe de recherche en neurobiologie comportementale
- Groupe de recherche en science forensique (GRSF)
- Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN)
- Groupe de recherche sur le capital humain
- Groupe de recherche sur les affections neuromusculosquelettiques (GRAN)
- Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant
- Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires – Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire
- International Centre for Comparative Criminology
- Jordan Dermatology and Hair Transplantation Center
- McConnell Brain Imaging Centre
- Montreal Behavioural Medicine Centre
- Montreal Cognitive Neuroscience Autism Research Group
- Plant Biology Research Group
- Regroupement québécois de recherche sur la fonction, l'ingénierie et les applications des protéines (PROTEO)
- Regroupement scientifique INTER
- Royal Ottawa Mental Health Centre
- Service de recherche en dépendance Santé Québec Capitale-Nationale
- Skin and Stem Cell Research Center
- The Swine and Poultry Infectious Diseases Research Centre (CRIPA)
- Trauma and Couple Research and Intervention Unit (TRACE)

Instituts de recherche

- Austrian Public Health Institute
- Canadian Institutes of Health Research
- EURAC Research, Institute for Biomedicine
- Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
- Institut Franco-Européen de Chiropraxie
- Institut Karolinska
- Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
- Institut national de santé publique du Québec
- Institut national du sport du Québec
- Institut Pasteur International Network
- Institut du Savoir Montfort – Recherche
- Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF)
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS)
- Institut universitaire de santé mentale de Montréal
- Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme
- Institut universitaire en santé mentale de Québec
- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Institut universitaire Jeunes en difficultés
- Institut universitaire SHERPA
- Institut universitaire sur les dépendances
- Institut-hôpital neurologique de Montréal
- Instituto Tecnológico de Chascomús (INTECH)
- International Water Management Institute (IWMI) – Ghana
- Iovel Kutateladze Institute of Pharmacochemistry
- Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill
- Institut de recherche SRI International
- Institut québécois d'intelligence artificielle (MILA)
- Ottawa Couple and Family Institute
- Ottawa Hospital Research Institute
- Royal's Institute of Mental Health Research
- Technion – Israel Institute of Technology
- University Institute Youth in Difficulty
- Veneto Institute of Molecular Medicine (VIMM)

Laboratoires

- Biomedical Information Processing Laboratory (LATIS)
- Central Laboratory of Applied Physics – Bulgarian Academy of Sciences
- Cyberpsychology Laboratory
- Cibles Thérapeutiques et Conception de Médicaments (CiTCoM)
- Laboratoire conjoint international de la province du Shandong sur le traitement intelligent de l'information multimodale
- Laboratoire de communications et d'intégration de la microélectronique (LaCIME)
- Laboratoire de Psychologie Sociale et Cognitive
- Laboratoire de recherche en imagerie et orthopédie (LIO)
- Laboratoire de recherche et d'actions pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches (LaPProche)
- Laboratoire d'imagerie, de vision et d'intelligence artificielle (LIVIA)
- Laboratoire d'oncologie moléculaire
- Laboratoire international de recherche sur le cerveau, la musique et le son
- Laboratoire International en Imagerie et Biomécanique (iLab-Spine)
- Laboratoires Meakins-Christie (recherche en santé respiratoire)
- Laboratoire sur la communication et le numérique (LabCMO)
- Substantive-Methodological Synergy Research Laboratory

Réseaux de recherche

- Canadian HIV Trials Network
- CESifo GmbH
- Collectif de recherche sur la santé en région
- Réseau Communautés rurales et éloignées en santé (CARES)
- Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)
- Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ)
- Réseau de recherche en santé respiratoire du Québec
- Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL)
- Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD)
- Réseau québécois de recherche sur le vieillissement

Universités

- Aix Marseille Université
- Al Ain University
- Alma Mater Studiorum Università di Bologna
- Arizona State University
- Carleton University
- Université Concordia
- École des hautes études en santé publique
- Evangelical University of Goiás
- École des sciences de la réadaptation – Faculté de médecine, Université Laval
- Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation
- Harvard Medical School
- Harvard T.H. Chan School of Public Health
- Ira A. Fulton Schools of Engineering
- K. N. Toosi University of Technology
- Keck School of Medicine of USC
- Lebanese American University
- Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill
- McGill University Research Centre for Studies in Aging
- Université McMaster
- Memorial University of Newfoundland
- Polytechnique Montréal
- Université du Danemark du Sud
- Tbilisi State Medical University
- Université catholique de Louvain
- Université industrielle de Santander
- Universidad Nacional de San Martín
- Universidade Estadual de Londrina
- Universidade Federal do Rio Grande
- Université de Padoue
- Université de Heidelberg
- Université Chitkara
- Université de Genève
- Université de Halmstad
- Université de Montréal – Faculté de médecine
- Université de Sherbrooke – Faculté de médecine et des sciences de la santé
- Université d'Ottawa – Faculté des sciences de la santé
- Université d'Ottawa – Faculté de médecine
- Université d'Ottawa Faculté des sciences sociales
- Université Durham
- Université Gustave Eiffel
- Université Laval – Faculté de médecine
- Université Toulouse – Jean Jaurès
- University of Arizona College of Medicine – Phoenix
- Université de Calgary
- University of Cape Town
- Université de Ferrare
- Université de Johannesburg
- Université du Manitoba
- University of Massachusetts Chan Medical School
- Université du Missouri
- Université de l'Île-du-Prince-Édouard
- Collège vétérinaire de l'Atlantique – Université de l'Île-du-Prince-Édouard
- Université de Roehampton
- Université de Toronto
- Université de Victoria
- Université de Zanjan

Établissements Santé Québec

- Santé Québec Outaouais
- Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire
- SantéQuébecMauricie-et-Centre-du-Québec– Universitaire
- SantéQuébecCentre-Sud-de-l'Île-de-Montréal– Universitaire
- Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean – Universitaire

Hôpitaux

- Hospital Brigham and Women's
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- CHU de Québec-Université Laval
- CHU Sainte-Justine, Centre hospitalier universitaire Mère-Enfant
- Hôpital de La Baie
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
- Hôpital Montfort
- Hôpital régional de Rimouski
- Hôpital Rivière-des-Prairies
- Women's College Hospital

Annexe 19 — Unités, chaires de recherche et réseaux thématiques

UQAM

- Centre de recherche en statistiques et sciences des données (STATQAM)
- Centre de recherche en toxicologie et santé de l'environnement (TOXEN)
- Centre de recherche sur l'intelligence^2 en gestion de systèmes complexes (CRI2GS)
- Centre de recherche en neurosciences cognitives de l'UQAM (NeuroQAM)
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)
- Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)
- Cercle Diament – Laboratoire de recherche-innovation en design et santé mentale numérique
- Chaire de recherche du Canada avec les milieux de vie du Nord
- Chaire de recherche du Canada en chimie des nano-assemblages biologiques
- Chaire de recherche du Canada en génomique évolutive de l'ADN non codant
- Chaire de recherche du Canada en immunovirologie
- Chaire de recherche du Canada en jeu, technologies et société
- Chaire de recherche du Canada en médecine comportementale
- Chaire de recherche du Canada en neuroscience cognitive pour l'éducation dès la petite enfance
- Chaire de recherche du Canada en optimisation stochastique des systèmes de transport et de logistique
- Chaire de recherche du Canada en sexologie développementale
- Chaire de recherche du Canada sur l'attachement et le développement de l'enfant
- Chaire de recherche du Canada sur la Citoyenneté culturelle des personnes sourdes et les pratiques en équité culturelle
- Chaire de recherche du Canada sur la régulation du digital dans la vie professionnelle et personnelle
- Chaire de recherche du Canada sur la modulation hormonale des fonctions cognitives et émotionnelles – Laboratoire Hormones, cognition et émotions
- Chaire de recherche du Canada sur la sénescence et le développement vasculaire
- Chaire de recherche du Canada sur les médias, les handicaps et les (auto)représentations
- Chaire de recherche du Canada sur les personnes de la diversité sexuelle et de genre et leurs trajectoires de consommation de substances psychoactives – Plateforme TRADIS
- Chaire de recherche du Canada sur les traumas interpersonnels et la résilience
- Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres

- Chaire de recherche UQAM sur la mémoire, les événements aversifs et la santé mentale
- Chaire de recherche UQAM en santé mentale périnatale et bien-être de la famille
- Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé
- Chaire de recherche UQAM sur la réussite éducative des enfants à l'éducation préscolaire
- Chaire Dr William-Barakett de déficience intellectuelle et troubles du comportement (DITC)
- Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants
- Chaire UNESCO Sport pour le développement, la paix et l'environnement
- Chaire UQAM Bienvenue aux familles immigrantes : l'équité et l'inclusion grâce aux milieux scolaires
- Chaire UQAM d'étude sur la réalité virtuelle, les outils sexotechnologiques et la santé sexuelle (ÉROS)
- Chaire UQAM sur la promotion du bienêtre durant les transitions scolaires et postscolaires
- Chaire UQAM sur le bien-être des enfants : Santé, éducation et économie
- Chaire UQAM sur les arts pour la santé mentale des enfants et des adolescent·es
- Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail Santé-Genre-Égalité (SAGE)
- Équipe de recherche internationale en optimisation et apprentissage pour les services de santé
- Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA)
- Groupe de recherche sur l'humanisation des soins de santé par la communication (GRHUSCO)
- Institut d'études internationales de Montréal (IEIM)
- Institut de recherches et d'études féministes (IREF)
- Institut des sciences de l'environnement (ISE)
- Institut du patrimoine
- Réseau pour avancer la recherche sur les maladies rares au Québec (RARE.Qc)

UQTR

- Centre d'Apprentissage et de Simulation en Sciences infirmières (CASSI)
- Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF)
- Chaire de recherche autodétermination et handicap
- Chaire de recherche du Canada sur la violence sexuelle chez les jeunes vulnérables
- Chaire de recherche du Canada sur les traumas développementaux
- Chaire de recherche internationale en santé neuromusculosquelettique
- Chaire de recherche Marcel et Rolande Gosselin sur la régulation homéostatique des cellules souches et le cancer
- Chaire de recherche UQTR émergence en immunologie pulmonaire néonatale
- Chaire de recherche UQTR émergence en neurométabolisme

- Chaire de recherche UQTR-ENPQ sur la prévention en santé psychologique au travail en sécurité publique
- Chaire de recherche UQTR junior sur la motivation et l'inclusion en activité physique, de l'enfance à l'adolescence
- Chaire de recherche UQTR junior sur les adaptations neuromusculaires à la douleur
- Chaire de recherche UQTR junior sur les habitudes de vie et la santé de jeunes
- Chaire UNESCO : petite enfance et intervention précoce inclusive
- Groupe de recherche sur les troubles du comportement alimentaire (Loricorps)
- Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'expérience inclusive de loisir (GIREIL)
- Institut national d'anatomie
- Laboratoire de recherche et d'intervention sur les difficultés d'adaptation psychosociale à l'école (LaRIDAPE)
- Laboratoire vivant ÉclairAGE

UQAC

- Centre intersectoriel en santé durable (CISD)
- Chaire d'enseignement et de recherche interethniques et interculturels (CERII)
- Chaire de recherche du Canada en génétique et généalogie
- Chaire de recherche du Canada en génomique de l'asthme et des maladies allergiques
- Chaire de recherche du Canada en intelligence ambiante et capteurs portatifs pour l'assistance technologique en santé
- Chaire de recherche du Canada sur la spécification, la mise à l'essai et la vérification de logiciels
- Chaire de recherche du Canada ZENITH sur les jeunes, les catastrophes et la justice sociale
- Chaire de recherche en économie créative et mieux-être
- Chaire de recherche en santé durable (FRQS)
- Chaire de recherche en sécurité routière (CSR)
- Chaire de recherche sur l'exploitation sexuelle et la traite des personnes – IMPACT
- Chaire de recherche sur les événements traumatiques, la santé mentale et la résilience des individus
- Chaire UQAC-Cégep de Jonquière sur la vie et la santé des jeunes (VISAJ)
- Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR)
- Laboratoire d'expertise et de recherche en anthropologie rituelle et symbolique (LERARS)
- Laboratoire de recherche biomécanique et neurophysiologique en réadaptation neuro-musculo-squelettique (BioNR)
- Laboratoire de recherche et d'intervention sur les incidents critiques en milieu de travail (ICMT)
- Laboratoire de recherche sur les nouvelles formes de consommation (LaboNFC)
- Laboratoire de recherche sur l'intelligence ambiante pour la reconnaissance d'activités (LIARA)
- Laboratoire vivant sur la santé mentale en milieu universitaire

- Observatoire du développement moteur et psychomoteur des 0-18 ans (ODMP)
- Projet Balsac – Le fichier de population
- Réseau AIRS (air, intersectorialité, recherche respiratoire et sonore)
- Revue en ligne Ad machina
- Unité mixte de recherche INRS-UQAC en santé durable

UQAR

- Chaire de recherche du Canada sur les risques psychosociaux au travail
- Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS)
- Collectif de recherche participative sur la pauvreté en milieu rural (CRPPMR)
- Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR)
- Consortium InterS4 avec UQAC et UQAT
- Équipe de recherche en éthique (ETHOS)
- Réseau de prévention des crises en santé – Précrisa
- Unité virtuelle de soins (UVS), en collaboration avec l'UQAT

UQO

- Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CERIF)
- Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS)
- Centre de recherche sur la violence faite aux enfants (CRVE)
- Chaire de recherche du Canada en cyberpsychologie clinique
- Chaire de recherche du Canada en économie de la prévention et contrôle des infections (ÉconoPCI)
- Chaire de recherche du Canada en perception visuelle et sociale
- Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux
- Chaire de recherche du Canada sur les traumas développementaux
- Cognitive Remediation and Neuroimaging Lab (CRANI LAB)
- Groupe de Neurosciences Sociales, Cognitives et Cliniques (GNSC2)
- Groupe de recherche pour les adolescents et adultes autistes (GRAADA)
- Laboratoire sur l'unicité et la diversité des intérêts et des comportements en autisme (LUDICA)
- Laboratoire vivant MaillAGE
- Programme de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants (PRISME)

UQAT

- Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones
- Chaire de recherche institutionnelle en épidémiologie de la douleur chronique
- Chaire institutionnelle de recherche en santé autochtone et des populations
- Laboratoire d'intervention et de recherche sur les substances, les sexualités et la santé mentale
- Laboratoire de recherche sur les difficultés d'adaptation et l'intervention psychosociale (LAREDAIP)
- Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones – Mikwatisiw
- Observatoire national sur les incidences des émissions de contaminants sur la santé et l'environnement (ONICSE)
- Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD)

INRS

- Centre Énergie Matériaux Télécommunications (EMT)
- Centre intersectoriel d'analyse des perturbateurs endocriniens
- Chaire de recherche du Canada en écotoxicogénomique et perturbations endocriniennes
- Chaire de recherche du Canada en épidémiologie environnementale du cancer
- Chaire de recherche du Canada en hydroclimatologie statistique
- Chaire de recherche du Canada en imagerie informatique ultrarapide
- Chaire de recherche en sociomicrobiologie fondamentale et appliquée
- Chaire de recherche Jeanne et J.-Louis Lévesque en immunovirologie
- Chaire de recherche Louise et André Charron sur la maladie d'Alzheimer
- Chaire en chimie des glucides
- Chaire en nanobiophotonique
- Chaire INRS des nouvelles biotechnologies pour l'élimination des PFAS
- Chaire INRS sur les perturbateurs endocriniens et les glandes mammaires : des mécanismes d'action aux risques toxicologiques
- Chaire philanthropique Anna Sforza Djoukhadjian sur la sclérose latérale amyotrophique
- Laboratoire d'imagerie informatique appliquée
- Laboratoire de contrôle du dopage
- Laboratoire de niveau de confinement 3 (NC3)
- Laboratoire national de biologie expérimentale (LNBE)
- Réseau Communautés rurales et éloignées en santé (CARES), en collaboration avec l'UQAM, l'UQTR, l'UQAR
- Réseau International des Instituts Pasteur (RIIP)

ENAP

- Centre d'analyse du droit comme levier d'innovation en santé (CADLIS)
- Chaire de recherche du Canada en gestion public comparé (CREMPCO)
- Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (CRC Sa3S)
- Chaire de recherche sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ)
- Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse du Québec, volet santé et bien-être
- Cité-ID LivingLab – Gouvernance de la résilience urbaine
- Équipe de recherche sur la gouvernance et l'articulation des réseaux de solidarité (REGARDS)

ÉTS

- Chaire de recherche DIAGNOS sur l'intelligence artificielle en imagerie médicale
- Chaire de recherche du Canada en neuro-informatique pour les données multimodales
- Chaire de recherche en génie Marcelle-Gauvreau sur la conception et la fabrication de nanomatériaux innovants pour applications durables en énergie, environnement et santé
- Chaire de recherche en génie Marcelle-Gauvreau sur la surveillance multimodale en santé et la détection précoce de maladies à l'aide d'appareils auditifs
- Chaire de recherche en génie Marcelle-Gauvreau sur les biomarqueurs mécaniques
- Chaire de recherche en traitement et gestion des eaux
- Groupe de recherche en acoustique à Montréal (GRAM)
- itechsanté
- Laboratoire d'ergonomie
- Laboratoire d'imagerie interventionnelle (LIVE)
- Laboratoire d'imagerie, vision et intelligence artificielle (LIVIA)
- Laboratoire d'ingénierie cognitive et sémantique (LiNCS)
- Laboratoire d'innovation ouverte en technologies de la santé (LIO-ÉTS)
- Laboratoire de commande et de robotique (CoRo)
- Laboratoire de communications et d'intégration de la microélectronique (LACIME)
- Laboratoire de la piezoélectricité, des technologies ultrasonores et des matériaux (PULÉTS)
- Laboratoire de mécanique des fluides et applications
- Laboratoire de traitement de l'information en santé (LATIS)
- Laboratoire ETS Design

- Laboratoire sur les alliages à mémoire et les systèmes intelligents (LAMSI)
- Neuro-iX
- Observatoire de la réalité étendue (ORE)
- PolymerETS

Université TÉLUQ

- Chaire de recherche du Canada en analyse de données biomédicales
- Chaire de recherche du Canada en exploration de données multimodales
- Chaire de recherche du Canada sur l'intelligence artificielle pour la prévention du suicide
- Chaire de recherche du Canada sur le jugement éthique
- Chaire Docteur Sadok Besrour sur les technologies de santé pour les territoires médicalement isolés
- Institut d'intelligence artificielle appliquée (Institut I2A)
- Pôle de recherche en gestion durable des organisations (PRGDO)

UQ

- Réseau national d'observatoires (RNO), en collaboration avec l'UQTR, l'UQAC, l'UQAR, l'UQO et l'UQAT

Annexe 20 — Exemples de mesures d'accueil, de services en soutien à l'apprentissage et à l'accompagnement des personnes étudiantes, et de pratiques pédagogiques

Accueil et services en soutien à l'apprentissage et à l'accompagnement des personnes étudiantes

Programme Allô !
portailetudiant.uqam.ca/accueil-allo
Programme d'accueil de la communauté étudiante qui facilite l'arrivée et l'intégration des nouvelles personnes étudiantes à leur nouveau milieu universitaire à travers des activités, des sorties culturelles, des ateliers thématiques, du parrainage et plus. Allô! est offert notamment pour faciliter les transitions interordres.

Réussir des études universitaires à distance
www.teluq.ca/site/etudes/offre/cours/TELUQ/EDU 1004
Cours de trois crédits en ligne pour acquérir la connaissance des méthodes et des techniques du travail intellectuel requise pour répondre aux exigences de l'enseignement universitaire de premier cycle dans un contexte de formation à distance, et pour développer les habiletés qui leur sont associées afin de favoriser la réussite.

Initiative sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur – ISMÉ
ismequebec.ca
L'ISMÉ soutient la santé mentale étudiante en enseignement supérieur au Québec en mettant en œuvre des actions qui valorisent les expertises et les connaissances, qui s'appuient sur une approche écosystémique, qui répondent aux besoins de la communauté universitaire et qui mobilisent les acteurs du milieu.

La station SME
stationsme.ca
Lieu de convergence d'informations et d'outils pour tout ce qui concerne la santé mentale étudiante en enseignement supérieur. Ce site met en valeur du contenu crédible sur le sujet et offre un accès simplifié à des connaissances variées et adaptées aux besoins de la communauté collégiale et universitaire.

Soutien psychologique – Développement personnel
portailetudiant.uqam.ca/soutienpsycho/developpement-personnel/
Capsules vidéo portant sur l'affirmation de soi, la confiance en soi et l'estime de soi – accessibles en tout temps sur le Portail étudiant.

Service Premiers Peuples
www.uqat.ca/services/etudiants/spp/
Soutien à l'ensemble de la communauté étudiante pour répondre aux besoins spécifiques des membres issus des Premiers Peuples, que ce soit sur le plan scolaire, personnel ou culturel.

Accompagnement personnalisé des personnes autochtones
www.teluq.ca/site/services/premiers-peuples.php
Rencontres individuelles avec une personne conseillère à la communauté étudiante des Premiers Peuples.

Kwe l'Université!
kwe-universite.teluq.ca
Portail à distance, destiné aux personnes étudiantes autochtones, qui offre des cours préparatoires à l'université, une communauté d'apprentissage et de soutien ainsi qu'un laboratoire collaboratif favorisant la persévérance et la réussite – le tout sans quitter la communauté.

NISKA
portailetudiant.uqam.ca/autochtones/niska
Lieu d'étude, de rencontre et de ressourcement, ainsi qu'un environnement culturellement sécurisant.

Bureau de l'inclusion et de la réussite étudiante (BIRÉ)
bire.uqam.ca/a-propos/mission-et-valeurs
Soutien de la population étudiante dans la réalisation de ses projets d'études; vise également à mobiliser et à accompagner la communauté universitaire dans l'instauration d'une culture d'inclusion qui célèbre la diversité avec respect et ouverture.

Cercle des Premières Nations de l'UQAM
reseaumtlnetwork.com/programmes/cpnuqam
Association étudiante qui a pour mission de rallier les membres des Nations autochtones ainsi que toute personne intéressée par la culture et les réalités que vivent les Premiers Peuples.

Soutien à la réussite des étudiants des Premières Nations
sae.uqac.ca/etudiants-des-premieres-nations
Un service d'accompagnement vers l'acquisition de compétences liées au métier d'étudiant.

Accompagnement pédagogique en SSS

SYNAPSE - IPS (Savoir YNtégrer l'Approche Par CompétenceS dans l'Enseignement)
share.articulate.com/tP0JyeE9eiSCYN0Z5JKXF
Formation asynchrone pour mieux se préparer et pour favoriser l'intégration des personnes étudiantes en sciences infirmières.

Formation à distance en santé
www.uqat.ca/etudes/distance/sante
Foire aux questions sur la méthode d'enseignement, le matériel, les travaux et les examens ainsi que la reconnaissance des acquis.

Pratiques pédagogiques mobilisant les technologies numériques et la simulation pour le développement de compétences en SSS

Compétences relationnelles et de communication
360.articulate.com/review/content/c6861cc2-5a60-40d4-9e87-ce994b3728cb/review
Simulateur numérique portant sur une situation clinique infirmière d'un homme vivant avec le VIH sous antirétroviraux (basée sur l'entretien motivationnel).

Compétences requises dans les interventions éducatives en santé
Scénarios par embranchements : simulation virtuelle en situation authentique en santé mentale et sur les maladies chroniques.

Compétences collaboratives en contexte de soins critiques
Jeu d'évasion en contexte de simulation clinique immersive avec mannequin simulateur de patient.

Familiarisation avec les milieux de stages
Préparer les personnes étudiantes en soins infirmiers aux postes de garde par la vidéo 360 : immersion pour permettre une visite guidée, uniforme à toutes les personnes étudiantes. Permet une évaluation pratique formative impliquant diverses perspectives (professeurs, explication du cheminement par l'étudiant) dans un contexte qui exempt le stress.

Unité virtuelle de soins (UVS)
www.uqar.ca/luniversite/departements/departement-des-sciences-de-la-sante/projet-unite-virtuelle-de-soins-uvs/
Modules de formation pour les membres professionnels de la santé qui souhaitent développer leur expertise en lien avec la surveillance clinique et la collaboration interprofessionnelle.

Espace d'innovation pour découvrir, expérimenter et développer les usages de la réalité virtuelle (VR) et de la réalité augmentée (AR) dans plusieurs domaines, dont les sciences de la santé, où l'utilisation de ces moyens représente un fort potentiel en simulation et en apprentissage expérientiel.

Accompagnement, supervision de stage et évaluation à distance
Diverses pratiques sont intégrées aux différents programmes.

Mentorat assisté par les technologies numériques
Apprentissage des manipulations vertébrales au sein du programme de chiropratique d'une rétroaction immédiate et objective par des mentores sur leur technique grâce à l'intégration du système Force-Sensing Table Technology (FSTT®).

Exploration des technologies immersives en enseignement
Centre d'expérimentation de la réalité virtuelle en enseignement et apprentissage universitaire (CERVEAU)
audiovisuel.uqam.ca/ressources/cerveau

Annexe 21 — Recherche et formation avec, par et pour les Premiers Peuples

Volet recherche et transfert de connaissances

Centre interuniversitaire d'études et de recherches autochtones (CIERA)

Centre d'études pour l'autonomie économique des peuples autochtones (AEPA)

Chaire de recherche du Canada avec les milieux de vie du Nord

Chaire de recherche du Canada en connaissance et transmission de la langue inuite

Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones

Chaire de recherche sur l'autochtonisation de l'enseignement supérieur

Chaire institutionnelle de recherche en santé autochtone et des populations

Chaire UNESCO – La transmission culturelle chez les Premiers Peuples comme dynamique de mieux-être et d'empowerment

Communautés rurales et éloignées en santé (CARES) (Groupes de travail : santé autochtone en situations de crises sanitaires)

École d'études autochtones – UQAT

Groupe de recherche interdisciplinaire sur les affirmations autochtones contemporaines (GRIAAC)

Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG)

Unité mixte de recherche INRS-UQAT en études autochtones

Volet support à l'établissement

Bureau de l'inclusion et de la réussite étudiante dans plusieurs établissements

Service Mamawi Mikimodan (Faire ensemble)

Réalisation et remerciements

Réalisation et remerciements

L'élaboration d'un dossier d'opportunité est un travail collaboratif important. Nous remercions sincèrement l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation du dossier d'opportunité pour le projet de programme de doctorat de premier cycle en médecine de l'Université du Québec. Nous tenons également à souligner et remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux pour son ouverture et sa collaboration dans le partage et l'analyse de ses données.

Direction

Céline Poncelin de Raucourt, vice-présidente, Vice-présidence à l'enseignement, à l'accessibilité et aux francophonies – Université du Québec

Alexandre Parent, directeur, Direction médecine et première ligne – Université du Québec

Comité d'orientation*

Raymond Lalande, président du comité d'orientation du projet de l'UQ, médecin de famille et professeur émérite à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Marie-Hélène Baron, professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke et médecin omnipraticienne à Santé Québec Saguenay–Lac-Saint-Jean - Universitaire

Marie-Pier Clément, étudiante finissante au doctorat en médecine

Éric Drouin, professeur agrégé de clinique retraité à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, gastroentérologue pédiatre et citoyen engagé pour l'équité dans les soins de santé sur la Côte-Nord

Paul Grand'Maison, médecin de famille et professeur émérite à la Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Louise Perreault, pédiatre hospitalière multidisciplinaire à Santé Québec Abitibi-Témiscamingue

Denis A. Roy, médecin spécialiste en médecine communautaire et santé publique

Stanley Vollant, médecin spécialiste en chirurgie et médecin-conseil à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

* Les membres du comité d'orientation ont contribué aux réflexions ayant alimenté le présent document. La mention de leur nom ne constitue pas une approbation de son contenu, de ses conclusions ou de ses recommandations finales, lesquels relèvent de la responsabilité de l'Université du Québec. Ce document ne saurait être interprété comme exprimant leur position personnelle ni celle des organisations auxquelles ils sont associés.

Comité de pilotage

Liette Bernier, présidente du comité de pilotage du projet de l'UQ, consultante experte en santé publique et en organisation des services de santé, cadre supérieure retraitée du réseau de la santé et des services sociaux

Sylvie Boucher de Grosbois, consultante experte du secteur enseignement et recherche universitaire

Jean-Philippe Cotton, consultant expert de la santé et des services sociaux et ancien président-directeur général et cadre supérieur d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Audrey Duchesne, agente de recherche et de liaison du secteur santé et services sociaux, Direction médecine et première ligne – Université du Québec

Marie-Michèle Lemieux, agente de recherche et de liaison du secteur universitaire, Direction médecine et première ligne – Université du Québec

Alexandre Parent, directeur médecine et première ligne – Université du Québec

Céline Poncelin de Raucourt, vice-présidente à l'enseignement, à l'accessibilité et aux francophonies – Université du Québec

Comité de rédaction

Sylvie Boucher de Grosbois, consultante experte du secteur enseignement et recherche universitaire

Laura Dellazizzo, médecin résidente en médecine de famille à l'Université de Montréal et auxiliaire de recherche – Université TÉLUQ

Audrey Duchesne, agente de recherche et de liaison du secteur santé et services sociaux, Direction médecine et première ligne – Université du Québec

Marie-Michèle Lemieux, agente de recherche et de liaison du secteur universitaire, Direction médecine et première ligne – Université du Québec

Contributions significatives au projet

Jean-Sébastien Audet, agent de recherche, Direction de la recherche institutionnelle – Université du Québec

Annie-Claude Banville, directrice, Direction des études, de la formation et du développement académique – Université du Québec

Luc Boisvert, cadre-conseil, Vice-présidence à l'administration, aux finances et à la transformation numérique – Université du Québec

Christian Charrette, directeur, Direction des infrastructures et projets en ressources informationnelles – Université du Québec

Maxime Colleret, chef de cabinet, Bureau de la présidence – Université du Québec

Alain Couillard, agent de recherche, Direction de la recherche institutionnelle – Université du Québec

Dave Doyon, directeur, Direction des ressources financières – Université du Québec

Carl Drouin, consultant expert en première ligne, gestionnaire et coordonnateur de projets

Marie-Claude Hudon, agente de recherche, Direction des études, de la formation et du développement académique – Université du Québec

Sébastien Lacroix, agent de recherche, Direction des études, de la formation et du développement académique – Université du Québec

Stéphanie Larochelle, agente de recherche, Direction des études, de la formation et du développement académique – Université du Québec

David-H. Mercier, directeur, Direction du recensement et des déclarations – Université du Québec

Odette Morin, consultante experte en développement de programme

Mélina Papalampropoulou-Tsiridou, cadre-conseil recherche en santé et services sociaux, Direction de la recherche et du soutien à l'internationalisation – Université du Québec

Jules Racine St-Jacques, adjoint à la vice-présidente, Vice-présidence à l'enseignement, à l'accessibilité et aux francophonies – Université du Québec

Eve-Lyne Rondeau, chargée de projets autochtones, Direction des relations avec les collectivités et les Premiers Peuples – Université du Québec

Aude Séguin, directrice, Direction du soutien aux études et des bibliothèques – Université du Québec

Jean-Philippe Tremblay, directeur, Direction des relations de travail et de la rémunération globale – Université du Québec

Conception, mise en page et révision linguistique

Marie-Eve Cloutier, Direction médecine et première ligne – Université du Québec

Kathleen Lavoie, Direction des communications – Université du Québec

Claudie Méthot, Direction des communications – Université du Québec

Karine Potvin, consultante

Collaborateurs au projet

Les équipes académiques et administratives des établissements universitaires de l'Université du Québec

Toutes les directions de l'Université du Québec – Siège social

Les directions du ministère de la Santé et des Services sociaux

Financement du projet

Fondation de l'Université du Québec

Enseignement supérieur Québec

Santé et Services sociaux Québec

Nous souhaitons également remercier l'ensemble des personnes qui ont participé aux démarches de consultation menées auprès des établissements universitaires de l'Université du Québec et de divers organismes. La liste des organismes consultés figure à la fin du document (voir l'Annexe 2).

Le contenu de ce guide a entièrement été conçu et rédigé par des humains. Ceux-ci ont toutefois pu recourir à l'IA générative (Copilot et Chat GPT business) en soutien à la rédaction.

UQAM | UQTR | UQAC





UQAR | UQO

UQAT | INRS



ENAP

ÉTS | TÉLUQ



Nous sommes

l'Université du Québec

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC