



Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Analyse des facteurs d'attraction,
d'installation et de maintien
de la pratique médicale
dans les régions éloignées du Québec*

RAPPORT FINAL

*Henriette Bilodeau
Nicole Leduc
Nicolas van Schendel*

R06-02

Mai 2006

RAPPORT FINAL

ANALYSE DES FACTEURS D'ATTRACTION, D'INSTALLATION ET DE MAINTIEN DE LA PRATIQUE MÉDICALE DANS LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES DU QUÉBEC

Henriette Bilodeau, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Institut Santé et Société

Nicole Leduc, Ph.D.
Université de Montréal
Groupe de recherche interdisciplinaire
en santé

Nicolas van Schendel, M.Sc.
Université du Québec à Montréal

Décembre 2005

Un rapport abrégé présentant les implications et les principaux résultats de l'étude, de même qu'un aperçu des méthodes de recherche utilisées est disponible.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN-10 : 2-921954-95-8 (version imprimée)
ISBN-13 : 978-2-921954-95-2 (version imprimée)

ISBN-10 : 2-921954-96-6 (PDF)
ISBN-13 : 978-2-921954-96-9 (PDF)

Remerciements

La réalisation de cette étude a été grandement facilitée grâce à l'appui de différentes personnes et des organismes qu'elles représentent.

En premier lieu, nous tenons à remercier tout particulièrement l'ensemble des membres du comité aviseur pour leurs commentaires et suggestions tout au long des étapes qui ont jalonné ce projet. Ce comité était constitué du Dr Pierre Laberge de la FMSQ, du Dr Jean Rodrigue et de Mme Isabelle Savard de la FMOQ, du Dr Joseph-André Luyet du Collège des médecins du Québec, de Mme Marie Cotton de la FMRQ, de Mme Danielle Murray de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, de Mme Lucie Giguère de l'Agence de développement des réseaux locaux de l'Outaouais, ainsi que de Mme Pauline Bégin-Brosseau, Mme Lise Caron, M. Michel Clermont, Mme Manon Paquin et Mme Chantal Bourgault du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Tous ont contribué à valider le processus et les résultats de cette étude.

Par ailleurs, les Drs Mercier en Gaspésie, Guévremont sur la Côte-Nord, Landry et Léger en Abitibi, ainsi que Mmes Élisabeth Larouche en Abitibi et Micheline Anctil sur la Côte-Nord nous ont apporté une aide importante pour le recrutement des médecins en régions. Enfin, Mmes Jeannine Cadotte, Danielle Murray et Andrée-Claude Perry, respectivement de l'Agence de développement des réseaux locaux de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, nous ont assurés de leur aide précieuse au cours des diverses étapes du processus de recrutement.

Finalement, cette étude a été réalisée grâce au financement du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Table des matières

Page

Remerciements	i
Table des matières.....	iii
Principaux messages	xiii
Résumé	xiv
Introduction	1
1. État des connaissances	3
2. Modèle théorique	7
3. Méthodes	10
3.1. Devis	10
3.2. Description et sélection des cas.....	10
3.3. Recrutement et collecte des données	12
3.3.1. Médecins des groupes 1 à 4.....	12
3.3.2. Étudiants et résidents en médecine (groupe 5)	13
3.3.3. Acteurs locaux et régionaux	13
3.4. Description des thèmes et des variables.....	13
3.4.1. Les médecins.....	13
3.4.2. Les étudiants	15
3.4.3. Les acteurs régionaux et locaux	16
3.5. Analyse des données	16
4. Description des participants.....	18
4.1. Les domaines de spécialisation	18
4.2. Les périodes de l'installation et la durée de la rétention	19
4.3. L'âge, le sexe et l'université du diplôme.....	20
4.4. Les stages en région et les bourses.....	22
5. Des médecins demeurés en région.....	23
5.1. L'attraction.....	23
5.1.1. Le contexte personnel et professionnel de la décision	23

5.1.2.	Les mesures incitatives	37
	<i>L'impact relatif des autres incitatifs (rémunération, primes et ressourcement).....</i>	<i>43</i>
5.1.3.	Les déterminants de l'attraction : d'abord une qualité de pratique	47
	<i>Les facteurs en cause</i>	<i>47</i>
	<i>La primauté du facteur professionnel</i>	<i>49</i>
5.2.	L'installation.....	51
5.2.1.	Les circonstances et les modalités du choix.....	52
	<i>Une occasion de franchir le pas</i>	<i>52</i>
	<i>L'intérêt des lieux.....</i>	<i>57</i>
5.2.2.	L'influence des incitatifs financiers	63
	<i>Les bourses d'études et de formation spécialisée.....</i>	<i>63</i>
	<i>La rémunération et les primes</i>	<i>65</i>
5.2.3.	Décider d'un lieu de pratique : les conditions d'exercice et le cadre de vie	67
	<i>L'importance des facteurs professionnels et contextuels</i>	<i>67</i>
	<i>La priorité de l'installation : un bon milieu de travail</i>	<i>69</i>
5.3.	Le maintien.....	72
5.3.1.	L'ajustement et l'intégration au milieu.....	72
	<i>Le milieu de travail : la mesure de ses capacités</i>	<i>72</i>
	<i>Composer avec le milieu de vie.....</i>	<i>88</i>
	<i>La recomposition de l'identité</i>	<i>100</i>
5.3.2.	Les multiples facteurs du maintien	111
	<i>Des facteurs professionnels omniprésents mais jamais seuls</i>	<i>112</i>
	<i>La pratique d'abord, une qualité de vie toujours.....</i>	<i>115</i>
5.3.3.	Les mesures gouvernementales : un soutien réel.....	118
	<i>Des incitatifs financiers profitables</i>	<i>118</i>
	<i>Le «mal nécessaire» du dépannage</i>	<i>120</i>
6.	La comparaison : des médecins ayant quitté les régions ou ne s'y étant jamais installés.....	127
6.1.	L'attraction.....	127
6.1.1.	Les conditions générales : le contexte personnel et professionnel de la décision.....	127
	<i>Les prédispositions personnelles</i>	<i>127</i>
	<i>Un choix de vie professionnelle</i>	<i>130</i>

6.1.2.	L'influence des mesures gouvernementales : de l'exposition aux régions à l'incitation financière.....	133
	<i>Les stages pré et post doctoraux : une influence certaine</i>	<i>133</i>
	<i>La rémunération majorée et autres incitatifs</i>	<i>137</i>
6.1.3.	L'identification et la hiérarchisation des facteurs d'attraction : le choix des régions éloignées.....	139
	<i>Les facteurs en cause dans l'attraction</i>	<i>139</i>
	<i>Un facteur professionnel moins influent</i>	<i>142</i>
6.2.	L'installation.....	144
6.2.1.	Les conditions générales : les circonstances et modalités du choix.....	144
	<i>L'occasion de choisir</i>	<i>144</i>
	<i>L'intérêt des lieux.....</i>	<i>146</i>
6.2.2.	L'influence des mesures gouvernementales : des incitatifs locaux	147
	<i>Les bourses d'études et de formation spécialisée.....</i>	<i>147</i>
	<i>La rémunération et les primes</i>	<i>149</i>
6.2.3.	L'identification et la hiérarchisation des facteurs d'installation : décider d'un lieu de pratique.....	151
	<i>Les facteurs en cause de l'installation.....</i>	<i>151</i>
	<i>La priorité de l'installation : un bon milieu de vie et de pratique</i>	<i>152</i>
6.3.	Le maintien.....	154
6.3.1.	Les conditions générales : l'ajustement au milieu régional.....	154
	<i>L'ajustement au milieu de travail</i>	<i>154</i>
	<i>L'ajustement au milieu de vie : composer avec l'environnement.....</i>	<i>162</i>
	<i>L'ajustement en général : la recomposition de l'identité</i>	<i>164</i>
6.3.2.	L'identification et la hiérarchisation des facteurs à l'étape du maintien ...	167
	<i>Les facteurs en cause dans le maintien</i>	<i>167</i>
	<i>Les motifs premiers du maintien et du départ</i>	<i>168</i>
6.3.3.	L'influence des mesures gouvernementales : les incitatifs du soutien	173
	<i>La rémunération et le ressourcement.....</i>	<i>173</i>
	<i>Les mesures du dépannage et du remplacement</i>	<i>175</i>
7.	Opinion des médecins sur différentes mesures gouvernementales	176
7.1.	Bourses d'étude	176
7.2.	Stages	177
7.3.	Ressourcement	177
7.4.	La rémunération différenciée ou progressive	178

7.5.	Prime de rétention	179
7.6.	Dépannage.....	180
7.7.	Plafonds	180
7.8.	Solutions proposées par les médecins des groupes 1, 2, 3 et 4.....	181
7.8.1.	Mesures financières.....	181
7.8.2.	Vie personnelle	181
7.8.3.	Vie professionnelle	181
7.8.4.	Formation en médecine et formation continue	181
8.	Résultats des groupes de discussions avec les étudiants et les résidents en médecine (groupe 5)	182
8.1.	Description des participants	182
8.2.	Thème 1 : Les rêves de carrière	184
8.2.1.	Définition des rêves de carrière	184
8.2.2.	Quand l'idéal se modifie-t-il ?	185
8.2.3.	L'image du médecin – le médecin comme on le perçoit.....	185
8.2.4.	Les types de pratique envisagée par les étudiants.....	186
8.3.	Thème 2 : Les critères d'établissement de la pratique	186
8.3.1.	Les facteurs liés à la vie personnelle (36 % de toutes les mentions)	187
8.3.2.	Les facteurs liés à la pratique médicale (34% de toutes les mentions) ...	188
	<i>Les facteurs positifs :</i>	189
	<i>Les facteurs négatifs :</i>	189
8.3.3.	Les facteurs liés à la région en tant que telle (17% de toutes les mentions).....	191
8.3.4.	Les facteurs liés au « savoir » et à la mise à jour des connaissances (10% de toutes les mentions)	193
8.3.5.	Les facteurs financiers (2% de toutes les mentions)	193
8.3.6.	Certains facteurs de rétention en régions.....	193
8.4.	Thème 3 : la pratique en dehors des centres universitaires.....	194
8.4.1.	Perceptions inconscientes à l'égard de la pratique en région	194
	<i>Les sentiments ou impressions</i>	<i>194</i>
	<i>La région et la société en régions.....</i>	<i>195</i>
	<i>La vie personnelle</i>	<i>195</i>
	<i>La vie professionnelle.....</i>	<i>195</i>
8.4.2.	Regards concrets sur la pratique en régions.....	196
	<i>Le type de pratique médicale</i>	<i>196</i>

	<i>La formation continue</i>	198
	<i>Les valeurs et sentiments</i>	198
	<i>La qualité de vie</i>	198
8.4.3.	À quel moment fait-on le choix du lieu de pratique ?	198
8.5.	Thème 4 : Les incitatifs à la pratique en dehors des grands centres	199
8.5.1.	Le niveau de connaissance des incitatifs actuels	199
8.5.2.	Les bourses avec contrat de pratique en régions – un avantage ?	200
8.5.3.	Les incitatifs liés à la pratique de la médecine	201
	<i>Trouver des solutions globales à la pénurie récurrente de médecins en régions.</i>	201
	<i>Offrir des ressources technologiques de qualité comme dans les centres universitaires.</i>	201
	<i>Favoriser l'utilisation des technologies à distance de type télé-médecine.</i>	202
	<i>Briser l'isolement des médecins en régions</i>	202
	<i>Lutter contre le découragement et l'épuisement professionnel</i>	202
	<i>La recherche en régions</i>	203
	<i>Des vacances assurées</i>	203
	<i>Le respect des horaires à temps partiel</i>	203
	<i>Les médecins étrangers</i>	203
	<i>Étendre les champs de pratique des infirmières et de certains techniciens spécialisés</i>	203
	<i>Modifier les quotas en médecine familiale.</i>	203
	<i>Mesure à plus long terme : mettre de l'avant la prévention</i>	204
8.5.4.	Les incitatifs liés à la formation	204
	<i>Former les jeunes médecins en régions.</i>	204
	<i>Des stages « obligatoires » en régions pour les médecins en formation.</i>	204
	<i>Un accueil « invitant » de la part des médecins en place lors des stages et des jobs d'été.</i>	205
	<i>La formation continue</i>	205
8.5.5.	Les incitatifs liés aux déplacements - Allouer des billets d'avion	205
8.5.6.	Les incitatifs liés aux régions	205
	<i>Revitaliser les régions</i>	205
	<i>Promouvoir les côtés positifs des régions</i>	206
	<i>Des jobs d'été en régions</i>	206

	<i>Des visites en régions</i>	207
8.5.7.	Les incitatifs financiers.....	207
	<i>Offrir une majoration additionnelle des honoraires professionnels.....</i>	207
	<i>Enlever ou hausser le plafond salarial en régions.....</i>	207
	<i>Des congés de maternité payés</i>	208
	<i>Modification au régime des prêts et bourses du ministère de l'Éducation</i>	208
8.5.8.	Autres incitatifs divers.....	208
	<i>Un gouvernement qui ne changerait pas de cap à chaque élection.....</i>	208
	<i>Des quotas pour favoriser les étudiants qui proviennent des régions</i>	208
	<i>Un contrat clair et net dès l'admission en études de médecine pour tous les étudiants, sans exception.....</i>	208
	<i>Plus de contacts avec des médecins qui pratiquent en régions.....</i>	209
	<i>Un support administratif sur place pour aider la planification des stages et l'obtention de jobs d'été en régions</i>	209
	<i>Du support aux familles</i>	209
	<i>Bonifier le nombre d'années de pratique pour certaines régions plus éloignées ou ayant des problèmes particuliers</i>	209
	<i>Les corridors de service</i>	210
8.6.	Autres données intéressantes.....	210
8.6.1.	L'impact de la formation universitaire sur les choix des étudiants.....	210
8.6.2.	La vie de famille et la pratique de la médecine.....	211
8.6.3.	Les régions : un choix parmi tant d'autres.....	211
8.6.4.	Vous sentez-vous prêt à pratiquer en médecine familiale et en régions?	211
8.6.5.	Des inquiétudes sur leur mobilité future et leur libre choix de la région de pratique.....	212
9.	Résultats des entrevues avec les acteurs locaux et régionaux	213
9.1.	Description des répondants.....	213
9.2.	Région de l'Abitibi.....	213
9.2.1.	Mécanismes locaux de recrutement	213
9.2.2.	L'attraction et l'installation.....	214
9.2.3.	Le maintien	216
9.3.	Région de la Gaspésie	216
9.3.1.	Mécanismes locaux de recrutement	216
9.3.2.	L'attraction et l'installation.....	217

9.3.3. Le maintien	217
9.4. Région de la Côte Nord	218
9.4.1. Mécanismes locaux de recrutement.	218
9.4.2. L'attraction et l'installation.....	218
9.4.3. Le maintien	219
9.5. Conclusions.....	219
10. Discussion et conclusion.....	221
Références.....	233
Annexe 1 Tableau récapitulatif des mesures incitatives québécoises en tant que facteurs potentiels d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées.....	239
Annexe 2 Guide d'entrevue groupe 1	241
Annexe 3 Critères de recrutement des participants aux groupes de discussion.....	255
Annexe 4 Guide de discussion — Groupes d'étudiants en médecine	256
Annexe 5 Catégories d'analyse	259

TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et les régions visées par l'étude.....	18
Tableau 2	Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et les groupes 3 et 4 de l'échantillon.....	18
Tableau 3	Répartition des médecins spécialistes selon les groupes de l'échantillon et les spécialités	19
Tableau 4	Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et la période de l'installation	19
Tableau 5	Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et la durée de rétention	20
Tableau 6	Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et le sexe	21
Tableau 7	Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et l'université du diplôme	22
Tableau 8	Exposition en région avant et pendant la résidence selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation*	22
Tableau 9	Bourses d'études en médecine selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation	23
Tableau 10	Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et les régions d'origine	24
Tableau 11	Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial au moment de la résidence	27
Tableau 12	Répartition des médecins selon leur origine régionale et celle de leur conjoint au moment de la résidence.....	30
Tableau 13	Influence des stages <i>pré</i> doctoraux	38
Tableau 14	Influence des stages <i>post</i> doctoraux (en résidence)	38
Tableau 15	Influence des bourses d'études en médecine selon le domaine de spécialisation.....	41
Tableau 16	Influence de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement selon le domaine de spécialisation.....	44
Tableau 17	Distribution des facteurs d'attraction (seuls ou avec d'autres) selon le domaine de spécialisation	48
Tableau 18	Hiérarchisation des facteurs d'attraction selon le domaine de spécialisation (n = 17)	49

Tableau 19	Influence des bourses d'études en médecine selon le domaine de spécialisation	63
Tableau 20	Influence des bourses régionales selon le domaine de spécialisation	64
Tableau 21	Influence de la rémunération et des primes selon le domaine de spécialisation	65
Tableau 22	Distribution des facteurs d'installation selon le domaine de spécialisation	67
Tableau 23	Hierarchisation des facteurs d'installation selon le domaine de spécialisation (n = 22)	69
Tableau 24	Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial à l'arrivée.....	88
Tableau 25	Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial actuel.....	88
Tableau 26	Répartition des médecins selon l'origine régionale de leur conjoint actuel	89
Tableau 27	Répartition des médecins selon le statut occupationnel du conjoint à l'arrivée et le statut actuel.....	89
Tableau 28	Distribution des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation.....	114
Tableau 29	Hierarchisation des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation	116
Tableau 30	Influence de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement selon le domaine de spécialisation.....	118
Tableau 31	Influence des mesures de dépannage selon le domaine de spécialisation.....	121
Tableau 32	Influence des stages pré et post doctoraux selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	134
Tableau 33	Influence des bourses d'études en médecine selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	136
Tableau 34	Influence de la rémunération et des autres incitatifs selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	138
Tableau 35	Distribution des facteurs d'attraction (seuls ou avec d'autres) selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	140
Tableau 36	Hierarchisation des facteurs d'attraction selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	142
Tableau 37	Influence des bourses d'études en médecine selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	148
Tableau 38	Influence des bourses régionales selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation	149

Tableau 39	Influence de la rémunération et des primes selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	149
Tableau 40	Distribution des facteurs d'installation selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation	151
Tableau 41	Hiérarchisation des facteurs d'installation selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation.....	153
Tableau 42	Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial au moment du départ (groupe 2).....	162
Tableau 43	Distribution des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon	167
Tableau 44	Hiérarchisation des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon.....	169
Tableau 45	Hiérarchisation des facteurs du départ selon le domaine de spécialisation (groupe 2)	170
Tableau 46	Influence de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon	173
Tableau 47	Influence des mesures de dépannage selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon.....	175
Tableau 48	Caractéristiques des participants aux groupes de discussions	183
Tableau 49	Description des participants	213

Principaux messages

Cette étude vise à comprendre le processus décisionnel entourant le choix d'un lieu de pratique afin d'identifier des leviers d'action permettant d'influencer une décision en faveur des régions et assurer une stabilité des effectifs.

Les **mesures incitatives** mises en place par le gouvernement jouent un **rôle important** dans l'attraction, l'installation et le maintien de médecins en régions éloignées et **doivent être maintenues**. Les mesures plus récentes, telles que les primes et le ressourcement, contribuent de façon importante au maintien des effectifs en place. Ainsi, les **mesures reconnaissant l'apport des médecins en place doivent être maintenues et ajustées**. L'ensemble des mesures incitatives, bien que non suffisantes pour garantir des effectifs adéquats de médecins, sont essentielles afin d'assurer un apport minimum d'effectifs sur une base régulière. Les réduire ou les retirer auraient des conséquences sur le recrutement et le maintien. Par conséquent, il serait important de **revoir la décision abolissant la rémunération différenciée** dans le cas des médecins omnipraticiens et des médecins de famille. La **rémunération différenciée est importante** dans l'attrait suscité par les régions éloignées. Les acteurs locaux notent une difficulté accrue à recruter de nouveaux médecins depuis le retrait de cette mesure. Il est donc **essentiel de maintenir un écart important entre** la rémunération en **centres urbains et en régions éloignées** afin de s'assurer que le coût d'opportunité du choix d'un lieu joue pleinement son rôle. Des mesures fiscales particulières favorisant les médecins en régions éloignées pourraient être une alternative aux pénalités souvent plus difficiles à introduire. De plus, les médecins seraient plus sensibles à ce type d'avantage qu'à une hausse de revenu. L'accueil en régions est très important dans le processus décisionnel entourant le choix d'un lieu et d'y demeurer. Il serait donc important de conscientiser et de **soutenir les acteurs régionaux** (agences de développement des réseaux locaux, établissements de santé, équipes médicales, chambres de commerce, ...) dans leur rôle à cet égard en encourageant les initiatives locales visant l'attraction, l'installation et le maintien des effectifs médicaux.

Les **stages de formation pré et post doctoraux en régions** influencent positivement l'attraction, l'installation et le maintien en régions éloignées. Ces stages **devraient être introduits le plus tôt possible dans le cursus médical** afin que les étudiants puissent inclure les régions éloignées parmi l'éventail des lieux de pratique éventuels et faire des choix éclairés en cours de formation relativement aux stages optionnels. En outre, il est impératif de **revaloriser la médecine générale dans le cursus médical** et d'exposer les étudiants à des modèles de pratique générale afin de les ouvrir à une médecine moins spécialisée, ce qui permettrait de développer leur sentiment d'auto-efficacité indispensable à une prise en compte des régions lors du choix d'un lieu de pratique. Cette revalorisation passe en partie par la **réintroduction ou un élargissement de la place accordée à la médecine générale dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les facultés de médecine**.

L'**isolement et la surcharge de travail** sont les deux principaux facteurs de répulsion. Il faut donc maintenir les efforts et améliorer les moyens développés pour **en réduire les conséquences**.

Finalement, les **étudiants et résidents en médecine** sont différents de leurs prédécesseurs. Ils **accordent une place moins grande au travail dans leur vie**. Ils analysent les diverses options de carrière (choix de spécialités, lieu d'exercice, type de pratique,...) en fonction de leurs répercussions potentielles sur le niveau de qualité de vie attendue, celle-ci étant définie en termes de temps pour soi et sa famille. Ils aspirent à consacrer moins de temps à leur pratique professionnelle que leurs aînés. Il est donc **impératif de suivre l'évolution des valeurs personnelles et professionnelles des étudiants et résidents** afin d'être en mesure

d'anticiper **leurs implications sur les effets attendus des mesures gouvernementales et par conséquent, sur l'offre réelle de service à la population** en général ainsi que dans les régions éloignées.

Résumé

En général, les diverses mesures incitatives mises en place par le gouvernement du Québec jouent un rôle important dans l'attraction, l'installation et le maintien de la pratique médicale en régions éloignées et doivent être maintenues.

En effet, les stages pré et post-doctoraux de formation médicale en régions ont une influence certaine sur l'attraction, l'installation et le maintien de la pratique en régions éloignées. Les stages qui ont lieu tôt durant la formation, soit au cours des premières années d'étude, jouent un rôle capital dans l'attraction et dans l'installation en régions, en montrant clairement les conditions d'exercice de la profession. C'est alors que se dessine la possibilité d'une carrière en régions. Ceux qui s'avèrent intéressés dès ce moment auront alors toutes les chances d'orienter leurs études en vue de l'acquisition des habiletés que requière une telle pratique. Au niveau post-doctoral, les stages viennent plutôt confirmer une décision le plus souvent déjà prise (influence dite « *a posteriori* ») et faciliter le choix d'une région ou d'une localité spécifique. Il nous semble donc essentiel de mettre en place des stages systématiques d'exposition à la pratique en régions dès les premières années d'étude.

Les bourses d'étude en médecine et les bourses de formation régionalisée ne rencontrent pas leur objectif premier, qui est d'attirer des étudiants vers la pratique en régions éloignées et de les inciter à s'y installer. Beaucoup les jugent trop contraignantes, alors que les acteurs locaux (agences de développement des réseaux locaux, équipes médicales, établissements de santé) impliqués dans le recrutement et dans la rétention de la main-d'œuvre médicale dans diverses régions les considèrent peu efficaces. En fait, les étudiants qui s'en prévalent ont déjà décidé de pratiquer en régions éloignées et le plus souvent, savent au moment où ils postulent pour la bourse à quel endroit précis ils souhaitent s'installer. La bourse leur sert alors d'encouragement à maintenir leur décision. Dans ce contexte, il semble opportun de les conserver, puisqu'elles s'avèrent intéressantes pour ceux qui décident d'en bénéficier. Par contre, si l'on souhaite les voir remplir pleinement leur rôle véritable, il faut d'une part, qu'elles présentent un avantage nettement compétitif par rapport aux autres options disponibles telles que les bourses du ministère de l'Éducation et d'autre part, que les étudiants en médecine les connaissent véritablement de même que les autres mesures incitatives.

En effet, les étudiants et résidents en médecine connaissent peu les mesures incitatives gouvernementales en général. Il apparaît que l'information relativement aux mesures soit difficile d'accès tant auprès des facultés de médecine que sur les sites du ministère. Il serait souhaitable en premier lieu de développer un réel partenariat avec les facultés de médecine afin que les informations puissent finalement rejoindre les étudiants et résidents en formation. En deuxième lieu, il faudrait créer un guichet d'information unique s'adressant aux étudiants en médecine du Québec présentant l'ensemble des mesures, leurs conditions et leurs modalités d'accès dans les diverses régions.

La rémunération majorée présente un attrait pour plusieurs médecins, étudiants et résidents en médecine, mais serait pour la plupart d'entre eux non déterminante de leur décision de s'installer en régions éloignées. Seuls les médecins spécialistes y ont vu un motif d'installation suffisant, dans le contexte de la rémunération différenciée (maintenant abrogée). Les acteurs locaux observent que le retrait de la rémunération différenciée a un impact négatif sur le recrutement de nouveaux médecins. Pour ce qui est du maintien de la pratique en régions éloignées, la rémunération majorée y joue un rôle direct, à la fois en termes d'influence positive qu'*a posteriori*. Dans un tel contexte, il nous apparaît judicieux de maintenir un écart significatif dans la rémunération des médecins entre les régions urbaines et éloignées, afin que le coût opportunité de demeurer en centres urbains soit suffisamment élevé pour favoriser les régions.

Les primes de rétention sont jugées positivement et vues par les médecins établis comme un juste encouragement au maintien de leur pratique. Cette opinion est partagée par les acteurs locaux qui souhaiteraient voir étendre cette mesure aux médecins généralistes. Les primes de rétention doivent donc être maintenues pour les spécialistes et gagneraient à être appliquées aux médecins généralistes.

Chez les médecins demeurés en régions, les mesures du dépannage et du remplacement permettent soit de maintenir la pratique en régions chez ceux qui, autrement, peuvent difficilement en supporter la charge (influence positive), soit de faciliter les conditions de cette pratique chez ceux qui, même sans ce soutien, savent s'en accommoder (influence *a posteriori*). Bien que plusieurs jugent le dépannage essentiel, d'autres se montrent extrêmement critiques à leur endroit, déplorant leur mauvaise gestion - en termes d'accessibilité limitée pour de petits effectifs - ou encore le manque d'implication des médecins remplaçants.

La rémunération majorée discutée plus haut n'est pas suffisante en soi pour assurer à long terme le maintien de la pratique en régions éloignées. Les conditions de travail doivent de surcroît être acceptables. En effet, la rétention passe par les conditions d'exercice de la profession, qui en sont les principaux déterminants.

Parmi les conditions d'exercice de la profession, les relations professionnelles occupent une place prépondérante, notamment en ce qui a trait au climat de travail, à l'absence de hiérarchie, à la solidarité entre collègues et avec les autres professionnels, à l'esprit de collaboration et à l'environnement de travail personnalisé. À l'opposé, plusieurs lacunes à ces divers niveaux sont mises de l'avant comme déterminants du départ, de concert avec l'isolement professionnel. Plusieurs médecins qui mentionnaient avoir eu un faible sentiment d'auto-efficacité à la fin de leurs études, ont d'ailleurs mis en lumière le rôle crucial du support des collègues en régions dans leur ajustement aux conditions de travail. L'étude a fait ressortir la fragilité des relations professionnelles suite à l'instabilité des effectifs, de même que leur rôle « tampon » à l'égard des difficultés liées à la rareté des ressources médicales, à la gestion du programme de dépannage et aux difficultés qu'ont certains médecins à établir des réseaux durables de conseils professionnels à l'extérieur de leur région. Par ailleurs, la disponibilité des équipements et des ressources en général n'apparaît problématique, dans la mesure où les médecins qui ont réussi à maintenir une pratique à long terme disent s'être ajustés à l'équipement disponible de même qu'aux difficultés liées à l'obtention de nouvel équipement.

Ce sont là les principales conclusions d'une étude visant à comprendre le processus décisionnel entourant le choix d'un lieu de pratique, soit les décisions relatives à l'attraction, à l'installation et au maintien d'une pratique médicale en régions éloignées, ceci afin d'identifier

les principaux leviers permettant d'influencer ce processus en faveur des régions éprouvant des problèmes récurrents de recrutement et de rétention des effectifs.

L'étude s'est appuyée sur une approche qualitative avec pour devis l'étude de cas multiples. Les cas sont constitués de médecins, de résidents et étudiants en médecine, de même que d'acteurs locaux impliqués dans le recrutement de médecins dans leur région. Quatre groupes de médecins ont participé à l'étude : des médecins ayant réussi à maintenir une pratique en régions pour 8 ans ou plus, des médecins ayant séjourné en régions pour une période de temps variable, mais inférieure à 8 ans, des médecins issus de régions éloignées mais ayant choisi de ne pas s'y installer et enfin, des médecins originaires des grands centres et ne s'étant pas installés en régions. Trois régions éloignées ont été retenues, soient l'Abitibi, la Gaspésie et la Côte-Nord, à l'exclusion du Témiscamingue, la Basse-Côte-Nord et les Îles-de-la-Madeleine.

L'étude a également fait ressortir que la pratique en régions éloignées comporte des qualités indéniables, pourtant souvent négligées, soient : l'autonomie, la diversité des activités professionnelles, la prise en charge globale des patients, la possibilité de pratiquer une véritable médecine de famille ou, pour les spécialistes, de deuxième ligne, de même que, en ce qui concerne les rapports avec les autres professionnels, l'absence de hiérarchie et la convivialité. Il importe donc de bien mettre de l'avant ces attributs lors de la promotion de la pratique en régions.

L'étude a montré aussi qu'il importe de revaloriser la pratique de la médecine familiale, compte tenu de la piètre considération que lui accordent certains patrons et des pressions exercées à l'égard d'une formation spécialisée rapportées par maints médecins, résidents en médecine et étudiants lors de leur formation médicale. L'une des façons peut être de faire valoir les attributs mentionnés plus haut, qui sont non seulement le propre de la médecine familiale mais tout particulièrement de celle qui s'exerce en régions.

L'accueil en régions lors des stages et des visites joue un rôle capital, dans la mesure où les avantages spécifiques d'un lieu sont surtout évalués par rapport aux conditions de la pratique, notamment le dynamisme de l'équipe médicale, le soutien offert par celle-ci au nouvel arrivant potentiel, la disponibilité générale des ressources spécialisées en termes de soutien éventuel apporté par les autres (compte tenu des effectifs en place) et la possibilité de pratiquer suivant ses attentes ou de relever des défis. Il est donc important d'informer et de conscientiser les médecins et les équipes médicales en régions du rôle qu'ils tiennent dans la décision des candidats de choisir leur région. La création d'un programme de mentorat pour l'année d'arrivée pourrait favoriser une intégration à la fois sur le plan professionnel et personnel du nouveau médecin dans la région.

Outre les facteurs reliés aux attentes à l'égard de la profession et aux conditions d'exercice de la profession, l'étude a permis de souligner l'importance que revêt l'opportunité de carrière pour le conjoint, quel que soit son genre, en régions d'abord puis spécifiquement dans la localité envisagée en tant que condition essentielle d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique. Dans ce dernier cas, l'ajustement du conjoint et de la famille aux conditions de vie et à l'environnement particulier des régions est important, mais reste secondaire aux conditions de travail en tant que facteur de maintien.

Enfin, la qualité de vie s'est avérée un enjeu important de l'ajustement au milieu régional en général et du sentiment de s'y «réaliser». L'atteinte d'une telle qualité de vie passe par la possibilité de négocier un équilibre entre la vie au travail et celle à l'extérieur. Cet équilibre peut également être entrevu sous l'angle de la compensation de certaines conditions lourdes de la

pratique (par exemple, la charge de travail), par des conditions «ressourçantes» du milieu de vie. Dans tous les cas, l'équilibre à atteindre fait appel à la capacité de s'adapter à certaines conditions du milieu en vie, d'y «faire son bonheur». La vaste majorité des répondants, tant hommes que femmes, tant médecins pratiquant depuis plusieurs années que résidents et étudiants en médecine, ont rapporté accorder une très grande importance à la qualité de vie personnelle et familiale. Cette qualité est définie de diverses façons, le plus souvent comme la qualité de la nature environnante, la diminution du temps de transport entre le travail et la maison et le temps de loisir. Elle est souvent considérée comme un attribut propre aux régions éloignées. Par conséquent, il nous apparaît opportun de mettre clairement ces attributs en valeur de façon générale pour les régions et plus spécifiquement pour chaque localité.

Introduction

Depuis l'introduction du régime d'assurance-maladie au début des années '70, le gouvernement du Québec a joué un rôle très actif dans l'orientation du système de santé. Partant de l'observation que les médecins jouent un rôle déterminant dans la dynamique d'évolution du système de santé, il a mis en œuvre toute une politique de planification de la main-d'œuvre médicale. Il a en particulier introduit trois grands types de mesures, soient : 1) des mesures visant à contrôler le rythme de croissance globale des effectifs médicaux ; 2) des mesures visant à modifier la structure professionnelle (répartition omnipraticiens/ spécialistes et distribution entre les spécialités) ; et 3) des mesures visant à améliorer la répartition géographique. Ces mesures ont eu pour effet de réduire de façon considérable le taux annuel de croissance des effectifs médicaux et de ramener la proportion des médecins spécialistes de 60% à 50% (1,2,3). Elles ont également amélioré de façon significative la répartition géographique des omnipraticiens, mais ont eu peu d'effet sur la répartition des spécialistes (4).

Ainsi, depuis plus de 30 ans, le gouvernement du Québec a instauré de façon successive une série de mesures afin d'attirer les médecins à pratiquer en régions éloignées, de favoriser leur installation puis le maintien de leur pratique, une fois installés. Ces mesures sont résumées à l'annexe 1, de même que leurs effets potentiels sur l'attraction, l'installation et le maintien. Les mesures négociées avec les fédérations médicales sont constituées pour la plupart d'incitatifs financiers touchant directement ou indirectement le revenu des médecins omnipraticiens et spécialistes et varient selon que les besoins à combler sont propres à des régions éloignées. Il en est de même pour certaines mesures non négociées, telles que les primes d'installation. Cependant, celles-ci comportent en général, un caractère davantage volontaire et individuel, consistant principalement en des bourses d'études et des stages de formation pré- ou post-doctorale.

Malgré la mise en place de ces mesures, certains problèmes perdurent dans la répartition géographique des effectifs. En effet, la plupart des régions ont toujours de la difficulté à combler leurs besoins en ressources médicales et à atteindre leurs objectifs de croissance et ce, tant au niveau des médecins omnipraticiens que des spécialistes, sans compter les départs de spécialités « essentielles » auxquelles certaines régions doivent faire face sporadiquement. Ce problème est loin d'être propre au Québec, de nombreux États à travers le monde font face aux mêmes difficultés et mettent en place diverses interventions en vue de le solutionner. Bien que des facteurs d'ordre personnel, professionnel et contextuel aient été identifiés dans la littérature au cours des années, nous ignorons toujours comment ces facteurs interviennent et surtout interagissent dans le processus conduisant le médecin à être attiré par une pratique en régions éloignées, ni comment ils favorisent ou, au contraire, nuisent au passage de la simple attraction envers un lieu potentiel à son installation, puis de son installation au maintien à long terme de sa pratique médicale en régions éloignées. Par ailleurs, les divers changements survenus au cours des dernières années dans la profession médicale, le système de santé et, plus généralement, la société québécoise laissent croire que de nouveaux facteurs sont susceptibles d'agir tels que, par exemple, une plus grande importance accordée à la qualité de vie et aux temps de loisirs chez les plus jeunes, la féminisation accélérée de la profession médicale et ses répercussions sur le conjoint, sur les attentes par rapport à la profession et sur le type de pratique, les pénuries de professionnels de la santé, les nouvelles technologies rendant le travail à distance possible, etc. De plus, le rôle joué par les diverses mesures incitatives dans la dynamique du choix et du maintien d'un lieu de pratique demeure peu étudié. Enfin, les

mécanismes d'utilisation des mesures incitatives par les médecins restent peu connus, peu de travaux les ayant examinés de façon exhaustive.

Objectifs de l'étude

Cette étude poursuit trois objectifs :

1. Identifier les principaux facteurs d'ordre personnel, professionnel et contextuel influençant l'attraction, l'installation et le maintien des médecins omnipraticiens et spécialistes en régions éloignées.

Ce premier objectif vise à documenter comment les facteurs identifiés dans la littérature agissent, de nos jours, sur les décisions des médecins concernant la pratique en régions éloignées. Il vise aussi à identifier de nouveaux facteurs susceptibles d'influencer leurs décisions relativement au choix du lieu de pratique, compte tenu des changements qu'ont connus le système de santé, l'organisation des soins et services de santé, la profession médicale, les régions et plus généralement la société québécoise.

2. Connaître l'articulation de ces facteurs et la contribution de chacun dans l'attraction, l'installation et le maintien des médecins omnipraticiens et spécialistes en régions éloignées.

Ce deuxième objectif consiste à apprécier l'importance des facteurs qui auront été identifiés ci-dessus et à comprendre comment s'exerce leur influence sur l'attraction des médecins à l'égard de la pratique en régions éloignées, ainsi que sur les décisions qu'ils prennent relativement à leur installation, puis au maintien dans ce lieu de pratique. Ainsi, il s'agira de déterminer la logique sous-jacente au choix et au maintien d'un lieu de pratique, par les médecins omnipraticiens et spécialistes, aux divers stades de leur formation médicale et de leur pratique professionnelle.

Parmi les facteurs considérés, nous examinerons le rôle joué par les différentes mesures incitatives, mises en place par le ministère de la santé et des services sociaux et les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, sur l'attraction, l'installation et le maintien des médecins omnipraticiens et spécialistes en régions éloignées aux divers stades de leur formation médicale et de leur pratique professionnelle. Cette analyse nous permettra de mieux comprendre les mécanismes d'utilisation des mesures incitatives et de situer celles-ci parmi l'ensemble des facteurs influençant les décisions relatives au choix et au maintien de la pratique médicale en régions éloignées.

3. Décrire et documenter le rôle joué par les acteurs locaux et régionaux sur l'attraction, l'installation et le maintien des médecins omnipraticiens et spécialistes en régions éloignées, à partir de leur point de vue et de celui des médecins.

Par ce dernier objectif, nous comptons décrire les mécanismes et méthodes de recrutement retenus afin d'influencer l'attraction, l'installation et le maintien des médecins les régions désignées.

1. État des connaissances

Généralement, le choix du lieu de pratique est traité en termes de « motivation à aller vers un lieu » ou d'attraction et d'installation (5-9), de « motivation à demeurer dans un lieu » (10-12,45) ou de maintien et finalement, de façon moins fréquente, de « motivation à quitter un lieu » de pratique (13-15). Ces « motivations » ont traditionnellement été investiguées par le biais de trois catégories de facteurs, à savoir les facteurs personnels, professionnels et contextuels ou environnementaux. Les motivations à choisir un lieu de pratique associées indifféremment au phénomène d'attraction et d'installation seraient surtout conditionnées par des facteurs personnels (9,16), les facteurs professionnels occupant la seconde place dans cette décision. Quant aux motivations à demeurer dans un lieu, elles correspondent au phénomène de maintien. Celles-ci seraient davantage tributaires de facteurs professionnels et contextuels (10, 14). Finalement, les motivations à quitter un lieu de pratique, que nous considérons être un échec au maintien, sont expliquées principalement par des facteurs professionnels (13,15). Les connaissances actuelles révèlent d'une part, que les variables considérées dans les études pour comprendre l'influence des facteurs personnels, professionnels et contextuels se recoupent grandement et que celles-ci n'agissent pas toujours dans le même sens et n'ont pas la même importance selon le stade où en est le médecin dans le processus décisionnel relatif au choix d'un lieu de pratique (65,66).

Les facteurs personnels sont définis dans la littérature par les variables suivantes :

- 1) l'âge (5,8,10,14,17-19) est généralement associé négativement à l'attrait et à l'installation en régions éloignées, bien que l'étude de Easterbrook et coll. (1999) n'ait trouvé aucune association significative entre l'âge et la décision d'installation et de maintien de médecins spécialisés en médecine familiale en régions éloignées;
- 2) le genre (8,10,14,17-24) suggère que les femmes médecins sont moins attirées et s'installent moins en régions éloignées que leurs collègues masculins. Cependant cette différence s'estompe une fois installée puisque des études (6,14) ne notent aucune différence significative au niveau du maintien en région;
- 3) l'université d'obtention du diplôme de médecine (10,17,20,23,25-28), bien que significativement liée à l'attrait et à l'installation de médecins en régions, se révèle peu concluante au niveau du maintien de la pratique (10,19);
- 4) le lieu et le type de formation lors de l'internat et la résidence (17,18,26) ou avoir fait un stage de formation en milieu rural (6-10,29,30) influencent positivement l'attraction et l'installation mais ne s'avèrent pas concluant pour le maintien des médecins en régions (6);
- 5) la taille du lieu d'origine du médecin (8,10,18,26,31-35,45) est associée à un plus fort attrait ainsi qu'à une plus grande propension à s'installer en régions éloignées chez les médecins originaires de petites communautés cependant, au niveau du maintien de la pratique en régions, les rares études à ce jour sont contradictoires sur le rôle de ce facteur (6,10);
- 6) une connaissance antérieure de la région ou des habitants (10,36-38) se révèle un facteur influent au niveau de l'attraction et de l'installation dans une région, nous ignorons cependant l'impact de cette variable sur le maintien de la pratique dans ce lieu;
- 7) le conjoint, plus particulièrement sa région d'origine, ses préférences à l'égard du milieu de vie et la possibilité de poursuivre sa carrière en région (8,10,20,21,37,39,40,45), ont été largement investigués par les auteurs et tous s'accordent sur leur importance tant au niveau de l'attraction et l'installation que du maintien de la pratique en régions éloignées; l'effet sur le maintien a cependant été beaucoup moins investigué;

- 8) la présence de liens familiaux ou amicaux (10,37,41) s'avère associée tant à l'attraction et à l'installation qu'au maintien de la pratique médicale en régions éloignées;
- 9) la langue d'usage du médecin (5,10,20,21) lorsqu'il s'agit de l'anglais est un frein à l'attrait que peuvent représenter les régions éloignées; finalement,
- 10) la situation financière au moment des études ou l'endettement lors de la formation ne semblent pas avoir d'influence sur le lieu de pratique (42), mais peu de travaux s'y sont intéressés.

En somme, le choix d'une région éloignée serait lié au genre et à tout un ensemble de facteurs dont le dénominateur commun est une connaissance antérieure de la région ou de ce type de région, résultant de la formation ou de liens personnels, amicaux ou familiaux. La présence d'un conjoint s'avère également un facteur non négligeable, dont l'importance est constante et contribue avec le temps à modifier la situation familiale qui peut alors influencer les facteurs qui seront pris en considération dans le maintien.

Les facteurs professionnels sont définis pour leur part comme suit :

- 1) la spécialisation (10,17-20,23,43-45) ou détenir une spécialité médicale est associée négativement à l'attraction et à l'installation en région toutefois, il s'avère qu'une fois installé, le médecin spécialiste présenterait une plus grande stabilité (maintien) comparativement au médecin omnipraticien (19,20);
- 2) le mode de pratique (10,17,46-49), plus spécifiquement la possibilité de pratiquer à l'intérieur d'un groupe, influence positivement tant au niveau de l'attrait et de l'installation que du maintien en régions éloignées;
- 3) la possibilité de pratique en réseau (50) s'avère pour les médecins spécialistes un élément influençant positivement l'attraction, l'installation et le maintien en région;
- 4) les activités professionnelles (10,19,51) hors cabinet privé telles que les soins aux patients hospitalisés, l'administration, etc. lorsqu'elles occupent une part importante auraient un effet négatif sur le maintien de la pratique en régions éloignées (19), cette variable peut également être assimilée à la charge de travail qui, dans l'étude de Bilodeau (1986), s'avère un motif explicatif du non-maintien;
- 5) le nombre d'omnipraticiens et spécialistes (15,20,21,22,36) est utilisé en tant que variable proxy faisant référence au concept de « masse critique » jugée nécessaire par les répondants pour leur pratique médicale, un nombre élevé favorisant l'attraction, l'installation et finalement le maintien en régions. Toutefois, une étude vient contredire en partie ces résultats dans le cas des omnipraticiens, pour qui une présence élevée d'omnipraticiens jouerait en défaveur de l'installation (22);
- 6) la distance du centre universitaire (10,20,43,52,53) est inversement associée à l'attrait, l'installation et le maintien de la pratique dans cette région;
- 7) le revenu (8,21,25) et la rémunération différenciée (54) ainsi que la satisfaction avec la pratique et avec le revenu (13) sont tous associés positivement à l'installation des médecins omnipraticiens en régions éloignées;
- 8) la possibilité de ressourcement professionnel et le remboursement des déplacements pour de la formation médicale continue sont des mesures influençant positivement l'attraction envers les régions éloignées, tant pour les omnipraticiens que les spécialistes (20); de plus, elles contribueraient positivement au maintien de ces effectifs (10);
- 9) la disponibilité des équipements et l'aménagement physique des lieux jouent un rôle tant au niveau de l'attrait, de l'installation que du maintien de la pratique en régions éloignées (10,45);
- 10) les bourses de formation en échange d'années de pratique en régions désignées présentent actuellement des résultats contradictoires quant au maintien des médecins en régions (10,18);

- 11) les conflits professionnels ou le climat de travail peuvent contribuer de manière significative à une remise en question du lieu de pratique (10).

En résumé, tel que vu dans la littérature, les facteurs professionnels agissant sur le choix d'un lieu de pratique sont principalement de nature à assurer au médecin un support lui garantissant une certaine charge de travail et surtout, de ne pas être isolé professionnellement (réseau, formation continue, etc.).

Les facteurs contextuels sont examinés par les variables suivantes :

- 1) la population (taille ou ratio médecin/population) (5,8,10,22,35,43,51-53,55), principalement explicative de l'installation, s'avère également prédictive du maintien des médecins en régions;
- 2) le revenu moyen de la population (10,18,19,43) est positivement associé à l'attraction et à l'installation des médecins, toutefois les résultats des études sont contradictoires quant à l'influence de ce facteur sur le maintien en poste des médecins (10,19);
- 3) le niveau de scolarité de la population (20,56,57) apparaît principalement associé à l'attraction (21);
- 4) la présence et la variété des attraits socio-culturels s'avèrent jouer en défaveur des régions éloignées qui deviennent moins attrayantes et peuvent aller jusqu'à influencer négativement le maintien en région (10,45);
- 5) les attraits récréatifs et sportifs (5,8,10,36,45,46,51,58) plus présents et variés contribuent pour leur part à rendre plus attirant ces lieux éloignés et favorisent le maintien de certains médecins en région;
- 6) la présence de nombreux services (aérogare, université, etc.) apparaissent contribuer au maintien des médecins en place (10);
- 7) le climat et la qualité de l'air ne se révèlent pas significativement associés à l'attraction pour les régions éloignées(10);
- 8) la qualité du système d'éducation pour les enfants (8,10,21), plus particulièrement déterminé par la possibilité de poursuivre une formation primaire, secondaire et collégiale contribuerait à l'installation dans un lieu de pratique.

Il semble donc que les facteurs contextuels généralement investigués dans la plupart des études soient des proxys d'une certaine garantie du niveau de la qualité de vie que les médecins pourraient espérer retrouver une fois en régions. Par exemple, la taille de la communauté, son revenu moyen et les infrastructures scolaires sont des variables servant à apprécier indirectement la présence d'une gamme de services plus variés sur le plan culturel et récréatif, ainsi que de commodités et de produits de consommation d'usage courant ou plus spécialisés, tels que épiceries fines, technologie, etc.

Trois constats ressortent de cette recension des écrits.

Tout d'abord, les études dans le domaine ne font pas toujours une distinction claire entre les facteurs d'attraction et d'installation, ce qui cause de la confusion quant à la contribution de ces variables à chacun de ces phénomènes. À notre avis, l'attraction, l'installation et le maintien de la pratique en régions éloignées et isolée réfèrent à trois phénomènes distincts dans la dynamique sous-jacente au choix d'un lieu de pratique. Cette distinction conceptuelle n'est pas toujours présente dans la littérature scientifique, de telle sorte qu'il est parfois difficile d'identifier clairement les principaux facteurs qui influencent l'un ou l'autre de ces phénomènes.

Ensuite, dans nombre d'études, la distinction entre les médecins omnipraticiens et spécialistes n'est pas toujours présente. Lorsqu'elle l'est, la spécialisation n'est examinée le plus souvent

que pour distinguer les omnipraticiens des spécialistes. Il est possible que les facteurs influençant ces phénomènes soient différents chez les omnipraticiens et chez les spécialistes, c'est-à-dire que le fait d'avoir ou non une spécialité interagissent avec les autres facteurs et ait donc non seulement un effet indépendant mais bien un effet d'interaction sur l'attraction, l'installation et le maintien de la pratique en régions éloignées. En outre, l'effet du type de spécialité n'est que rarement pris en compte et aucune étude n'a regardé, spécifiquement parmi les médecins spécialistes, quels étaient les mécanismes par lesquels ceux-ci choisissaient leur lieu de pratique. Or, il apparaît plausible de présumer que les divers types de spécialistes auraient des motivations et des besoins différents les uns des autres, en plus des différences existant avec les omnipraticiens et ce, en ce qui concerne autant l'attraction, l'installation que le maintien en régions.

Finalement, notre dernier constat concerne la façon traditionnelle de définir les facteurs personnels, professionnels et contextuels ou environnementaux. Sous ces catégories se retrouvent des variables fort différentes, associées à l'identité individuelle (âge, genre, langue, origine, etc.), à l'identité professionnelle (université d'obtention du diplôme, spécialisation, formation pré- ou post-doctorale en régions, etc.), aux attentes en rapport avec le milieu professionnel et le milieu de vie, ainsi qu'aux conditions d'exercice de la profession (telles que le revenu et la charge de travail) et de vie (attraits socio-culturels, revenu de la communauté, etc.) retrouvées après l'installation. Non seulement les variables traditionnellement investiguées ne présentent-elles pas toutes le même potentiel d'intervention, mais en outre elles ne sont pas nécessairement impliquées de la même façon dans les trois phénomènes et dans la dynamique qui les relie. Il importe alors d'examiner plus finement les mécanismes d'action impliqués aux divers stades décisionnels, afin de mieux comprendre quels sont les facteurs en jeu et ainsi dégager des pistes d'intervention mieux ciblées.

Compte tenu de la somme des connaissances existantes, des lacunes observées au niveau de l'articulation des facteurs et de la spécificité des phénomènes étudiés, de l'évolution rapide du contexte québécois au cours des dernières années, il nous apparaît important de cerner l'ensemble des facteurs actuellement en jeu dans le processus entourant la décision du lieu de pratique et de comprendre leurs interrelations. Par ailleurs, les divers changements survenus au cours des dernières années dans la profession médicale, le système de santé et, plus généralement, la société québécoise laissent croire que de nouveaux facteurs sont susceptibles d'agir et méritent être documentés.

2. Modèle théorique

Dans cette étude, nous définissons *l'attraction* comme une attitude positive à l'égard de l'exercice de la médecine en régions éloignées, sans que cette attitude favorable ne conduise nécessairement à une installation. *L'installation* en régions éloignées, quant à elle, consiste en l'actualisation de l'attraction et constitue l'aboutissement d'une décision concernant le lieu de pratique. Finalement, *le maintien* de la pratique médicale en régions éloignées représente le choix délibéré de demeurer dans ce lieu de pratique après en avoir expérimenté les diverses facettes. Il résulterait d'un processus complexe d'ajustement au travail, à la société et, plus généralement, à l'environnement d'accueil.

Le concept d'ajustement réfère à l'appréciation que fait un individu de sa situation en termes de niveau d'atteinte de ses demandes à l'égard de son travail, du milieu dans lequel il vit et de son environnement ou encore envers lui-même. Plus précisément, cet ajustement subjectif serait l'aboutissement d'un processus dynamique, où l'ajustement à un moment donné dans le temps résulterait des modifications apportées activement par l'individu ou passivement acceptées afin d'atteindre ou de maintenir un état dans lequel il éprouve un niveau de satisfaction qu'il considère adéquat (67).

Ce concept est utilisé dans la littérature sur l'ajustement domestique et international. Ces deux domaines de recherche dans la gestion des ressources humaines portent sur les facteurs favorisant le maintien à long terme des personnels dans de nouvelles organisations ou dans un nouvel environnement de travail situé au sein du même pays ou de la même région (ajustement domestique) ou encore, à l'étranger (ajustement international ou trans-culturel), suite à un transfert ou à l'obtention d'un nouvel emploi (68). Plusieurs études ont démontré que l'ajustement au travail, à la société et à l'environnement général serait un prédicteur important de l'intention de partir des personnels et du taux de roulement (68).

Nous émettons l'hypothèse que la décision des médecins de maintenir leur pratique médicale en régions éloignées résulterait de leur ajustement au travail, au milieu de vie et à l'environnement général. Le modèle théorique que nous avons développé met en relation les principaux facteurs identifiés dans l'état des connaissances comme influençant les phénomènes d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale en régions éloignées. Il est illustré à la figure 1. Les facteurs sont regroupés en deux blocs principaux, selon qu'ils ont trait à la situation antérieure à l'installation en régions ou postérieure.

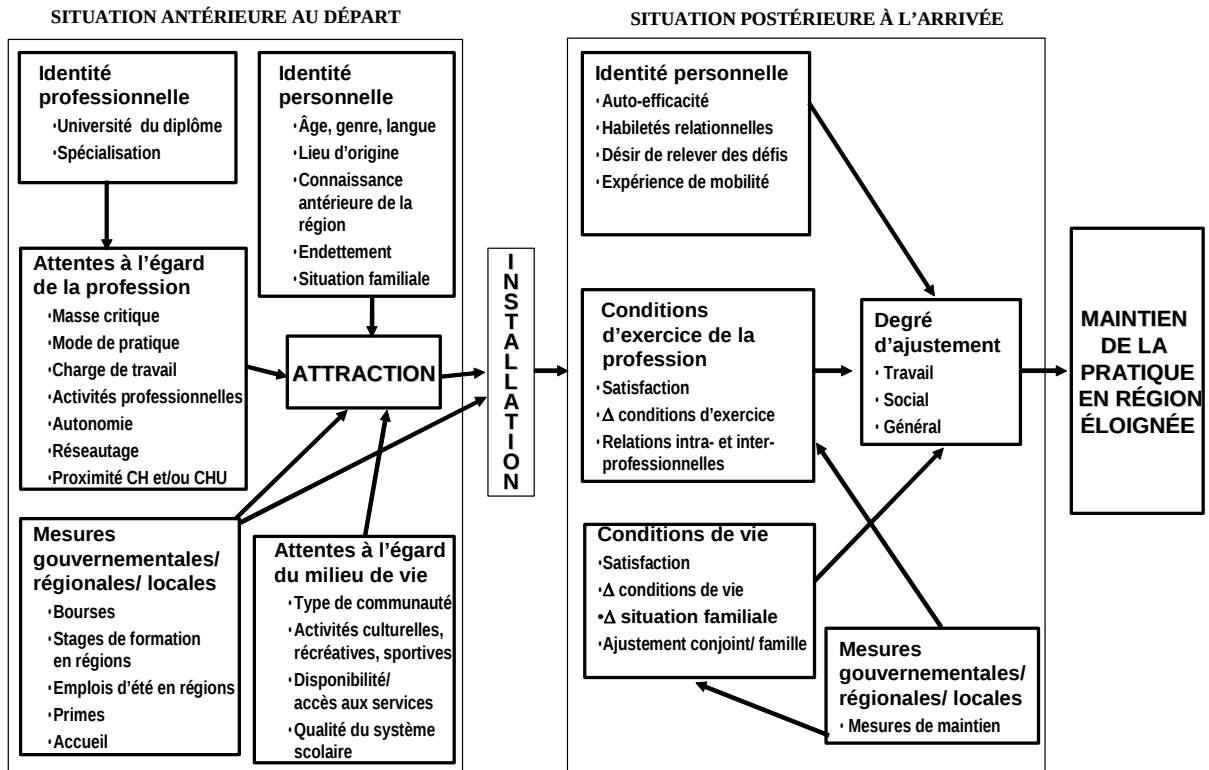
Parmi les facteurs caractérisant la situation antérieure au départ vers les régions éloignées, nous retrouvons ceux susceptibles d'influencer l'attraction, puis l'installation. En ce qui concerne tout d'abord l'attraction, le modèle postule que ce phénomène résulterait de l'effet direct de quatre blocs de facteurs, à savoir : l'identité personnelle, les attentes à l'égard de la profession, celles envers le milieu de vie et les mesures gouvernementales, régionales ou locales. L'identité professionnelle, composée de l'université du diplôme et de la spécialisation, influencerait indirectement l'attraction par l'intermédiaire des attentes qu'elle suscite à l'égard de la profession. Les mesures incitatives consistent en les bourses de formation médicale pré ou post-doctorale, les stages de formation en régions, les emplois d'été en régions, de même que l'accueil qui est réservé aux futurs professionnels ou aux médecins lors d'emplois ou de stages en régions. Ces mesures sont vues comme influençant directement l'attraction et l'installation.

Le phénomène d'installation a été conceptualisé dans cette étude, tel que mentionné précédemment, en tant qu'actualisation de l'attraction par le biais du choix d'un lieu spécifique de pratique. Il découlerait par conséquent de l'effet indirect des facteurs d'attraction, de même que de celui, direct, des mesures gouvernementales notamment en termes de résultante de certains lieux de stages ou d'emplois d'été et de l'accueil.

La situation postérieure à l'installation en régions éloignées comprend un ensemble de facteurs caractérisant le processus conduisant de l'installation dans un lieu spécifique de pratique en régions éloignées au maintien de la pratique à cet endroit à long terme. Tel que précisé ci-dessus, nous formulons l'hypothèse que le maintien de la pratique médicale résulte directement du degré d'ajustement des médecins au travail, à la société et à l'environnement. Trois groupes de facteurs influenceraient directement le degré d'ajustement, soient l'identité personnelle, les conditions d'exercice de la profession et les conditions de vie.

Parmi les facteurs inhérents à l'identité personnelle, nous retrouvons l'auto-efficacité perçue par les médecins, c'est-à-dire la confiance qu'ils ont dans leur capacité à accomplir ce qui est requis ou attendu d'eux, de même que les habiletés relationnelles, plusieurs études dans le domaine de la gestion des ressources humaines ayant conclu à l'effet de ces facteurs sur le degré d'ajustement (68). Le désir de relever des défis est mentionné par certains médecins et professionnels des milieux décisionnels comme un attribut prévalant chez nombre de médecins choisissant de pratiquer en régions éloignées. Afin de tester cette hypothèse, nous avons choisi de l'inclure dans les facteurs d'identité personnelle en tant que trait de personnalité facilitant potentiellement l'ajustement aux conditions de travail, au milieu de vie et à l'environnement propres aux régions éloignées. L'expérience de mobilité sera investiguée, en termes de nombre de lieux de pratique passés, de durée de séjour à chaque endroit et de motifs de départ. L'expérience de mobilité est examinée ici à titre exploratoire suite à nos travaux sur les facteurs d'immigration des médecins québécois qui ont révélé l'existence de profils de médecins très mobiles pour qui le maintien à long terme est peu probable (63,64). Puis, parmi les conditions d'exercice de la profession, en accord avec la littérature sur l'ajustement domestique et international, nous postulons que les relations intra et interprofessionnelles jouent un rôle important sur le degré d'ajustement au travail, accroissant ainsi le potentiel de maintien de la pratique en régions éloignées. Ensuite, de nombreuses études tant dans la littérature médicale que celle en gestion des ressources humaines ayant montré l'importance du conjoint et de la famille sur le maintien, nous postulons que le degré d'ajustement du conjoint et de la famille aura un effet important sur l'ajustement du médecin lui-même à son milieu de vie et à son environnement. Finalement, nous faisons l'hypothèse que les mesures incitatives visant le maintien de nature gouvernementale, régionale ou locale auront un effet indirect sur l'ajustement au travail, à la société et à l'environnement par l'intermédiaire de leur impact sur les conditions d'exercice de la médecine et sur les conditions de vie en régions éloignées.

MODÈLE THÉORIQUE D'ATTRACTION, D'INSTALLATION ET DE MAINTIEN DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES



3. Méthodes

3.1. Devis

Cette étude repose sur une approche qualitative, avec comme devis l'étude de cas multiples (59). Ce devis permet d'approfondir des processus complexes en tenant compte de la temporalité et de la séquence des événements (60), ainsi que du contexte dans lequel ils se produisent.

3.2. Description et sélection des cas

Les cas sont constitués de médecins, de résidents et d'étudiants en médecine, de même que d'acteurs locaux impliqués dans le recrutement et la pratique médicale en régions éloignées. Trois régions éloignées ont été retenues : l'Abitibi, la Gaspésie et la Côte-Nord, à l'exception des sous-régions suivantes : le Témiscamingue, la Basse-Côte-Nord et les Îles-de-la-Madeleine. Ces trois régions ont été sélectionnées par un comité aviseur composé de représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de la Fédération des médecins spécialistes (FMSQ), du Collège des médecins (CMQ), du Ministère de la santé et des services sociaux, de deux Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et du Centre national Médecin-Québec. Ces régions éprouvent des problèmes récurrents de rétention de leur main d'œuvre médicale.

Médecins, résidents et étudiants en médecine

Cinq groupes ont été étudiés :

Groupe 1 : médecins omnipraticiens et spécialistes maintenant toujours une pratique médicale dans une des trois régions éloignées après 8 années¹ (n=32).

Groupe 2 : médecins omnipraticiens et spécialistes ayant exercé dans une des trois régions éloignées et qui en sont revenus (n=18).

Groupe 3 : médecins omnipraticiens et spécialistes originaires d'une des trois régions éloignées et ayant choisi de ne pas installer leur pratique médicale dans une région éloignée (n=3).

Groupe 4 : médecins omnipraticiens et spécialistes qui ne sont pas originaires d'une région éloignée et qui n'y ont jamais pratiqué (n=3).

Groupe 5 : étudiants et résidents en médecine (n=41).

Les médecins du groupe 1 représentent des « cas positifs », ayant maintenu avec succès et à long terme une pratique en régions éloignées ou isolée, alors que ceux du groupe 2 peuvent être considérés comme des « cas négatifs » en ce qui concerne le maintien de la pratique médicale, mais « positifs » pour ce qui est de l'attraction et de l'installation. L'étude de ces deux

¹ L'étude de Bilodeau (1986) montre que les médecins du Québec qui quittent les régions éloignées le font en moyenne après 5,0 années de pratique (+3,26). Ces résultats sont semblables à ceux de Mongeau, Lapointe et Claveau (1994). Certains incitatifs mis en place pouvant cependant comporter un maintien en poste de plus de 5 ans, il nous apparaît plus certain d'inclure dans l'étude des médecins dont la durée de séjour en régions éloignées correspond à la moyenne + 1 écart-type, donc 8 années.

groupes permet de faire ressortir les facteurs de succès du maintien de la pratique médicale et de mettre en lumière ceux qui contribuent au non-maintien et sur lesquels il serait possible d'agir éventuellement. Les médecins du groupe 3 constituent des « cas négatifs », mais cette fois en ce qui a trait à l'installation principalement; à cet égard, ils servent à identifier les principaux facteurs sur lesquels repose le choix d'un lieu de pratique et, plus particulièrement, le choix de s'installer ailleurs qu'en régions éloignées. Les informations qu'ils nous ont fournies permettent également de mieux comprendre comment se bâtit l'attraction, par l'identification de facteurs d'attraction autres que ceux reliés au lieu d'origine et à la connaissance antérieure de la région, c'est-à-dire de par l'identification de facteurs autres que ceux résultant d'une expérience antérieure personnelle plutôt que professionnelle. Quant aux médecins du groupe 4, ils peuvent être considérés comme des « cas négatifs » pour l'attraction. Leurs perceptions servent à identifier entre autres les aspects négatifs d'une pratique en régions, les facteurs susceptibles d'orienter éventuellement les choix de carrière des futurs médecins, ainsi que de mieux comprendre comment se prennent les décisions relatives au choix du lieu de pratique. Enfin, les membres du groupe 5 sont des « cas neutres », certains pouvant être attirés par la pratique en régions et d'autres, peu ou pas du tout attirés. Les informations qu'ils ont fournies permettent d'une part, de mieux documenter l'attraction résultant des incitatifs mis en place au niveau des organisations, des régions et de l'État; d'autre part, elles aident à identifier les incitatifs susceptibles d'attirer les étudiants à pratiquer en régions, ainsi que ceux pouvant potentiellement favoriser le passage du stade de l'attraction à celui de l'installation.

Les critères de sélection des médecins spécialistes et omnipraticiens étaient les suivants selon les groupes :

	Groupe 1 (n = 32)	Groupe 2 (n = 18)	Groupe 3 (n = 3)	Groupe 4 (n = 3)
	Expérience de la médecine en régions éloignées (Abitibi; Côte-Nord; Gaspésie)		Aucune expérience de la médecine en régions éloignées	
Origine régionale	Toutes régions (indistinction)	Toutes régions (indistinction)	<i>Régions éloignées</i>	<i>Régions centrales ou intermédiaires²</i>
Lieu de pratique actuel	<i>Abitibi; Côte-Nord; Gaspésie</i>	<i>Régions centrales ou intermédiaires</i>	Régions centrales ou intermédiaires	Régions centrales ou intermédiaires
Durée en régions éloignées	<i>8 ans et plus</i>	<i>7 ans et moins</i>	NAP	NAP
Année du début de pratique	Entre 1986 et 1996 ³	Entre 1986 et 2000	Entre 1986 et 2000	Entre 1986 et 2000

Les spécialités visées étaient les spécialités de base, à savoir psychiatrie, médecine interne, pédiatrie, anesthésie, chirurgie générale et orthopédique, obstétrique-gynécologie, anatomopathologie et radiologie diagnostique.

² En particulier, les grandes régions de Montréal (incluant Montérégie et Laurentides) et de Québec ; aussi, et en tant qu'elles se réfèrent à des centres urbains d'importance, les régions de l'Estrie (Sherbrooke), du Centre-du-Québec (Trois-Rivières, Drummondville) et de l'Outaouais (Gatineau).

³ Compte tenu du nombre d'années minimales en région (8 ans), la limite supérieure ne pouvait dépasser 1996. En conséquence, la limite inférieure a été fixée à 1986 de manière à pouvoir disposer d'un nombre suffisant de noms.

Pour les médecins des groupes 1 et 2, la méthode d'échantillonnage retenue est celle du choix raisonné et stratifié (61), à partir des critères mentionnés ci-dessus. Les échantillons ont été constitués à partir de listes de médecins en poste ou l'ayant déjà été dans les trois régions concernées. En fait, à l'exception du groupe 1 en Abitibi, dont les participants ont été recrutés par l'intermédiaire des directeurs des services professionnels d'Amos, de Rouyn-Noranda et de Val d'Or, tous les répondants potentiels ont d'abord été sélectionnés à l'aide de ces listes, lesquelles nous ont été fournies par les Agences régionales de développement. Essentiellement, les dates d'installation en région et, dans le cas du groupe 2, de départ de ces mêmes régions, nous ont permis d'opérer cette première sélection, puis de constituer de nouvelles listes d'omnipraticiens et de spécialistes pour chacun des groupes et chacune des régions. Pour le groupe 2, des informations complémentaires, obtenues notamment auprès de la FMSQ, ont par ailleurs conduit à éliminer certains noms pour cause de retraite ou de décès.

En ce qui a trait aux groupes 3 et 4, étant donné l'inexistence de listes correspondant aux critères et le nombre limité de répondants prévu, nous n'avons procédé à aucune présélection et avons plutôt opté pour une méthode de recrutement par boule de neige.

3.3. Recrutement et collecte des données

Le recrutement des médecins omnipraticiens et spécialistes ayant une expérience de la médecine en région, soit ceux des groupes 1 et 2, et aussi d'agents locaux impliqués dans l'attraction et le maintien de médecins en régions éloignées, a été facilité grâce à la collaboration de la FMSQ, de la FMOQ, du Collège des médecins du Québec, des Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et des directeurs des services professionnels des centres hospitaliers.

Différentes méthodes de recrutement et de collectes de données ont été utilisées selon la catégorie de répondants.

3.3.1. Médecins des groupes 1 à 4

Ces médecins ont été contactés par téléphone par l'agent de recherche afin de vérifier leur admissibilité à l'étude et leur intérêt à participer.

Les informations seront recueillies au moyen d'une entrevue semi-structurée, d'une durée d'environ 60 minutes, réalisée face à face avec chacun des médecins des groupes 1, 2, 3 et 4. Elles ont été réalisées pour la plupart dans les cabinets ou à l'hôpital. Seules quelques entrevues avec des médecins des groupes 3 et 4 ont dû être effectuées par téléphone. Toutes les entrevues ont été enregistrées, avec l'accord préalable des participants, puis leur verbatim retranscrit. La grille d'entrevue figure à l'annexe 2. Un formulaire de consentement a été complété au moment de l'entrevue ou, dans le cas des entrevues téléphoniques, par courrier préalablement à l'entrevue.

Les entrevues ont eu lieu en 4 phases subséquentes. Elles ont débuté avec les médecins du groupe 1. Les entrevues avec le 2^e groupe de médecins ont ensuite été réalisées. Elles visaient à compléter les informations recueillies auprès de ceux du 1^{er} groupe. Finalement, nous avons conduit les entrevues auprès des médecins du 3^e groupe, puis du 4^e groupe.

3.3.2. Étudiants et résidents en médecine (groupe 5)

Les étudiants et résidents ont été recrutés par le biais des représentants de l'association des étudiants en médecine de chaque faculté. Vous trouverez en annexe 3 les critères de recrutement.

Leur point de vue a été documenté au moyen de 4 groupes de discussion (ou « focus groups »), soit 1 groupe de discussion par faculté de médecine. Nos groupes de discussion comportaient entre 7 et 13 participants, ce qui correspond aux normes visées dans la littérature (62). Les groupes de discussion ont eu lieu dans les locaux des universités. Ils étaient d'une durée de trois heures. Tous les groupes de discussion ont été enregistrés, avec l'accord préalable des participants, puis leur verbatim retranscrit. Le guide de discussion utilisé lors des rencontres est présenté à l'annexe 4.

3.3.3. Acteurs locaux et régionaux

Les acteurs locaux et régionaux ont été recrutés par l'intermédiaire des Agences de développement des réseaux locaux, des directeurs généraux et des directeurs des services professionnels des centres hospitaliers des régions étudiées.

La description des mesures mises en place au niveau local et régional et le point de vue des principaux acteurs impliqués dans le recrutement et la rétention des médecins ont été recueillis au moyen d'entrevues semi-dirigées face à face et téléphoniques.

Le projet a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal.

3.4. Description des thèmes et des variables

3.4.1. Les médecins

Les thèmes et les variables ont été documentés en fonction du modèle théorique décrit précédemment et illustré à la figure 1.

Situation antérieure au départ en régions éloignées : facteurs influençant l'attraction

Les facteurs susceptibles d'influencer l'attraction à l'égard d'une pratique médicale en régions et, plus généralement, les décisions relatives au choix du lieu de pratique relèvent de l'identité personnelle des médecins, de leur identité professionnelle, des attentes qu'ils ont par rapport à leur profession et à l'égard du milieu dans lequel ils souhaitent vivre et des mesures incitatives.

Identité personnelle

Celle-ci est composée de l'âge, du genre, de la langue, du lieu d'origine de l'individu, de sa connaissance antérieure de la région notamment la présence de proches en régions éloignées, du niveau d'endettement durant les études et de la situation familiale au moment où sont envisagées les diverses options concernant le lieu de pratique. Lorsque le médecin a un conjoint, l'effet du lieu d'origine de celui-ci et sa connaissance antérieure de la région ont été examinés.

Identité professionnelle

Cette dernière comprend l'université d'obtention du diplôme, la présence et le type de spécialisation.

Attentes par rapport à la profession

Nous avons demandé tout d'abord aux médecins de nous parler des attentes qu'ils avaient (médecins des groupes 1 à 4) ou qu'ils ont (groupe 5) à l'égard de leur pratique professionnelle et qui ont influencé leur choix d'un lieu d'exercice de leur profession. Au gré des entrevues, nous nous sommes assuré ensuite de documenter plusieurs facteurs, à savoir : la présence attendue ou souhaitée d'une masse critique de collègues, la préférence à l'égard du mode de pratique, la charge de travail attendue et souhaitée, les activités professionnelles, l'autonomie, la possibilité de pratique en réseau, la proximité d'un centre hospitalier ou d'une faculté de médecine. Enfin, la justesse des attentes à l'égard d'une pratique en régions éloignées et le potentiel d'ajustement ont été estimés en demandant aux médecins dans quelle mesure, en rétrospective, ils croyaient que leurs attentes professionnelles étaient réalistes et qu'ils s'ajusteraient aux conditions de travail.

Attentes par rapport au milieu de vie

Il s'agissait ici de documenter les attentes relatives au milieu de vie, à partir de questions ouvertes d'ordre plus général pour ensuite cibler plus spécifiquement les facteurs suivants : le type de communauté recherché (en termes de taille, niveau de revenu et de scolarité), les activités culturelles, récréatives et sportives, la disponibilité et l'accès aux services (par exemple, aéroport, collège, université) et aux commodités, la qualité du système scolaire pour les enfants et de façon plus générale, les attentes, leur justesse et le potentiel d'ajustement du médecin à l'égard du milieu de vie. Lorsque le médecin avait un conjoint au moment où se tenaient les discussions sur le lieu de pratique éventuel, la carrière de celui-ci et les possibilités d'emploi, de même que ses préférences à l'égard du milieu de vie ont été documentées.

Mesures gouvernementales/régionales/locales

L'obtention de bourses d'étude en médecine, de bourses régionales de formation spécialisée, la réalisation de stages de formation pré- ou post-doctorale en régions, les emplois d'été en région pour étudiants en médecine ainsi que l'accueil ont été investigués. L'effet d'autres mesures a été spécifiquement documenté au moyen des facteurs suivants : revenu (% de rémunération supérieure à celle de base incluant la prime de revalorisation, plafonds, etc.), possibilité de ressourcement et de dépannage, primes d'éloignement, sorties, etc.

Enfin, nous avons demandé aux médecins des groupes 1 et 2 de nous indiquer quels étaient, parmi l'ensemble des aspects abordés lors de l'entrevue, ceux qui ont été déterminants dans leur attraction envers les régions éloignées.

Installation en régions éloignées

Afin de départager l'influence relative des facteurs mentionnés ci-dessus sur l'installation, nous avons demandé aux médecins des groupes 1 et 2 quel a été le facteur le plus important pour les convaincre de passer du stade de l'attraction à celui de l'installation. Nous sommes ensuite entrés dans les diverses mesures mises en place pour favoriser l'installation afin de mettre en lumière celles ayant eu un effet marquant, s'il y a lieu.

Situation postérieure à l'arrivée en régions éloignées : facteurs influençant le maintien de la pratique

Cinq grands groupes de facteurs sont susceptibles d'influencer le maintien de la pratique : ceux relevant de l'identité personnelle, ceux caractérisant l'exercice de la profession, ceux propres aux conditions de vie, les mesures incitatives et enfin le degré d'ajustement. Ces facteurs ci-dessous ont été examinés auprès des médecins des groupes 1 et 2.

Identité personnelle

Le rôle des divers facteurs propres à l'identité personnelle et mentionnés ci-dessus pour l'attraction a été investigué spécifiquement ici en termes de facteurs de maintien à long terme de la pratique en régions éloignées. De plus, l'auto-efficacité, les habiletés relationnelles, le désir de relever des défis et l'expérience de mobilité ont été étudiés.

Conditions d'exercice de la profession

Nous avons examiné dans quelle mesure les médecins sont satisfaits de leur conditions d'exercice de la profession, c'est-à-dire les écarts qu'ils perçoivent entre leurs attentes, telles que rapportées ci-dessus, et les conditions réelles. Les relations intra-professionnelles (avec les autres médecins) et inter-professionnelles (avec les autres professionnels de la santé et l'administration) ont aussi été documentées, de même que l'ajustement à l'égard du milieu de travail en régions éloignées.

Conditions de vie

L'ajustement du médecin et, s'il y a lieu, de son conjoint et de sa famille, au milieu environnant, l'écart entre les attentes et les conditions réelles de vie, de même que leur satisfaction ont été abordés. Nous avons documenté également les habiletés du médecin et, s'il y a lieu, de son conjoint, à s'intégrer au nouvel environnement et à créer des liens.

Afin de mieux cerner les facteurs les plus importants du maintien ou du non-maintien de la pratique, nous avons enfin demandé aux médecins de nous indiquer, parmi l'ensemble des facteurs qu'ils ont mentionnés, quels sont ceux qui ont été déterminants dans le maintien de leur pratique à long terme en régions (groupe 1) ou qui ont été déterminants dans leur décision de quitter la région (groupe 2).

3.4.2. Les étudiants

Les groupes de discussion visent à documenter le point de vue des étudiants et résidents 1) sur les facteurs considérés lors du choix d'un lieu de pratique; 2) à l'égard du rôle des divers incitatifs existants sur l'attraction et, de façon moindre, sur l'installation en régions et finalement; 3) sur les solutions possibles au problème de répartition géographique des médecins. Pour parvenir à cette fin, quatre thèmes ont été systématiquement abordés :

Les rêves de carrière

Nous avons voulu mieux connaître les participants. Nous désirions savoir ce qui les a conduits à opter pour une formation en médecine, leur vision de la profession médicale et l'évolution de leur connaissance du quotidien du médecin depuis leur entrée en faculté de médecine.

Les critères d'établissement de la pratique médicale

Ici, nous voulons revoir les critères retenus pour le choix d'un lieu de pratique. Sont-ils les mêmes que ceux des générations précédentes?

Les participants devaient indiquer les critères, les éléments considérés ou qu'ils allaient considérer lorsque viendra le temps de choisir un lieu d'établissement de leur pratique médicale. Chaque participant devait à tour de rôle indiquer ses critères qui étaient inscrits par l'animatrice sur un grand tableau. À la fin de ce processus, nous avons une liste exhaustive de l'ensemble des critères retenus par nos participants. Par la suite, les participants devaient indiquer l'importance relative des critères. Nous avons remis à chacun des participants 20 autocollants. Chaque participant devait apposer en marge des critères importants pour eux autant d'autocollant qu'il le juge nécessaire en se rappelant qu'ils n'avaient que 20 autocollants à distribuer parmi tous les facteurs importants pour eux. La somme de points (autocollants) par critère a été établie et une discussion sur chacun des critères selon l'ordre d'importance indiqué au pointage a été réalisée afin de bien comprendre le rôle joué par chaque critère dans l'établissement du choix d'un lieu de pratique.

La pratique médicale en dehors des centres universitaires

Ce thème vise à découvrir l'image qu'ont les étudiants et résidents en médecine de la pratique médicale en régions éloignées et des médecins qui y travaillent. Nous voulions aussi explorer les principales craintes ou freins par rapport à ce type de lieu de pratique médicale. Ces éléments aident à l'interprétation des divers éléments entrant dans le choix d'un lieu de pratique.

Les mesures incitatives et la motivation pour l'établissement de la pratique en dehors des grands centres urbains

Premièrement, nous avons tenté de jauger le niveau de connaissance des participants relativement aux diverses mesures existantes et de connaître leur opinion concernant ces mesures, leur utilité. Puis dans un deuxième temps, nous avons voulu connaître leurs solutions aux problèmes des effectifs médicaux en région.

3.4.3. Les acteurs régionaux et locaux

La description des mesures mises en place au niveau local et régional et le point de vue des principaux acteurs impliqués dans le recrutement et la rétention des médecins ont été recueillis au moyen d'une grille d'entrevue. Cette grille comporte des questions permettant d'apprécier les structures locales de recrutement en région, leur rôle et leur niveau d'activité. Elle permet également d'identifier les démarches retenues par les acteurs régionaux et locaux afin d'attirer, de favoriser l'installation et le maintien de médecins en région. Finalement, nous avons exploré leurs opinions à l'égard des mesures locales, régionales et gouvernementales.

3.5. Analyse des données

Les verbatims des entrevues et des groupes de discussion ont été transcrits sur traitement de texte et ensuite traité par le logiciel NQ6.

L'analyse de contenu a consisté d'abord à classer les données recueillies en les codant, c'est-à-dire à découper le verbatim en unités de sens et à les identifier en fonction des thèmes à l'étude, ainsi que des nouveaux thèmes ou facteurs d'influence et des liens qui les unissent les uns aux autres. Un double codage intra- et inter-codeur a ensuite été effectué, sur une partie des entrevues, par l'agent de recherche et les chercheuses, afin d'en assurer la consistance et la cohérence (on trouvera la liste des catégories d'analyse en annexe 5). Pour les médecins des groupes 1 à 4, une analyse intra-cas a en outre été réalisée afin d'identifier pour chacun les

facteurs d'influence (objectif 1), d'établir les trajectoires et les processus (objectifs 2 et 3) menant à l'attraction puis, selon les cas, à l'installation et enfin au maintien de la pratique en régions éloignées. Ces trajectoires et processus ont ensuite été comparés au moyen d'une analyse inter-cas, afin de dégager un modèle des relations entre l'ensemble des facteurs identifiés (objectifs 1 et 2) et de faire ressortir le rôle des incitatifs organisationnels, régionaux et gouvernementaux (objectifs 2 et 3).

Présentation des résultats des groupe 1 à 4

4. Description des participants

4.1. Les domaines de spécialisation

Les tableaux 1 et 2 montre la répartition des répondants pour chacun des groupes de l'échantillon, les domaines de spécialisation (omnipraticiens et spécialistes) et, dans le cas des groupes 1 et 2, les régions éloignées visées par l'étude.

Tableau 1 Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et les régions visées par l'étude

		Abitibi	Côte Nord	Gaspésie	Total
Groupe 1	Omnis.	6	5	5	16
	Spéc.	5	6	5	16
Groupe 2	Omnis.	3	3	3	9
	Spéc.	3	3	3	9
Total		17	17	16	50

Tableau 2 Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et les groupes 3 et 4 de l'échantillon

	Groupe 3 (origine régions éloignées*)	Groupe 4 (origine autres régions**)	Total
Omnis	2	1	3
Spécialistes	1	2	3
Total	3	3	6

* Les deux omnipraticiens sont originaires, l'une de Gaspésie, l'autre de la Côte-Nord; le spécialiste provient de l'Abitibi.

** La région montréalaise dans le cas de deux répondants (un omnipraticien et un spécialiste) et la région du Saguenay dans le cas du troisième.

La répartition entre les domaines de spécialisation et les régions est équitable pour les groupes 1 et 2, mais il n'a pas été possible d'équilibrer, ni d'ailleurs d'augmenter, le nombre d'omnipraticiens et de spécialistes dans les groupes 3 et 4. La prise en compte des données pour ces deux derniers groupes ne pourra, à l'évidence, qu'être partielle.

Par ailleurs, deux spécialistes du groupe 1 et un autre du groupe 2 ont été rencontrés malgré le fait qu'ils aient pratiqué en région comme omnipraticiens avant de faire leur résidence en spécialité et de revenir dans le même lieu, ce qui dans leur cas, limite la portée de l'analyse

pour certaines dimensions de l'attraction et de l'installation⁴, mais la garde entière pour tout ce qui concerne le maintien.

Le tableau 3 permet d'établir la répartition des spécialistes selon les sept spécialités ciblées par l'étude. Il montre que toutes sont représentées pour l'ensemble des groupes, bien qu'en proportions variables.

Tableau 3 Répartition des médecins spécialistes selon les groupes de l'échantillon et les spécialités

Groupes de l'échantillon	Spécialités (médecins spécialistes)							Total
	Anesthésie	Chirurgie	Médecine interne	Gynécologie Obstétrique	Pédiatrie	Psychiatrie	Radiologie	
Groupe 1	1	2	3	4	4	1	1	16
Groupe 2	2	1	--	1	2	2	1	9
Groupes 3 et 4	1	--	--	--	1	1	--	3
Total	4	3	3	5	7	4	2	28

Au total, la radiologie est la spécialité la moins représentée (n = 2) et la pédiatrie, celle qui l'est le plus (n = 7). Dans le groupe 1, pédiatrie, gynécologie et médecine interne couvrent les deux tiers des répondants.

4.2. Les périodes de l'installation et la durée de la rétention

Le tableau 4 montre la répartition des répondants selon les périodes de leur installation dans les trois régions.

Tableau 4 Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et la période de l'installation

		1986-1988	1989-1990	1991-1992	1993-1994	1995-1996	1997-2002	Total
Groupe 1	Omnis.	1	3	4	6	2	--	16
	Spéc.	2	1	2	3	7	--	16
Groupe 2	Omnis.	1	1	1	2	1	3	9
	Spéc.	--	--	3	1	3	2	9
Groupes 3-4	Omnis.	--	--	--	--	1	2	3
	Spéc.	--	--	1	--	--	2	3
Total		4	5	11	12	14	9	56

⁴ Par exemple, l'influence des stages pré ou post doctoraux sur le choix d'une région en tant que spécialiste.

Compte tenu des listes et du nombre de médecins disponibles, il n'a pas été possible de limiter la sélection à des candidats arrivés après 1990, comme cela avait été prévu initialement. Néanmoins, en ce qui concerne les groupes 1 et 2, la plupart se sont installés en région entre 1991 et 1996.

Quant à la durée de la rétention, qui était au moins un critère de sélection pour le groupe 2, sa répartition a également été établie pour le groupe 1 selon des intervalles équivalents et à seule fin de classement de l'ensemble des répondants suivant un même critère susceptible éventuellement de servir l'analyse des deux groupes.⁵ Pour le groupe 2, il avait été prévu de sélectionner à part égale des médecins qui étaient demeurés en région entre un et quatre ans, et entre 5 et 8 ans. Compte tenu, encore une fois, de ceux qu'il a été possible de rejoindre, le nombre de participants dont la durée de la rétention en région avait été de plus ou moins quatre ans s'est avéré relativement élevé. Il a donc fallu délimiter, non pas deux, mais trois intervalles de la rétention en région.

Tableau 5 Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et la durée de rétention

		12 ans et +	8 à 11 ans	6 à 8 ans	3 ½ à 5 ans	1 à 2 ans	Total
Groupe 1	Omnis.	8	8	--	--	--	16
	Spéc.	5	11	--	--	--	16
Groupe 2	Omnis.	--	--	2	5	2	9
	Spéc.	--	--	2	4	3	9
Total		13	19	4	9	5	50

Le tableau 5 indique que le nombre de participants ayant séjourné plus ou moins 4 ans en région (pas moins de 3½ ans et pas plus de cinq) est effectivement important (n = 9) en comparaison des deux autres intervalles qui ont été définis (pas moins de un an et pas plus de deux; pas moins de six ans et pas plus de huit).

4.3. L'âge, le sexe et l'université du diplôme

À leur arrivée en région, l'âge des médecins se situait entre 24 et 33 ans pour vingt-sept du groupe 1 (14 omnipraticiens, 13 spécialistes) et seize du groupe 2 (8 omnis et 8 spécialistes). Cinq dans le groupe 1 (2 omnis et 3 spécialistes) et seulement deux dans le groupe 2 (1 omnipraticien et 1 spécialiste) avaient plus de 35 ans (tableau 5 a). Soulignons par ailleurs que les deux répondants du groupe 2 âgés de plus de 35 ans à l'arrivée sont demeurés quatre ans et plus en région (tableau 5 b).

⁵ Les premières observations du matériel ont rapidement démontré, cependant, que cette variable de la durée de rétention n'était pas pertinente pour le groupe 1.

Tableau 5 a - Répartition des médecins des groupes 1 et 2 selon le domaine de spécialisation et l'âge à l'arrivée en région

		24 à 33 ans	+ de 35 ans	Total
Groupe 1	Omnis	14	2	16
	Spécialistes	13	3	16
	Total	27	5	32
Groupe 2	Omnis	8	1	9
	Spécialistes	8	1	9
	Total	16	2	18

Tableau 5 b - Répartition des médecins du groupe 2 selon l'âge à l'arrivée en région et la période de rétention

	24 – 33 ans	+ de 35 ans	Total
1 à 2 ans	5	--	5
3 ½ - 5 ans	8	1	9
6 à 8 ans	3	1	4
Total	16	2	18

En ce qui concerne le sexe, le nombre des hommes est équivalent à celui des femmes pour l'ensemble des groupes de l'échantillon (27 vs. 29 : tableau 6).

Tableau 6 Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et le sexe

		Hommes	Femmes	Total
Groupe 1	Omnis.	9	7	16
	Spéc.	6	10	16
Groupe 2	Omnis.	4	5	9
	Spéc.	4	5	9
Groupes 3-4	Omnis.	1	2	3
	Spéc.	3	--	3
Total		27	29	56

Les groupes 3 et 4 dénombrent davantage d'hommes (4 vs. 2), mais les femmes sont un peu plus nombreuses dans le groupe 2 (10 vs. 8) et en comptent une de plus dans le groupe 1. Dans ce dernier groupe, on observe également une répartition inégale des hommes et des femmes selon le domaine de spécialisation (plus d'omnipraticiens chez les hommes et plus de spécialistes chez les femmes).

On retrouve par ailleurs dans le tableau 7 la répartition des répondants selon l'université d'obtention du diplôme (médecine familiale ou spécialités de base).

Tableau 7 Répartition des médecins selon les groupes de l'échantillon, le domaine de spécialisation et l'université du diplôme

		Université de Montréal	Université Laval	Université de Sherbrooke	Université McGill	Total
Groupe 1	Omnis.	6	5	4	1	16
	Spéc.	7	4	5	--	16
Groupe 2	Omnis.	5	4	--	--	9
	Spéc.	4	2	1	2	9
Groupes 3-4	Omnis.	2	1	--	--	3
	Spéc.	3	--	--	--	3
Total		27	16	10	3	56

Pour la très grande majorité, à l'exception d'un omnipraticien et de trois spécialistes (dont 2 pédiatres), le centre universitaire où a été réalisée la résidence est le même que celui des études pré-doctorales.

4.4. Les stages en région et les bourses

Le tableau 8 fait état du nombre d'omnipraticiens et de spécialistes ayant été exposés avant (stages d'externat, projets défi, etc.) et pendant la résidence.

Tableau 8 Exposition en région avant et pendant la résidence selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation*

		Avant (pré-doc)	Pendant (post-doc)
Groupe 1	Omnis.	12	15
	Spéc.	10	5
	Total	22	20
Groupe 2	Omnis.	7	9
	Spéc.	3	2
	Total	10	11
Groupes 3-4	Omnis.	3	3
	Spéc.	3	2
	Total	6	5

* Ne sont pas inclus dans ce compte les trois spécialistes ayant auparavant pratiqué en région comme omnipraticiens.

Au niveau de la résidence, le score parfait des omnipraticiens, sauf pour le groupe 1, n'étonne guère étant donné que les stages en région sont obligatoires depuis longtemps (le seul à n'en avoir pas fait justement a terminé à une époque où ils ne l'étaient pas). Les autres données sont variables selon le groupe considéré. En règle générale, la grande majorité des répondants ont été exposés aux régions dans le cadre de leur formation, soit pendant la résidence, soit avant, ou encore dans l'une et l'autre de ces situations.

Quant aux bourses d'étude en médecine, les données du tableau 9 indiquent que les répondants du groupe 2 sont proportionnellement plus nombreux à en avoir bénéficié.

Tableau 9 Bourses d'études en médecine selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

	Omnipraticiens	Spécialistes	Total
Groupe 1	8	3	11
Groupe 2	6	3	9
Groupe 3	1	1	2
Total	15	7	23

Quelques spécialistes (n = 7) font partie du nombre, mais d'autres parmi leurs collègues des groupes 1 et 2 ont obtenu des bourses régionales de formation spécialisée (sept du groupe 1, incluant les deux ex-omnipraticiens, et quatre du groupe 2).

5. Des médecins demeurés en région

Les résultats présentés dans cette section portent sur les médecins du groupe 1, c'est-à-dire ceux qui pratiquent toujours en régions éloignées après 8 ans.

5.1. L'attraction

Qu'est-ce qui a amené les médecins du premier groupe à choisir les régions éloignées comme lieu de pratique ? Notre objectif sera ici de répondre à cette question en examinant le contexte général ayant présidé à ce choix (situation personnelle, attentes professionnelles et horizon de la pratique en région), puis le rôle joué par les mesures gouvernementales (stages, bourses, rémunération et primes) à cet effet et enfin, les facteurs déterminants de la décision (professionnels ou contextuels).

5.1.1. Le contexte personnel et professionnel de la décision

Les prédispositions personnelles

La situation personnelle peut être analysée sous deux angles : d'abord selon l'origine régionale (régions centrales, intermédiaires ou éloignées), de telle sorte que nous puissions examiner la nature des liens ou des attentes que nourrissaient les répondants à l'égard des régions

éloignées au moment de compléter leurs résidence ; puis, selon leur statut familial à la même époque (seuls ou avec conjoint), de manière à évaluer les prédispositions et conditions générales susceptibles de mener au choix de la région éloignée.

A. Origine régionale et préférences de milieux de vie

Le tableau 10 montre qu'un peu plus de la moitié des médecins interrogés (18/32) sont originaires de régions dites centrales, c'est-à-dire de milieux urbains tels que Montréal, Québec, ou Sherbrooke.

Tableau 10 Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et les régions d'origine

	Régions centrales	Régions interm.	Régions éloignées	Régions multiples	Total
Omnis	9	4	2	1	16
Spécialistes	9	2	3	2	16
Total	18	6	5	3	32

Parmi eux, au moins huit (3 omnis et 5 spécialistes) avaient, avant d'entreprendre leurs études de médecine, une certaine connaissance des milieux ruraux ou des régions éloignées, pour les avoir visités ou y avoir séjourné à l'occasion ou encore, grâce à la présence de famille (du côté paternel ou maternel). Tous, cependant, disent avoir vécu en milieu urbain depuis leur enfance jusqu'au moment de débiter leur pratique en région éloignée.

Par ailleurs, cinq autres répondants proviennent des régions éloignées visées par l'étude, et six de régions dites intermédiaires, ici représentées par des villes moyennes situées en périphérie, telles que Chicoutimi, ou par des milieux ruraux ou semi ruraux dans des régions limitrophes comme l'Estrie ou les Bois-Francs. Trois autres, enfin, ont vécu dans plusieurs régions au cours de leur enfance et de leur adolescence. Comme le dit l'un d'eux, «on habitait 3 ans à quelque part, et 2 ans dans un autre endroit.»

Ainsi, au total, dix répondants (6 omnis et 4 spécialistes originaires des régions centrales) ne semblaient avoir, au moment d'entreprendre leurs études de médecine, aucune sorte de connaissance des régions ou des milieux ruraux en général et encore moins, d'attaches particulières liées à la présence de famille par exemple. Dans tous les cas, cependant, l'exposition aux régions au cours des études pré ou post doctorales aura permis de combler au moins en partie cette lacune. La connaissance plus ou moins étendue de la réalité des régions éloignées ou des milieux ruraux étant pratiquement le fait de tous les répondants à l'époque de leur résidence, on peut se demander si les perceptions relatives au milieu de vie régional auront prédisposé de quelque manière les médecins concernés à la possibilité de s'y établir.

En fait, il apparaît que onze répondants, parmi lesquels se trouvent huit omnipraticiens, auraient été fortement prédisposés en ce sens. Sept (sur 18) sont originaires des régions centrales et

trois (sur 5) proviennent des régions éloignées. La dernière a vécu une partie de son enfance et adolescence dans une petite localité de région intermédiaire. Les commentaires font généralement état d'une intention ferme à l'époque de ne pas demeurer en milieu urbain, d'une quête d'autre chose littéralement, soit une attirance pour «un autre mode de vie» et un goût particulier pour la nature et les grands espaces :

« J'étais attirée par un autre mode de vie, peut-être un peu moins rapide si on peut dire, moins urbain, c'est ça... Je recherchais des milieux plus conviviaux, plus chaleureux. » (Omni05, femme – région centrale)

« Je voulais quitter la grande ville, moi j'aime beaucoup la nature, le plein air. (...) la tranquillité. » (Spec13, femme – région centrale)

« Au contraire. Au contraire [je voulais venir vivre en région]. Pour moi c'était moins dépaystant de venir dans une petite ville que d'aller à Montréal (...) Ça pour moi, c'était rassurant. » (Omni30, femme – région intermédiaire)

« Ce n'était pas la ville qui nous intéressait. Le besoin d'aller en région c'était relié à l'espace qu'on y retrouve, le sentiment de liberté. » (Omni06, homme – région éloignée)

On remarquera que les propos du dernier répondant cité, qui s'est finalement retrouvé dans une autre région que celle dont il est originaire, ne diffère pas en substance de ceux tenus par les deux premiers qui, eux, ont été entièrement socialisés dans les grands centres urbains. Quant aux deux autres répondants qui proviennent des régions éloignées, le fait qu'ils pratiquent actuellement dans leur région d'origine, malgré l'idée sous-entendue d'un retour chez soi qui dans leur cas jouera effectivement dans la décision d'installation, n'invalide en rien le caractère général du projet initial de vivre en région pour des raisons liées au mode de vie et au cadre physique.

Pour cinq autres répondants (2 omnipraticiens et 3 spécialistes), dont trois proviennent de régions centrales, c'est moins une attirance marquée pour la nature ou les petits milieux qui semble ici en cause qu'un besoin de prendre ses distances par rapport au mode de vie en milieu urbain. La région devient ainsi, dans l'esprit de ces répondants, un environnement potentiellement intéressant sans être nécessairement avantageux en toute chose. Dans certains cas, en effet, des réticences peuvent être évoquées :

« Moi en partant, Montréal, ça ne m'intéressait pas. Moi je ne suis pas une fille de ville. (...) Mais quand je dis que je ne suis pas une fille de ville, c'est que j'aime ça la nature et tout ça, mais les petites places, c'est pas que j'aime pas ça, mais ça te fait perdre un peu d'intimité. (...) Je voulais bien aller en région, mais c'est sûr que... comme l'Abitibi là, je ne suis jamais allée, mais c'est pas quelque chose qui m'attirait. » (Spéc14, femme – région centrale)

« Je venais d'un petit village, puis c'est beaucoup plus familial comme ambiance. (...) C'était pas mal clair [de ce point de vue-là] que je voulais pas rester en ville, (...) [mais en même temps] moi partir dans le bois, puis me faire manger par les mouches, là, je ne trippe pas fort fort là-dessus. » (Omni14, femme – régions multiples)

« J'aurais probablement pas été capable d'aller dans des villages beaucoup plus petits. Je ne suis pas quelqu'un de la grande ville, mais je ne suis pas quelqu'un non plus de la campagne complètement. (...) C'est sûr [en tout cas] que j'aurais pas été à Montréal. Ça c'était clair. » (Omni13, homme – région intermédiaire)

Pour un autre groupe de huit répondants (4 omnipraticiens et 4 spécialistes), dont seulement deux sont originaires d'une région centrale, la perspective de vivre en région ne déplaît pas, et

l'on observe même une certaine prédisposition à y vivre en raison de la connaissance que l'on en a ou de la familiarité que l'on a développé avec les petits milieux. Mais le milieu de vie régional n'a rien en lui-même de spécialement attirant ou, en tous les cas, ne peut être considéré comme un enjeu de l'attraction. Autrement dit, si l'on est appelé à aller en région, on saura très bien s'accommoder du milieu, et même en profiter à certains égards, mais ce n'est pas à cause de lui que l'on souhaitera y aller.

« Moi, j'ai grandi en banlieue de Montréal ; banlieue fin des années 60, années 70, c'était plus petit qu'aujourd'hui. (...) Si j'étais resté à Montréal, ça aurait été d'être en banlieue pour ça, mais j'aurais travaillé à Notre-Dame probablement où les contacts étaient faits, ça fait que là... l'idée de traverser le pont et tout ce temps-là dans le trafic, là, ça me puait au nez (...) [alors ça adonnait bien comme ça]. » (Omni02, homme – région centrale)

« J'ai déménagé tellement de fois dans ma vie que honnêtement, je le savais que ça allait bien aller. J'avais pas vraiment d'appréhensions, non. » (Spéc05, femme – régions multiples)

« Moi je venais de la campagne, [pas loin d'une place de peut-être] 40,000 de population. Bon, en termes de services, t'as pas plus vraiment. (...) Je savais que j'aurais pas un Wal-Mart puis que j'aurais pas un gros centre d'achats, là [mais ça ne me dérangeait pas] » (Omni03, femme – région intermédiaire)

Par ailleurs, deux répondants de ce même groupe, originaires de milieux ruraux (régions intermédiaire et éloignée) et pourtant peu enclins à l'époque de leurs études à vouloir vivre «dans une grosse place», ont néanmoins posé comme seule condition de leur établissement en région éloignée la perspective d'une pratique répondant à leurs aspirations.

Enfin un dernier groupe de huit répondants (3 omnipraticiens et 5 spécialistes), dont six originaires de régions centrales, n'a semblé développer à ce stade de l'attraction aucune attente particulière, ni ne s'être montré spécialement prédisposé à l'égard du milieu de vie régional. Les deux ayant vécu en région éloignée, une partie de l'enfance pour l'une et jusqu'aux études universitaires pour l'autre, n'y sont guère plus sensibles que ceux de culture urbaine, pour la bonne raison qu'il n'a jamais été question au cours de leurs études de pratiquer ailleurs qu'en milieu urbain.

En résumé, le fait d'être originaire de régions éloignées ou intermédiaires ne semble pas obligatoirement associé à un quelconque projet d'établissement en région. En certains cas, une telle origine paraît effectivement jouer un rôle déterminant ; à tout le moins prédispose-t-elle favorablement ou prépare-t-elle parfois à cette éventualité. Mais nous avons vu que l'attrait de la nature et des milieux de vie conviviaux peut s'exercer tout autant sinon davantage auprès de nombreux répondants issus de milieux urbains.

B. Le statut familial et l'idée de vivre en région

Les prédispositions à vivre en région peuvent être d'ordre culturel, comme nous venons de le voir, c'est-à-dire en l'occurrence, se concevoir en relation avec l'origine régionale. Mais elles peuvent également être associées à des traits de personnalité ou encore, se comprendre dans le contexte d'une situation personnelle telle que le statut familial.

Le tableau 11 montre que neuf des trente-deux répondants du groupe 1 étaient sans conjoint au moment de compléter leur résidence en médecine familiale ou en spécialité. Sept d'entre eux étaient des femmes.

Tableau 11 Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial au moment de la résidence

	Seuls	Accompagnés	Total
Omnis	4	12	16
Spécialistes	5	11 ⁶	16
Total	9	23	32

Nous pouvons faire l'hypothèse que, par rapport à la perspective d'aller en région, les personnes seules ou célibataires au cours des dernières années de résidence peuvent avoir été prédisposées différemment que leurs collègues accompagnés d'un conjoint. En effet, pareille situation offre, en principe, la possibilité d'une mobilité et d'une marge de manœuvre plus grandes, ouvrant ainsi la porte à un certain goût de l'aventure et, par conséquent, à la perspective d'une nouvelle expérience à tenter.

Et en effet, le fait d'être seul semble avoir constitué pour les neuf répondants concernés une condition facilitante de leur décision de s'établir en région (mais non un facteur). En témoignent les deux extraits suivants :

« [J'étais célibataire] et à ce moment-là, ça apparaissait comme une opportunité intéressante, puisque que quand on est jeune, c'est là que c'est le temps de voir du pays, pourquoi pas. » (Spéc11, femme)

« J'étais célibataire. Alors ça ne posait pas de problème. Effectivement. Je venais *voir qu'est-ce que ça avait l'air*, puis c'était un peu le défi, le dépaysement, aller en région éloignée, c'était ça dans le fond. » (Omni30, femme)

Cette notion de «venir voir» pour explorer et faire l'expérience du dépaysement apparaît également chez d'autres. Mais l'on veut bien en même temps se donner l'occasion d'évaluer si cela peut aller plus loin, justement, que la simple expérience :

Je n'avais pas de chum, je n'avais pas d'enfant, j'avais rien d'autre. Je m'en allais en région, puis oui... je verrai, si j'aime ça, et si j'aime pas ça, je m'en irai. (Omni04, femme)

À ce moment-là, je n'avais pas de compagne, ça fait que pour moi, aller en région, c'était une bonne opportunité. Je me disais, c'est le temps d'y aller. (...) [Et puis], je partais en me disant bon, je verrai si j'aime ça, puis si j'aime ça, je resterai. (...). Je ne venais pas ici en me disant je viens faire 2-3 ans puis je vais m'en aller après. (Omni13, homme)

La prédisposition en est une ici d'ouverture à demeurer aussi longtemps que le permettront les conditions de vie et de pratique, sachant par ailleurs que l'on n'aura à s'occuper que de soi-même.

⁶ Incluant les deux spécialistes ayant auparavant pratiqué à titre d'omnipraticien dans leur région. Dans leur cas, la résidence correspond à celle réalisée dans leur spécialité respective.

Cette «ouverture à l'expérience», associée à un goût pour l'aventure et la découverte, se retrouve également chez quelques-uns des vingt-trois répondants qui étaient accompagnés d'un conjoint au moment de la résidence. En de tels cas, cette prédisposition à vouloir «ouvrir ses horizons» était généralement partagée par les conjoints. Selon une omnipratricienne, elle était même à son époque partagée par plusieurs de ses amis et collègues résidents qui avaient alors en commun d'avoir «un grande confiance en leurs moyens».

Une autre omnipratricienne, dont le conjoint actuel et de l'époque est décrit par elle comme très débrouillard, affirme de son côté qu'elle avait «des fourmis dans les jambes». En fait, la perspective de rester à Montréal ne l'intéressait pas plus qu'il faut. Elle voulait changer de vie, rencontrer de nouveaux défis au plan personnel et professionnel : «c'était attirant, le nouveau, la découverte. Je ne m'en allais pas vers rien, je m'en allais vers des nouveaux amis, un nouveau travail, ça c'était appétissant. Je m'en allais vers quelque chose de sûrement positif.» (Omni05, femme) Un discours analogue est tenu par une spécialiste qui avait elle aussi envie d'un changement : «j'aime ça moi les défis, affirme-t-elle, je trouvais que c'était un beau défi d'aller travailler loin.» (Spéc14, femme)

À l'instar de leurs collègues célibataires, ces répondants, pour la plupart omnipraticiens, ont eu cette même attitude consistant à «prendre ça comme ça vient» ou à «demeurer un an ou deux pour voir (...) et rester si on aime ça.» En fait, seulement deux, un omnipraticien et une spécialiste, disent ne pas s'être accordés cette ouverture et avoir clairement établi au cours de leur résidence qu'ils ne resteraient pas plus de deux ou trois ans en région.

Pour d'autres répondants accompagnés d'un conjoint au moment de leur résidence (n = 9), le «désir d'aller voir» en région comment les choses se passent a moins pris la forme d'un voyage de découverte susceptible de se prolonger que celle d'un projet d'établissement de plus ou moins longue durée. Dans le cas d'un omnipraticien par exemple, ce projet, qui s'enracinait en bonne partie dans une attirance partagée avec sa conjointe pour la nature et le mode de vie régional, répondait également au départ à la volonté de «faire sa part» (comme on fait du temps) à titre de médecin en région, et s'annonçait, en conséquence, pour être de durée relativement limitée : «il y avait aussi, probablement, le désir de faire ma part dans un certain sens, de faire un peu mon service médical, de rendre service en disant bon bien je vais aller faire quelques années en région.»

Un tel engagement se retrouve formulé d'une autre manière par deux spécialistes évoquant, pour leur part, le côté missionnaire qu'ils ont bien voulu voir dans leur rôle de médecin en région éloignée :

« Je pense que si je n'avais pas voulu avoir une famille, personnellement, je serais missionnaire. Ok ? Je m'en venais donner ce que j'aurais probablement fait en mission. C'était clair que je m'en allais dans une région où les gens avaient besoin, où le médecin avait un rôle à jouer. » (Spéc10, femme)

« Plus le côté peut-être missionnaire... non, peut-être pas là, mais en tout cas, apostolique... l'aspect apostolique (rire) de la médecine en région, parce que je pense que les gens sont encore plus démunis, ils se sentent plus isolés en région, puis l'accessibilité à des soins de

qualité, c'est important qu'ils le reçoivent puis moi, ma fierté c'était de pouvoir leur offrir ça aussi.⁷ » (Spéc30, homme)

Dans les deux cas, un tel besoin de faire œuvre missionnaire aura été favorisé, chez l'un, par la volonté du conjoint de s'adapter à une nouvelle vie, et chez l'autre, par une connaissance approfondie des petits milieux. Le projet d'établissement a ici été envisagé sur le long terme.

L'établissement à long terme a également été considéré par ces derniers répondants, comme pour d'autres encore, dans la perspective d'une stabilité professionnelle et familiale, ou encore par besoin de «sécuriser ses affaires», pour reprendre les termes de l'un d'entre eux (un omnipraticien). L'extrait suivant illustre cet état d'esprit :

« On est des gens très stables. (...) C'est bien tranquille, notre affaire. Ça fait qu'on se disait, si on vient ici, c'est pas parce qu'on va partir dans 6 mois. Si on vient ici, c'est parce que nous autres on considère [qu'on va vouloir s'établir]. Puis on est des gens très positifs aussi, [mon conjoint] et moi. (...) Ça fait qu'on se disait si on peut faire sorte que nous autres on soit bien, ça va bien aller. Nous on voulait juste avoir un endroit où rester où on serait confortable. » (Spéc03, femme)

Nous nous éloignons donc, dans ce cas de figure, de la simple ouverture à l'expérience ou du goût de l'aventure. La prédisposition à vivre en région apparaît davantage ancrée dans des valeurs personnelles et aussi, chez quelques-uns, dans le projet de fonder une famille. Certains, originaires des régions centrales, souhaitent coordonner ce dernier projet avec le besoin de devenir plus autonome par rapport à leur propre réseau familial.

Il semble par ailleurs que l'attrait des régions pour les répondants accompagnés ait pu, en certains cas, être favorisé par des conditions relatives à la situation des conjoints eux-mêmes, notamment leur origine régionale ainsi que leur domaine de formation. Du moins, des données tendent-elles à le confirmer.

En ce qui concerne l'origine régionale, le tableau 12 montre qu'un peu plus de la moitié des conjoints étaient originaires de régions intermédiaires (n=6) ou éloignées (n=6).

⁷ Ce commentaire est celui de l'un des deux spécialistes ayant eu une pratique d'omnipraticien en région avant de retourner faire leur spécialité.

Tableau 12 Répartition des médecins selon leur origine régionale et celle de leur conjoint au moment de la résidence⁸

Conjoints Répondants	Régions centrales	Régions interméd.	Régions éloignées	Total
Régions centrales	9	2	2	13
Régions interméd.	2	2	0	4
Régions éloignées	0	0	4	3
Régions multiples	0	2	0	2
Total	11	6	6	23

En fait, à ce niveau de l'attraction, il apparaît à la lumière des propos entendus que l'origine régionale des conjoints n'ait joué qu'un rôle très relatif. Ainsi, par exemple, un spécialiste semble s'être référé à l'origine semi-urbaine (petite ville de région intermédiaire) de sa conjointe pour, entre autres, rendre compte du fait que «nous n'allions pas en région à reculons». Il ne s'agissait donc, en ce cas comme en celui de plusieurs autres, que d'une condition favorisant le choix d'aller en région ou, plus exactement, ne pouvant aller à son encontre en raison de prédispositions plutôt favorables. Ce rôle particulier de l'origine régionale du conjoint n'est en fait que peu très peu évoqué. Au mieux, il est sous-entendu. En aucun cas, n'apparaît-il comme un déterminant du choix.

Fait par ailleurs intéressant, parmi les onze conjoints originaires de régions centrales, six ont été formés dans le domaine de la santé (médecine et nursing) et quatre dans des domaines offrant potentiellement des ouvertures en région, tels que l'enseignement et le travail social. Quant aux conjoints originaires de régions éloignées ou intermédiaires, ils ne sont guère en reste ayant notamment été formés en médecine (n=3), en nursing, en génie et en pharmacie.

Un choix de vie professionnelle

C. L'idée de la profession médicale et la formation

Sept répondants (5 omnis et 2 spécialistes) avaient, avant de faire leur médecine, une formation universitaire dans un autre domaine, la plupart dans des champs connexes de recherche fondamentale telles que la biologie, la chimie et l'endocrinologie, ou débouchant sur des occupations associées aux sciences de la santé comme la pharmacologie. Deux omnipraticiens avaient, quant à eux, une formation dans les sciences humaines.

⁸ Des deux spécialistes ayant auparavant pratiqué à titre d'omnipraticien dans leur région, l'un avait un conjoint originaire d'une région centrale et l'autre, d'une région éloignée.

Ce qui a amené les répondants de ce premier groupe à faire des études de médecine est souvent un intérêt combiné pour les sciences biologiques et l'envie d'être en contact avec les gens ou de leur venir en aide. Ce dernier aspect est en fait prédominant dans le discours à la fois des omnipraticiens et des spécialistes, des femmes comme des hommes, auquel s'ajoute chez certains l'idée selon laquelle la médecine est une profession où «ça bouge beaucoup» et où la gratification par rapport aux gestes posés peut être immédiate. L'image du Dr Welby – ce personnage de série télévisée «qui pouvait tout faire et qui était autant le bon docteur de famille que le chirurgien ou l'accoucheur, etc. – est même évoquée en tant que modèle déterminant par deux spécialistes et un omnipraticien.

Les études médicales proprement dites ont, de manière générale, répondu à l'idée que les gens se faisaient de la profession médicale. En fait, pratiquement tous les spécialistes abondent en ce sens, s'exprimant en des termes assez larges notamment par rapport au choix de leur spécialité : «ça a correspondu à mes attentes, dira par exemple un pédiatre, à ce que je voulais faire comme travail.» Tous affirment ou laissent entendre avoir reçu une bonne formation dans leur spécialité respective, très certainement «pour pratiquer en ville», précise l'un d'eux, et sans doute aussi pour d'autres milieux de l'avis d'au moins deux autres :

« On a eu une excellente formation, une formation de résidence où il y a tellement de patients et tellement de débit qu'on apprend vite. » (Spéc04, femme, pédiatre)

« J'ai vraiment eu une belle formation pour être capable de travailler [n'importe où]. On a été bien préparé. » (Spéc01, femme, gynécologue)

Trois autres mentionnent que, non seulement ils se sentaient prêts à pratiquer, mais qu'ils avaient surtout hâte de débiter.

Le tableau diffère quelque peu chez les omnipraticiens dont seulement sept considèrent avoir eu une formation à la hauteur de leurs attentes. Parmi eux, cinq ont été formés à la faveur de milieux ou de programmes de résidence favorisant les contacts avec les patients et une certaine autonomie de la pratique, comme à Sherbrooke ou dans des Centres hospitaliers tels que Cité de la Santé et Verdun :

« Moi j'ai fait ma résidence à la Cité de la Santé où c'était axé beaucoup sur la médecine familiale. (...) On faisait beaucoup de garde en première ligne parce qu'il n'y avait pas d'autre spécialité, donc c'est nous autres qui couvraient tout l'ensemble de l'hôpital puis des activités hospitalières ; au niveau de la garde, à ce moment-là on était exposés beaucoup à toutes les problématiques dans différentes spécialités. » (Omni06, homme)

« Quand j'étais résident, j'étais quand même dans un petit hôpital à Verdun, plus petit, c'était pas un grand centre comme Notre-Dame ou St-Luc, puis on était juste des médecins de famille, donc on avait pas du tout le [problème de] hiérarchie avec des résidents en spécialités qui est beaucoup plus présent [ailleurs]. » (Omni09, homme)

Tous les autres omnipraticiens, soit neuf, affirment au contraire avoir été déçus par certains aspects de leur formation. Quelques uns se plaignent, notamment, du problème de la hiérarchisation de la pratique dans les milieux spécialisés universitaires :

« Si on revient à la résidence à McGill, ce que j'ai détesté, c'est le peu de communication qu'on avait avec les spécialistes. (...) On avait une belle expression pour ça, les résidents de médecine familiale, c'était des scott monkeys, ok ? un petit singe... scott c'était de la shnout,

c'était de la paperasse, t'étais le petit fou qui faisait tout, qui ramassait tout. » (Omni14, femme)

« On avait le patron et ses sbires, qui étaient à son service, et il y avait peu d'entraide entre les deux. Le patron était là uniquement pour démontrer à l'étudiant ce qu'il ne savait pas et non pas pour l'aider à progresser. (...) Le patron était le dieu et le résident un moins que rien. (...) [J'ai trouvé ça décevant] parce que pour moi la médecine, c'était un travail d'entraide, c'est un travail où on aidait les gens à aller mieux et je trouvais que la formation médicale était complètement absurde par rapport aux valeurs que l'on essaie d'inculquer à nos patients : faire attention à soi, prendre du temps pour soi. » (Omni10, homme)

Le problème de la hiérarchisation recouvre en fait la difficulté de voir dans la formation une volonté de valoriser à la fois l'entraide entre collègues et le travail de l'omnipraticien proprement dit. Cette dévalorisation, improbable dans des milieux tels que Cité de la Santé ou Verdun, n'auraient pas favorisé à l'époque où ces études ont été faites (huit ans et plus) l'acquisition de compétences solides, dans la mesure où on ne laissait justement pas la chance aux résidents de se développer. L'extrait suivant témoigne de cette difficulté :

« Je sentais qu'il y avait encore plein de choses à développer pour être un médecin compétent. Dans ce temps-là, il y avait deux milieux à Montréal, il y avait Cité de la Santé et il y avait Verdun où les résidents étaient beaucoup plus exposés. Il n'y avait pas de résidents en spécialité. Puis là ils apprenaient à faire de la médecine plus vite que nous, alors que nous on était, comme je te disais, le dernier en arrière. Puis quand on était à l'UMF, où on apprenait les rudiments de la médecine familiale, c'était des cas pas intéressants. Ça fait qu'on n'avait pas une formation à tout casser. Mais ça a changé depuis ce temps-là. Ça a changé, les résidents sont beaucoup mieux formés qu'ils ne l'étaient, il y a aussi tout le cours de médecine qui a été refait. » (Omni02, homme)

En somme, la formation médicale semble avoir moins bien préparé les omnipraticiens que les spécialistes à exercer leur profession, quelque soit le lieu de pratique considéré. Or justement, dans le cas du dernier répondant cité comme pour d'autres omnipraticiens, la perspective des régions au cours de leur résidence s'est offerte presque naturellement à eux en tant qu'alternative à ce qu'ils ne pouvaient obtenir en milieu universitaire. L'extrait suivant illustre éloquentement cet aspect :

Quand je suis allée à Rimouski [en stage de résidence] – dans ce temps-là, on avait le droit d'y aller jusqu'à 14 mois d'affilé – c'est justement parce que j'en avais un petit peu raz le bol de la formation à Québec. Le manque d'ouverture envers la médecine familiale, et moi, c'est comme une deuxième chance que je me donnais parce que j'étais vraiment pas emballée par ce qui se passait en ville. (Omni01, femme)

Ce genre d'exposition aura donc joué un rôle pour plusieurs. Avant de nous y attarder de manière systématique et de déterminer la nature réelle de leur influence, il convient cependant de situer ces stages dans le contexte plus large de la transmission d'information sur la pratique en région, puis d'examiner quelques enjeux du choix ainsi que les attentes à l'égard de cette pratique.

D. La perspective de la pratique en région

a) *La transmission d'information*

Tous les répondants sauf un (spécialiste) ont été, à un moment ou à un autre de leur formation, exposés au moyen de stages à la réalité des régions éloignées dans leur ensemble et, à des degrés divers, au type de pratique médicale caractéristique des petits milieux. Quel qu'ait été la nature de leur influence sur la décision d'aller pratiquer en région, ces stages ont certes représenté une source d'information importante. Dans bien des cas en effet, ces informations auront à tout le moins permis d'ouvrir la porte à une telle perspective.

En dehors de ces stages, l'exposition aux régions au cours des études a également pris la forme d'informations transmises dans le contexte universitaire proprement dit, la plupart du temps par des confrères résidents, mais aussi de temps en temps et de manière informelle par des professeurs ou des patrons :

« [On était informé par] d'autres résidents et aussi des patrons qui avaient pratiqué en région pendant des années et qui étaient revenus en ville, puis qui nous racontaient un peu c'était quoi leur vie en région. » (Omni07, homme)

« Durant ma formation, j'ai eu deux patrons qui connaissaient un peu la pratique en région. (...) Des fois ils en parlaient et c'était intéressant. » (Spéc08, homme)

« On n'avait pas de cours là-dessus comme tel. C'était plus à travers le bouche à oreille puis la connaissance des autres qui étaient allés en région, ou à travers des stages, ce qui fait qu'à un moment donné on prend conscience que oui, en région on peut développer plus d'expertise dans un peu toutes sortes de domaines. » (Omni06, homme)

« On en parlait entre nous, les gens nous expliquent «Ah écoute, je suis allé à [tel ou tel endroit], ah c'était un bon stage, c'était intéressant, j'ai fait tout plein d'affaires, j'avais pas de résident 4 avec moi.» Ça fait que ça nous met la puce à l'oreille puis on dit ah bien oui, moi c'est ça que je recherche aussi, bien il faudrait peut-être que je m'organise quelque chose. » (Omni30, femme)

En fait, l'information sur les régions, pour peu qu'elle ait été transmise, semble surtout avoir profité aux omnipraticiens et contribué, en partie, à leur rendre intéressante l'idée d'y pratiquer un jour.

Les spécialistes, de leur côté, semblent avoir eu peu de liens avec des résidents ayant été en région et, par conséquent, n'ont pas été informés de manière analogue. Par contre, ils ont souvent été en contact direct avec des médecins en poste là-bas qui leur référaient des cas :

« Parce que quand on est dans des grands centres, on voit les patients qui nous sont référés, on discute avec des médecins dans les régions nous les référant, on voit comment ça se passe. » (Spéc02, femme)

Mais cette perception à distance de la réalité du terrain était très souvent filtrée par des préjugés négatifs. Plusieurs spécialistes mentionnent cet aspect :

« La réputation des régions éloignées dans un hôpital universitaire, c'est pourri. Ce médecin-là, il est pourri, il va nous envoyer sa patiente, on va s'en occuper. (...) C'est véhiculé à 100

milles à l'heure ça là. (...) Ils n'ont pas de moyens, ils ne peuvent pas grand-chose, puis ils nous réfèrent les patients, c'était plus ça. » (Spéc03, femme, gynécologue)

« C'est sûr qu'on avait des oui-dire puis des «*come back*», quand on était résidents, souvent la pratique en région était un peu dénigrée. Si on avait un transfert d'un milieu très éloigné, il fallait comme ne pas prendre ça pour acquis. C'est ce qui était véhiculé. Il fallait comme recommencer l'évaluation. Ce n'était pas, bon tu prends le transfert comme il arrive. Les gens qui travaillaient en région étaient comme rabaissés par rapport aux gens des milieux urbains. » (Spéc07, femme, gynécologue)

« Dans le temps qu'on était résident, c'est sûr que quand on recevait certains cas de la région, puis que c'était jugé *managé* de façon inappropriée, bien là on disait regarde, ça vient de tel endroit, on sait bien... On était exposés un petit peu à cette façon-là de penser, quand on est en milieu universitaire. » (Spéc11, femme, chirurgienne)

Cette dernière répondante ajoute cependant qu'il arrivait que cette «façon de penser» soit «contrebalancée par des patrons qui étaient un peu des mentors» et qui mettaient en garde contre la tentation trop facile de juger des confrères ayant souvent à composer avec des situations difficiles.

b) Des attentes professionnelles : la région comme alternative

Bien que des «mentors» soient parvenus à limiter les dégâts, il est difficile d'imaginer, à la lumière des informations reçues, que les conditions générales de la pratique en région aient pu représenter un quelconque intérêt pour les spécialistes. On peut donc se demander comment, en dehors d'une exposition somme toute assez sommaire à l'occasion de stages pré doctoraux (peu ayant fait des stages en région au cours de leur résidence), ils ont été amenés à envisager cette perspective. La question se pose aussi pour les omnipraticiens, même si l'on sait qu'ils ont généralement été informés de manière positive par leur entourage et qu'ils ont par ailleurs été soumis à une exposition plus approfondie sur le terrain (les stages postdoctoraux que tous, sauf un, ont réalisés). En fait, nous devons maintenant nous interroger sur ce que la pratique médicale en région éloignée a pu représenter pour ces deux groupes de médecins alors qu'ils étaient à compléter leur résidence.

Dans le cas des omnipraticiens en général, mais aussi chez quelques spécialistes, l'expérience acquise en ville comme en région au cours de la résidence aura favorisé la comparaison entre les deux milieux :

« Ce qui se passe en centre universitaire, où il y a beaucoup de résidents, beaucoup d'externes, c'est pas du tout la même chose qu'ailleurs. On se rapproche plus des problématiques qu'on va voir à tous les jours en allant dans des petits milieux. En centre universitaire, il y a des pathologies très intéressantes d'un point de vue scientifique, mais leur rareté et leur fréquence fait que, bien c'est peut-être pas vraiment ce qu'on va voir à long terme. (...) L'autre chose [par rapport aux centres urbains], c'est la pratique en bureau qui est très limitée, beaucoup de sans rendez-vous et tes patients qui sont tout de suite pris en charge par plein de spécialistes, et dans le fond, il ne te reste plus grand-chose à faire. Ça, ça m'attirait moins. » (Omni13, homme)

« [Pendant ma résidence en centre universitaire], je me suis sentie souvent comme un infirmière de triage. Ça c'était surtout dans mon unité de médecine familiale. Et ça m'a incitée à aller en région. [Je savais que là se pratiquait une autre médecine, parce que j'avais fait un stage et que j'avais pu faire] de la vraie médecine familiale, (...) c'est sûr que tu ne peux pas ne pas aimer ça. (...) Ça fait que quand j'ai fini ma résidence, je me disais, c'est pas vrai là, je ne vais pas continuer à être une infirmière de triage puis à dispatcher

mes patients un peu partout, puis ne pas les suivre et pas savoir ce qui leur arrive puis tout ça. (...) Une espèce de médecine *fast food*, là. (...) C'est devenu une évidence. » (Omni14, femme)

« Je trouvais qu'en ville la médecine était très compartimentée. Il n'y avait pas de danger quand on était sur les unités d'enseignement, que l'interniste fasse de quoi pour le cœur de son patient s'il y avait un cardiologue en poste. Je trouvais que les platebandes étaient trop évidentes. Ça je n'aimais pas ça. Alors qu'en région, [je savais] qu'on était capable de faire un peu de tout, puis de voir globalement le patient. » (Spéc08, interniste, homme)

Clairement, alors qu'ils complétaient leurs études, la région se présentait chez ces répondants comme une alternative intéressante au plan professionnel, car ils étaient susceptibles d'y gagner en autonomie et en diversité ainsi que dans le sentiment d'être utile ou plus proche des patients et des «problématiques de tous les jours». Les centres universitaires, s'ils n'étaient pas nécessairement mal vus, n'offraient par contre aucun avantage à des individus recherchant tout le contraire d'une médecine «trop compartimentée» ou n'offrant pas suffisamment de défi. Et en effet, s'il est une chose que l'expérience en région a su donner à plusieurs, omnipraticiens pour la plupart, c'est bien comme le dit l'un d'eux «le défi de relever des cas urgents, de pouvoir faire toutes sortes de choses» et d'apprendre à se débrouiller sans spécialistes.

Du point de vue des omnipraticiens, l'autonomie et la diversité, la prise en charge complète des patients, la possibilité en somme de pratiquer une véritable médecine de famille et, en ce qui concerne les rapports avec les autres professionnels, l'absence de hiérarchie et la convivialité, sont autant de caractéristiques qui semblent avoir présidé au choix d'une pratique en région. Ces dimensions apparaissent abstraites de tout contexte spécifique, même si des expériences particulières sur le terrain peuvent y avoir contribué.

En certains cas, ces perceptions de la pratique en région peuvent avoir été développées indépendamment de toute expérience directe, mais n'en représenter pas moins des réponses à des attentes précises. Par exemple, pour un répondant, il n'y avait pas véritablement d'idées préconçues sur ce qu'était la pratique en région, seulement une idée de ce qu'il voulait faire comme médecine et que la région était peut-être en mesure de lui offrir (notamment l'autonomie et l'absence de hiérarchie entre les professionnels), suivant ce qu'il en avait entendu avant de lui-même en faire l'expérience. L'extrait suivant illustre un autre exemple d'un tel cas de figure :

« Pendant mes études, je voulais faire une pratique élargie. (...) [Entre autres, je voulais faire de l'obstétrique] et pour faire de l'obstétrique il fallait que je sois exposée le plus possible dans mes 2 ans, ça fait que je me suis dit je vais aller à des places où les omnipraticiens en font, donc des endroits [comme en région]. (...) Je savais que probablement à la fin de mes études je me retrouverais dans une région. » (Omni12, femme)

Dans son cas, aller en région était pour ainsi dire écrit d'avance, d'autant plus qu'elle est elle-même originaire d'un petit milieu (région intermédiaire) et qu'elle ne se voyait pas vraiment vivre en ville.

Du côté des spécialistes, la pratique en région éloignée s'est également présentée comme une alternative à la pratique en centre universitaire, chez certains pour des motifs qui s'apparentent à ceux des omnipraticiens et qui indiquent une forte attirance pour le milieu régional. Cela est particulièrement frappant chez les trois internistes qui, au cours de leur résidence, ont eu l'occasion de vérifier sur le terrain à quel point leur spécialité, que l'un d'entre eux associe par essence à une «pratique versatile», avait une utilité particulière en région. Ainsi, pour une deuxième, aller en région représentait «un défi, la chance de pouvoir mettre en oeuvre tout ce

que j'étais capable de faire et tout ce que j'avais appris», la possibilité en somme de se réaliser professionnellement. En région, souligne-t-elle encore, «c'était tu peux faire tout ça et il y a tout ça aussi qu'on aimerait que quelqu'un fasse, alors c'était la panoplie des choix.» (Spéc05, femme)

Ce genre d'attraction pour la pratique en région s'observe également chez au moins trois spécialistes n'ayant pas fait de stage de résidence, mais dont la connaissance qu'ils en auront acquise par d'autres moyens aura suffi à les convaincre. Par exemple, une pédiatre dit avoir été attirée par une certaine autonomie et aussi par «un contact différent avec les patients, toutes des choses dont elle avait entendu parler par «des plus vieux». Une autre pédiatre évoque ce goût qu'elle avait «de toucher à tout» qui n'aurait pu être satisfait en centre universitaire où l'on «réfère au neurologue pour un mal de tête et au gastro-entérologue pour un mal de ventre.»

Pour d'autres spécialistes cependant, la pratique en région est apparue, non pas comme une réponse à des attentes professionnelles impossibles à réaliser autrement, mais plutôt comme une perspective à considérer au même titre que celle consistant à pratiquer en centre universitaire ou, chez certains, à poursuivre en surspécialité (faire un *Fellow* au Québec ou à l'étranger). En somme, ces répondants n'ont pas cru que les conditions générales de la pratique de spécialité en région étaient nécessairement plus avantageuses qu'en centre universitaire. À la limite, et compte tenu des préjugés existants, il y aurait plutôt eu tendance à penser le contraire.

La possibilité du *Fellow* a été sérieusement envisagée par au moins quatre de ces répondants jusqu'à la toute fin de la résidence et, à l'exception d'une seule que l'idée de pratiquer en région intéressait tout autant (entre autres parce qu'elle savait qu'elle ne serait appelée à faire que de la 2^{ème} ligne et qu'elle croyait pouvoir jouer un rôle en tant que médecin), n'a pas été vraiment concurrencée par cette autre alternative. Éventuellement, comme nous le verrons à l'étape de l'installation, les circonstances finiront par décider du choix de la région éloignée comme lieu de pratique.

Par ailleurs, trois autres répondantes, dont deux originaires des régions éloignées et une autre de régions multiples, laissent entendre qu'elles n'ont pas davantage été attirées par la possibilité de faire un *Fellow* qu'elles n'ont développé d'attentes particulières vis-à-vis de la pratique en région. Aucune, en fait, n'avait une bonne idée de ce qu'impliquait cette pratique. Par contre, toutes avaient envie de commencer à travailler au plus vite. Pour deux d'entre elles, l'endroit importait peu; pour l'autre, détentricrice d'une bourse d'études en médecine, il était évident que ce serait en région, mais cela aurait très bien pu être ailleurs aussi.

En résumé, la perspective d'aller pratiquer en région éloignée semble avoir été alimentée en large partie par une expérience sur le terrain au cours des études, ainsi que par des informations transmises de manière informelle par des professeurs ou des collègues résidents. Sous ces deux aspects, l'exposition aux régions aura surtout profité aux omnipraticiens qui, pour la plupart, y auront trouvé des avantages par rapport aux centres universitaires et développé le projet d'aller y exercer une médecine répondant mieux à leurs attentes. Quant aux spécialistes, une partie seulement d'entre eux semble avoir entrevu un gain professionnel dans la perspective d'aller pratiquer en région, l'autre ayant plutôt démontré une relative indécision à cet égard.

5.1.2. Les mesures incitatives

L'importance des stages pré et post doctoraux

La section précédente a laissé entendre que le fait d'être exposé à la réalité des régions, notamment chez les omnipraticiens, avait pour effet en certains cas d'ouvrir à la perspective d'une installation éventuelle. Nous examinerons ici de manière plus systématique l'influence de cette exposition aux régions au cours des études en distinguant les périodes pré et post doctorales. Rappelons que la première période (pré doctorale) se réfère à l'ensemble des stages et emplois d'été réalisés au cours des premières années d'étude puis de l'externat; la seconde, aux stages en résidence.

A. Une influence certaine sur la décision

L'évaluation de l'influence, dans le cas des stages en région tout comme nous allons le voir dans celui des autres mesures, mérite d'être nuancée au-delà d'une simple réponse *oui* ou *non* à la question de savoir si ce type d'incitatif a joué un rôle dans la décision d'aller en région. En ce qui concerne les stages, il se dégage des propos de nos répondants que de telles mesures peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur la décision, n'en avoir aucune ou encore, en avoir une qui est contraire à l'effet recherché. En fait, nous dirons de cette influence qu'elle est soit positive (directe), *a posteriori* (indirecte), nulle ou neutre (aucun effet) et négative (contraire à l'effet recherché).

Dans le cas des stages pré et post doctoraux, aux divers types d'influence correspondent les définitions suivantes :

- *L'influence positive:*

Les stages (en résidence, d'immersion clinique, externat ou emplois d'été) ont eu une incidence sur la décision d'aller en région, l'expérience ayant été concluante. S'il s'agit de stages réalisés pendant les premières années d'étude, ils peuvent n'avoir laissé qu'une impression marquante dans la mémoire (une sorte d'empreinte), mais qui demeure déterminante pour la suite des choses, soit pour le développement du projet d'établissement en région. Lorsqu'ils sont réalisés au moment de la résidence, ces stages peuvent exercer une influence immédiate sur une décision de s'établir en région, alors que celle-ci n'avait jamais jusque-là été envisagée sérieusement.

- *Influence a posteriori:*

Au moment d'entreprendre les stages, la décision est déjà prise d'aller en région ou un projet a été défini en ce sens, l'expérience ne servant dès lors qu'à confirmer ou à ancrer davantage cette décision ou ce projet. Ainsi, cette mesure exerce-t-elle une influence après-coup, mais elle n'en est pas moins importante si on la considère sous l'angle d'une préparation utile et fort appréciée à la vie et à la pratique en région.

- *Influence négative:*

L'exposition en région a un effet désincitatif, car l'expérience s'est avérée pour le moins décevante. Elle décourage donc, en principe, de tout projet ou décision d'aller en région. Pour les répondants du groupe 1, ce type d'influence est à toutes fins utiles inopérant à l'étape des

stages post doctoraux (voir Tableau 16). Il s'observe néanmoins dans un seul cas à l'étape précédente. Il s'agit d'une spécialiste qui se dit déçue d'un stage d'externat réalisé en région : «si j'avais voulu faire de la médecine familiale, affirme-t-elle, je ne suis pas sûre que ça m'aurait attirée parce qu'ils m'ont fait faire plein de choses qui n'avaient pas rapport avec la médecine.»

- *Influence neutre:*

Aucune influence (positive, négative ou *a posteriori*) n'est exercée sur la décision d'aller en région. Les stages sont perçus comme une expérience parmi d'autres.

Les tableaux 13 et 14 montrent le poids relatif des types d'influence exercés par les stages pré et post doctoraux sur la décision d'aller pratiquer en région éloignée.

Tableau 13 Influence des stages *pré* doctoraux

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	6	6	12
Influence <i>a posteriori</i>	3	2	5
Influence négative	--	1	1
Influence neutre	3	1	4
Aucun stage	4	4	8
NAP	--	2*	2
Total	16	16	32

Tableau 14 Influence des stages *post* doctoraux (en résidence)

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	8	4	12
Influence <i>a posteriori</i>	7	1	8
Influence négative	--	--	0
Influence neutre	--	--	0
Aucun stage	1	9	10
NAP	--	2*	2
Total	16	16	32

* Deux spécialistes ayant auparavant pratiqué comme omnipraticiens en région.

Un premier constat s'impose lorsque l'on compare ces tableaux : l'influence positive prédomine dans les deux cas sur l'influence *a posteriori*, à l'exception des omnipraticiens qui, eu égard aux stages post-doctoraux qu'ils ont l'obligation de faire, ont été influencés presque autant positivement qu'à posteriori (8 vs 7). Quant aux spécialistes, il est intéressant d'observer que parmi les cinq qui ont été exposés à ce stade, quatre disent avoir été positivement influencés par leur expérience. En somme, il apparaît à la lecture de ces deux tableaux que pour un peu plus du tiers des répondants (soit 12 dans chacun des cas) l'expérience de stage en région a eu une influence directe sur la décision d'y établir leur pratique.

Un second constat ressort de ces tableaux. Alors que quatre répondants au total soutiennent ne pas avoir été influencés (influence neutre) ou de ne l'avoir été que négativement (1 seul cas sur 6) par leur exposition en région au cours de leurs premières années d'étude, l'influence des

stages au moment de la résidence n'apparaît, quant à elle, jamais neutre ou négative. Il semble en effet que ces mesures aient bel et bien rempli leur fonction d'incitatif, soit directement (positif) ou indirectement (*a posteriori*), chez tous ceux qui, à ce stade de leur formation, auront été exposés à la pratique médicale en région éloignée (vingt au total). Par ailleurs, dix-sept des vingt-deux répondants ayant eu une expérience de stage avant la résidence considèrent que cette exposition les aura encouragés, positivement ou *a posteriori*, à s'établir en région. En comparaison, les vingt au total ayant été exposés lors de leur résidence ont tous été influencés favorablement.

B. Des témoignages éloquentes

L'incitation à aller pratiquer en région alors que rien n'est encore joué en ce qui concerne le choix d'un lieu de pratique semble donc particulièrement bien servie par les stages pré et post doctoraux. L'exposition en région avant la résidence, on l'a vu, a pour effet de laisser une empreinte très souvent favorable et, par le fait même, d'ouvrir la porte à d'autres expériences en région. En cela, elle est plus souvent qu'autrement déterminante.

Omnipraticiens et spécialistes ne se distinguent guère à ce chapitre. En témoignent les extraits suivants :

« C'était des stages (externat) tout à fait corrects, ce qui fait que quand j'ai eu fini, j'étais pas du tout fermé à l'idée d'y aller, même je trouvais que ça pouvait être quelque chose d'intéressant. » (Omni13, homme)

« En 5e année, on a un stage d'observation. Puis moi j'étais venue à Amos, dans ce temps-là, juste pour le plaisir de sortir de la ville, et j'ai réalisé comment la médecine elle était différente en région, comment ça n'avait rien à voir avec ce que je faisais en milieu universitaire. Et ça m'a plu beaucoup, beaucoup. Et c'est pour ça que je suis revenue comme R2 et que je suis revenue comme R4 et c'est sûrement pour ça que je suis encore en région finalement. » (Spéc05, femme)

« Sûrement que ça joué [stages d'immersion au cours des 2 premières années d'étude] parce que ça été des beaux souvenirs. Je me rappelle d'avoir eu des belles expériences puis d'avoir vu des médecins fins, puis qui avaient l'air d'avoir du fun, puis l'ambiance... c'est sûr parce que c'était positif ce que j'ai vu. » (Spéc14, femme)

Une omnipratricienne évoque, de son côté, l'influence positive qu'à eu son stage pré doctoral sur son appréciation du milieu de vie en région :

« Au niveau de la pratique, c'est pas ça qui a influencé, parce que c'était un milieu de soins prolongés et de psychiatrie dans le temps, il n'y avait pas beaucoup d'exposition en première ligne, ça fait que ça n'a pas influencé le choix de ma pratique, là. Mais pour ce qui est du choix du milieu de vie, oui [ça a influencé]. J'ai trouvé l'endroit très agréable. C'est une campagne finalement. » (Omni12, femme)

Parfois, les stages pré doctoraux peuvent n'avoir aucun impact, sinon celui de faire prendre conscience d'une réalité régionale inconnue jusque-là mais sans qu'ils ne suscitent nécessairement d'intérêt particulier pour la pratique ou la vie en région. Cet éveil survient plutôt dans un second temps, à l'occasion des stages post doctoraux. Pareille situation est illustrée par le cas d'un omnipraticien qui n'avait aucune idée de la vie en région avant d'y mettre les pieds une première fois au moment de son externat. La vraie découverte est survenue au cours de son stage de résidence et a joué de manière positive sur sa décision de s'établir par la suite.

D'autres, surtout omnipraticiens, insistent sur le rôle déterminant qu'a joué leur exposition à la pratique médicale en région pendant leur résidence. Le témoignage de l'un d'eux est à cet égard éloquent :

« C'était au début de mon R2 et ça, ç'a été le point déterminant, qui a mûri dans les mois qui ont suivi. Là, ça s'en venait le moment où il fallait prendre une décision où s'établir. (...) Je sentais qu'il y avait de l'intérêt pour que je reste à [nom d'un hôpital en centre universitaire] où était mon milieu de formation, je ne détestais pas ça, ça roulait là-dedans, mais en venant [faire mon stage en région], je pense que j'ai découvert que je pouvais tenir mon bout. (...) Là je te dirais que j'ai eu plus la piqure de ce que pouvait être la médecine. » (Omni02, homme)

Lorsque les stages pré ou post doctoraux ne servent pas à éveiller un intérêt pour le milieu de vie et la pratique en région, c'est qu'il est déjà présent et que se dessine depuis un temps variable le projet de s'y établir. Par contre, ils permettent de consolider les bases de ce projet et incitent, finalement, à aller en région en aval de la décision (influence *a posteriori*). Les propos d'une omnipratricienne illustre parfaitement ce cas de figure :

« J'étais sûre que je ne travaillerais pas dans un milieu dit universitaire. (...) C'était vraiment à cause du type de pratique, et en 4^e année, on fait des stages d'immersion où on peut aller dans d'autres milieux, et moi je suis allée en Gaspésie. Et c'est ce modèle-là que je cherchais. (...) [Ce stage-là] m'a permis de confirmer mon choix ou mon orientation. » (Omni30, femme)

Pour un autre omnipraticien et pour une spécialiste citée plus haut⁹, l'exposition au niveau de la résidence a surtout servi à confirmer une décision déjà sérieusement envisagée au moment de leur stage pré doctoral.

La notion de préparation est également importante dans ce contexte. Le stage pré ou post doctoral en région doit servir la décision de s'y établir. Il ne s'agit donc pas de confirmer cette dernière, mais de mieux connaître le terrain et de se doter minimalement de certains outils. Les témoignages d'une omnipratricienne et d'un spécialiste traduisent cet esprit :

« Mon but c'était une pratique de région, ce qui fait que [pendant ma résidence] j'ai voulu visiter le plus d'endroits possible [pour mieux me préparer]. » (Omni04, femme)

« Si on fait nos stages en milieu universitaire standard, on est toujours avec une équipe de résidents, internes, et notre implication comme externe, elle est bien loin. Ça fait que quand tu vas en région, bien toute cette pyramide-là, tu ne l'as pas avec toi, t'es directement avec le [spécialiste] et c'est un contact un peu privilégié que tu retrouves pas autrement. Je pense que c'était beaucoup ça qui m'avait motivé à ce moment-là [pour mon stage d'externat, sachant que j'irais en région]. » (Spéc12, homme)

En somme, l'exposition en région au moment de la formation constitue une mesure hautement appréciée par les répondants du groupe 1. Le fait que son caractère déterminant (influence positive) soit plus souvent évoqué est en soi révélateur du rôle qu'elle peut tenir dans le contexte de l'attraction, mais ne doit pas sous-estimer l'importance de sa fonction de confirmation de la décision ou de préparation en conséquence de cette dernière (influence *a posteriori*).

⁹ Stage d'observation réalisé au cours de sa 5^{ème} année.

L'effet des bourses d'étude en médecine¹⁰

Le deuxième type d'incitatif à considérer dans le contexte de l'attraction concerne les bourses d'études en médecine, dont ont bénéficié huit des omnipraticiens et seulement quatre des spécialistes interrogés. Les 12 médecins bénéficiaires ont été influencés soit positivement soit *a posteriori*.

Ces valeurs positive et *a posteriori* ont ici un sens similaire à celui qui caractérise l'influence des stages pré et post doctoraux. Ainsi, en son sens positif, l'influence des bourses d'étude sur la décision est directe, c'est-à-dire qu'elle sous-entend une relation de cause à effet : dans le cas présent, en échange de l'avantage financier, on s'engage à aller en région. Quant à l'influence *a posteriori*, elle suppose en ce cas-ci, et de manière comparable à celle définie dans le contexte des stages, qu'au moment de toucher les bourses, la décision d'aller en région a déjà été prise. Ces bourses sont alors vues comme un appoint ou un bonus venant conforter cette décision. Comme l'indique le Tableau 15, six répondants (4 omnis et 2 spécialistes) sont concernés par ce type d'influence, alors que seulement trois (2 omnis et 1 spécialiste) ont été influencés positivement dans leur décision d'aller en région.

Tableau 15 Influence des bourses d'études en médecine selon le domaine de spécialisation

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	2	1	3
Influence <i>a posteriori</i>	4	2	6
Influence nulle	2*	--	2
Aucune bourse	8	11	19
NAP	--	2**	2
Total	16	16	32

* Omnipraticiens ayant obtenu une bourse, mais dont l'influence ne joue pas au présent stade de l'attraction (voir Installation).

** Spécialistes ayant auparavant pratiqué en région à titre d'omnipraticien.

Ce résultat, qui est proportionnellement inverse à celui observé pour les stages pré et post doctoraux (prédominance de l'influence positive), tend à démontrer que les bourses incitent moins à aller en région, comme le font les stages, qu'elles ne permettent à ceux que la promesse d'un engagement à pratiquer en région ne dérange guère, de profiter d'une source de revenu supplémentaire le temps de compléter les études et la résidence. Cependant, si l'on tient compte de l'influence totale, quelle soit positive ou *a posteriori*, on peut conclure que les bourses contribuent à attirer les étudiants en régions.

Ayant décidé assez tôt d'aller en région, un omnipraticien, lui-même originaire d'une région éloignée, a pris des bourses pendant 3 ans compte tenu de sa situation familiale et aussi parce qu'il était endetté :

¹⁰ Il s'agit des bourses d'études offertes aux étudiants en médecine par le MSSS et non des bourses régionales de formation spécialisée.

« Dans ma situation, parce que moi j'avais quand même quatre enfants à ce moment-là et j'avais des dettes d'études en plus. Donc tout ça là, si on met ça ensemble... Si j'avais été célibataire, si je n'avais pas eu de dettes d'études, etc., je ne suis pas sûr que ça aurait eu le même impact » (Omni06, homme)

Les dettes ou la précarité financière sont également en cause pour deux autres omnipraticiens et un spécialiste qui, avant de se prévaloir de leurs bourses (jusqu'à trois ans pour l'un), avaient décidé qu'ils iraient de toute façon en région.

Pour une autre omnipraticienne, qui a su au début de sa résidence qu'elle tenterait volontiers l'expérience de la pratique en dehors des centres universitaires, ce ne sont pas les dettes qui l'ont amenée à prendre un an de bourse, mais le besoin de se doter d'un moyen de transport : «j'étais bien contente d'avoir 10 000\$ pour m'acheter une auto, mais [même si je n'avais pas eu l'obligation d'aller un an en région] je pense que j'aurais tenté l'expérience pareil». Un spécialiste s'est quant à lui prévalu de ces bourses pendant 4 ans, histoire de s'offrir un autre genre de commodité :

« J'ai profité de la bourse qui était là, parce que mon idée était déjà faite, puis là je me suis dit tant qu'à y aller, j'ai calculé mes affaires, puis je me suis dit bon, c'est 10 000\$ imposable, après impôt il en restait tant, puis ça m'a permis de me payer le luxe d'avoir une maison pendant ma résidence. (...) Ça fait que je me suis payé du luxe entre guillemets avec cette bourse-là, sachant que de toute façon je venais. » (Spéc08, homme)

Un cas d'influence *a posteriori* qui nous paraît intéressant est celui d'une omnipraticienne qui a décidé de prendre les bourses pendant deux ans parce qu'elle savait qu'elle ne voulait pas pratiquer en centre universitaire. Cette influence peut néanmoins être interprétée en son sens positif étant donné que le fait de se prévaloir des bourses l'a incitée à aller en région éloignée plutôt qu'en région intermédiaire ou périphérique : «les bourses [ont fait] que je me suis retrouvée en région, [c'est-à-dire que sans ça] je me serais probablement retrouvée en région, mais peut-être pas aussi loin.»

Un autre répondant dit avoir pris deux ans de bourse au moment de sa résidence, sa décision d'aller en région étant en germe depuis ses premières années d'étude. Mais le fait de les prendre a eu pour effet de l'inciter à franchir le pas :

« Les bourses d'étudiant, ça c'est sûr. Pour moi là, ça, ça été majeur, ça t'amène en région, ça c'est bien clair. C'est... oui, ça c'est bien clair d'après moi. Je ne connais pas les statistiques, mais pour moi, ça a joué beaucoup. » (Omni15, homme)

Par ailleurs, parmi les dix-neuf répondants n'ayant pas obtenu de bourses d'études en médecine (voir Tableau 15), neuf, dont sept omnipraticiens, soutiennent s'y être opposés par principe, ne souhaitant pas s'en prévaloir afin de n'être tenu par aucun engagement. «Je m'y suis refusé, nous confie un omnipraticien, parce que je ne voulais pas avoir d'engagement, je ne voulais pas être obligé de répondre comme à l'armée et tout ça.»

L'argument qui prévaut dans l'ensemble est que les bourses ne peuvent être considérées comme des incitatifs dans la mesure où leur est rattachée une obligation contractuelle :

« Je ne serais jamais allé dans quelque chose qui m'aurait attaché à une obligation de faire quelque chose. Moi là, non. Ça c'est sûr. Si on m'avait dit écoute, 10 000\$ puis tu vas aller en région, (...) non ça, je n'aurais pas été capable de faire ça. » (Omni02, homme)

« Moi c'était ça qui était important quand j'ai fait mes études. C'était de ne pas avoir de restriction dans mon lieu de pratique, je trouvais que c'était inquiétant de s'imposer des restrictions alors qu'on commençait un cours de médecine. » (Spéc04, femme)

À la crainte de se voir imposer des restrictions s'ajoute, dans un cas, celle que le contrat puisse éventuellement ne pas être respecté par le gouvernement :

« Je n'avais pas confiance dans le gouvernement de l'époque, à savoir bon quand j'allais finir est-ce que mon contrat allait être respecté ou est-ce qu'on allait vouloir m'envoyer encore plus loin ? J'avais vraiment une crainte énorme d'être obligé d'aller à quelque part où je ne voulais pas aller. Je ne voulais pas avoir les mains liées, je voulais vraiment être libre; libre de choisir et j'ai décidé de ne pas prendre le risque d'avoir une bourse d'études. » (Omni10, homme)

Une inquiétude de nature plus pragmatique est également évoquée :

« J'avais peur d'être prise si les circonstances m'avaient amenée à modifier mon choix, puis de devoir rembourser ; je ne voulais pas m'endetter de cette façon-là. » (Omni04, femme)

En somme, l'influence des bourses dans la décision d'aller en région est apparue sous un jour d'autant plus négatif pour près d'un tiers des répondants qu'elle leur a fait craindre le pire.

Une dizaine d'autres répondants, presque exclusivement des spécialistes, ont en commun avec les précédents de ne pas avoir bénéficié des bourses d'études, mais ils ne partagent pas leurs objections, du moins pas explicitement. Certains, arrivés avant 1990, prétendent que cette mesure n'existait pas au temps de leurs études. La plupart des autres mentionnent que leur décision de s'établir en région a été prise trop tardivement pour pouvoir profiter de cet incitatif, la perspective d'un *Fellow* en milieu universitaire ou à l'étranger étant demeuré pour certains une alternative jusqu'à la fin de la résidence.

En résumé, les bourses d'études en médecine ont exercé sur les répondants une influence qui est surtout *a posteriori* (n=9), ce qui laisse croire que le principal avantage de ces bourses semble résider dans le fait qu'elles permettent de soutenir une décision ayant déjà été prise pour d'autres raisons. Par contre, le nombre relativement élevé de répondants qui ont refusé de s'en prévaloir laisse entrevoir une opposition de principe et donc une certaine résistance à l'idée d'une obligation contractuelle à pratiquer en région.

L'impact relatif des autres incitatifs (rémunération, primes et ressourcement)

Dans les deux sections précédentes, ont été examinés les incitatifs qui sont offerts au moment de la formation, soit l'exposition à la pratique médicale et les bourses d'étude en médecine. Ces incitatifs représentent en quelque sorte des moyens de sensibilisation à la pratique en région et de soutien à un projet d'établissement. Ils ne peuvent donc être rattachés qu'aux conditions de l'attraction, en tant que facilitateurs de celle-ci.

Les «autres» incitatifs dont il est ici question – à savoir la rémunération majorée, les primes diverses et le ressourcement – sont de leur côté intimement liés aux conditions de la pratique en région (et non à celles de la formation). À cet égard, ils peuvent être, à l'instar des caractéristiques de la pratique ou du milieu de vie en région – et pourvu que l'influence qu'ils

exercent soit positive –, considérés en tant que facteurs (plus que comme simples moyens donc), non seulement de l'attraction, mais aussi de l'installation et du maintien. Ils méritent donc, à ce titre, une attention particulière qui leur sera également portée aux deux prochaines étapes. Nous verrons dans la section sur les déterminants de l'attraction (5.1.3.) la place qu'ils occupent par rapport aux autres facteurs, mais pour le moment il importe d'examiner la nature ou l'orientation de leur influence (positive, *a posteriori*, nulle) dans la décision de s'établir.

Le tableau 16 montre une égale répartition entre les répondants pour qui ces incitatifs financiers ont joué un rôle (positivement ou *a posteriori* : n=15), et ceux pour qui l'influence n'a joué d'aucune manière (nulle : n=15).

Tableau 16 Influence de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement selon le domaine de spécialisation

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	6	2	8
Influence <i>a posteriori</i>	1	6	7
Influence nulle	9	6	15
NAP	--	2*	2
Total	16	16	32

* Deux spécialistes ayant auparavant pratiqué comme omnipraticiens en région.

Examinons d'abord le résultat selon lequel les incitatifs gouvernementaux associés aux conditions de la pratique en région n'auraient eu aucune influence (nulle) chez quinze répondants (9 omnipraticiens et 6 spécialistes). Deux types d'arguments sont ici invoqués : une relative méconnaissance de ces incitatifs en raison d'un manque d'information et une faible valeur accordée au caractère proprement financier de l'incitation.

Le premier cas de figure est représenté par au moins quatre des six spécialistes et deux omnipraticiens qui soutiennent ne pas avoir été «vraiment au courant» de ces avantages, notamment, comme le fait remarquer l'un d'eux, parce qu'«ils ne nous en parlent pas beaucoup dans nos cours». Par ailleurs, une telle méconnaissance, à cette étape préparatoire au choix d'un lieu de pratique, serait plus marquée chez les spécialistes en raison de leur décision souvent tardive d'aller en région et, par conséquent, de leur défaut à rechercher toute information pertinente à cet égard.

Le second argument, qui est celui de la valorisation relative du caractère financier de l'incitation à aller en région, est surtout servi par les omnipraticiens. Tous ont été informés de l'existence de ces mesures au moment de leurs études ou de leur résidence, mais elles n'ont fait l'objet d'aucune attention particulière de la part de ces répondants, soit par indifférence pure et simple ou désintérêt pour tout ce qui concerne les questions d'argent («honnêtement, je suis pourrie dans les chiffres, (...) ça fait que ça, ça me dépassait complètement»), soit parce qu'à l'époque de la décision, comme le souligne l'un d'eux établi depuis 12 ans, les bénéfices associés à ces mesures n'étaient pas assez importants pour qu'ils puissent avoir une réelle influence. Pour tous, l'enjeu se situait de toute façon ailleurs.

L'autre résultat qui nous intéresse plus particulièrement concerne l'influence qu'ont réellement eu ces mesures – positivement ou *a posteriori* – sur les huit spécialistes et sept omnipraticiens restants. (Tableau 16) La connaissance de l'existence des incitatifs financiers est bien

évidemment une condition préalable. Dans le cas de l'influence *a posteriori*, ceux-ci sont perçus comme un bonus dont on pourra profiter, mais qui, s'ils n'existaient pas, ne changeraient rien à la décision d'aller en région. L'influence positive signifie, quant à elle, que les incitatifs financiers ont un effet déterminant, c'est-à-dire qu'ils encouragent à aller en région compte tenu de conditions financières jugées plus intéressantes.

Ce qui retient particulièrement l'attention ici est le fait que la proportion des deux catégories de répondants est exactement inversée suivant qu'il s'agit de l'influence positive ou de celle *a posteriori*. Il apparaît en effet que la première soit principalement la marque des omnipraticiens (6 sur 7) et que la seconde soit surtout représentée par les spécialistes (6 sur 8).

Sans doute une partie de l'explication de ce résultat réside-t-elle, non pas dans le domaine de spécialisation proprement dit, mais dans le fait que parmi les six omnipraticiens influencés positivement, cinq étaient plus ou moins lourdement endettés à la fin de leur résidence et que, à l'inverse, parmi les six spécialistes influencés *a posteriori*, seulement deux étaient très endettés et une autre l'était un peu. Il importe cependant de préciser que, parmi ces trois spécialistes endettés à l'issue des études, deux avaient des attaches familiales dans les régions finalement choisies comme lieu de pratique¹¹, alors qu'aucun des six omnipraticiens, ni d'ailleurs les deux spécialistes, influencés positivement ne présentaient un tel profil.

L'explication de l'endettement paraît plausible si l'on admet que l'attrait pour la région éloignée comme lieu de pratique puisse avoir été motivé, au moins en partie, par la perspective de bons revenus. Cette considération est, en tous les cas, apparente dans les propos de répondants qui voient la rémunération majorée et les primes comme un moyen de se renflouer ou de faire un peu d'argent. L'illustre, en particulier, le témoignage suivant :

« Est-ce que je serais venu ici, est-ce que j'aurais fait le *move* si ç'avait été la même rémunération qu'en ville? C'est sûr que ça n'a pas nui, sûrement. (...) Peut-être que finalement, le poids... c'est parce que j'étais endetté aussi, ça fait que je voyais mes dettes puis j'en avais en maudit, 46 000\$, c'est pas rien, puis je me disais qu'ici je pourrais rembourser plus facilement. J'étais rassuré de ce point de vue-là, c'est certain. » (Omni02, homme)

Sans s'interrompre, ce répondant ajoute à l'avantage de la rémunération majorée celui du ressourcement qui, du même coup, accède au statut des mesures l'ayant influencé positivement dans sa décision de s'établir en région :

« Je voyais aussi la possibilité de descendre [en ville] avec des voyages payés pour la formation continue. Ça, j'accrochais là-dessus. » (Omni02, homme)

De pouvoir éventuellement « profiter des congrès plus que n'importe qui demeurant à Montréal » a également représenté un incitatif pour une deuxième omnipraticienne se définissant par ailleurs comme une personne qui aime le luxe et qui « aime ça avoir des sous » et qui, par conséquent, a été influencée de manière sans équivoque par la perspective d'une rémunération majorée. À propos de cette dernière, deux autres omnipraticiens évoquent « le coup de pouce » ou le « plus » ayant permis de renforcer leur décision.

¹¹ L'une étant originaire de la région où elle avait décidé de pratiquer et l'autre ayant une conjointe originaire de la région choisie. Une troisième, non endettée, avait également un conjoint originaire de la région où elle s'est établie.

L'argument financier a également joué pour un répondant, non par nécessité ou appât du gain, mais plutôt dans le sens de privilégier les régions éloignées dans le choix de son lieu de pratique :

« Si ça n'avait pas été à 115%, je me serais probablement trouvé un milieu intermédiaire qui répondait à tous mes autres critères. Puis j'aurais été probablement bien heureux aussi puis moins loin de ma famille. Mais le fait d'être à 115%, honnêtement, d'avoir les autres mesures incitatives, bien ça a été un élément de plus qui a fait la différence entre le milieu intermédiaire puis la région. » (Omni13, homme)

Dans le cas de ce répondant, le milieu universitaire ne correspondait pas à ses attentes au plan professionnel. Un lieu de pratique en dehors des grands centres s'imposait donc nécessairement comme alternative, indépendamment de toutes considérations financières. Celles-ci ne sont intervenues que pour inciter à faire le choix d'un lieu plus éloigné que ce qui aurait été souhaité idéalement.

L'idée d'un supplément ou d'une compensation financière que l'on accepte en échange d'un établissement loin de sa famille ou de son milieu habituel est donc ici bien présente. Dans la mesure où elle détermine le choix d'une région éloignée au détriment d'une autre offrant un type et des conditions de pratique similaires, une telle compensation exerce une influence réellement positive. Mais si le choix se pose entre deux milieux différents au chapitre des conditions et du type de pratique, l'influence de cette compensation risque de se faire sentir dans l'après-coup seulement de la prise de décision qui se fonde dès lors sur d'autres facteurs, notamment d'ordre professionnel.

C'est du moins l'interprétation que nous suggèrent les propos de certains répondants que nous avons classés dans la catégorie de l'influence *a posteriori*, laquelle peut ici se traduire par l'appréciation favorable qui est faite de certains avantages ayant valeur de bonus ou de compensation normale pour un travail que l'on souhaite faire de toute façon.

« [Ces avantages-là] ça a été la cerise sur le sundae, le *bonus qui va avec ce que moi j'ai toujours voulu faire*, (...) mais c'est pas des choses qui ont joué dans la prise de décision. » (Spéc10, femme)

« Je savais qu'avec le genre de pratique que je ferais que je ne ferais pas du débit ou que je verrais 30 ou 40 patients par jour, là [comme en ville]. Puis *c'est certain qu'il fallait qu'il y ait une compensation* qui me permette d'avoir un revenu comparable à ce que j'aurais en ville. Ça a pesé dans ce sens-là. Pas parce que je pensais à faire plus d'argent ici, pas du tout. » (Spéc09, homme)

« L'argent n'a jamais été un considérant pour moi, la raison pour laquelle j'ai fait médecine ou pour laquelle je suis venue en région; (...) il y avait des incitatifs, oui, je le savais que j'aurais un bon salaire [et c'est tant mieux] mais c'est pas ça qui a joué dans la balance pour prendre des décisions. » (Spéc11, femme)

Bien qu'il soit clair pour ces répondants que l'argent n'a jamais été un enjeu de leur venue en région, il apparaît pour la dernière citée – d'ailleurs l'une des trois spécialistes de ce sous-groupe ayant accumulé quelques dettes – que cet aspect aurait pu jouer un rôle déterminant si, à l'époque de sa décision de venir, la rémunération en ville avait été à 70%, ce qui est devenu le cas peu de temps après. Pourtant, deux autres médecins (une spécialiste et une omnipratricienne) qui, dès le départ, ont été sous le coup de cette dernière mesure, ne semblent pas l'avoir considérée comme un déterminant de leur décision. Comme le souligne l'une d'elle,

«c'était *Why not?* ça me poussait encore plus à aller en région, mais même si j'avais été payé à 100% en ville, je ne serais pas restée là», en raison de considérations autres ayant beaucoup à voir, dans son cas, avec le type et les conditions de la pratique en région.

En résumé, la moitié des répondants du groupe 1 – omnipraticiens autant que spécialistes – ont été influencés positivement ou *a posteriori* par des incitatifs financiers. L'influence positive et, par conséquent, l'effet déterminant de ces mesures, s'observe principalement chez les omnipraticiens et s'expliquerait en partie par les dettes que la plupart auraient accumulées au cours des études et leur besoin de s'en acquitter au plus vite. En l'absence d'un tel fardeau ou de considérations qui amènent à voir l'aspect financier comme un supplément nécessaire à son bien-être, l'argent ne constitue en aucun cas un enjeu de la décision, même si les avantages de cet ordre sont appréciés.

5.1.3. Les déterminants de l'attraction : d'abord une qualité de pratique

Comme nous venons de le voir, et dans la mesure où leur influence est positive, les incitatifs à caractère financier (rémunération, ressourcement) n'interviennent comme facteurs d'attraction que chez seulement huit répondants, en majorité omnipraticiens. Le poids de ces incitatifs doit cependant être relativisé par rapport à celui des autres facteurs, d'ordre professionnel, contextuel ou personnel.

Les facteurs en cause

Par facteurs d'ordre **professionnel**, nous entendons l'ensemble des motifs faisant appel à ce qui est recherché ou attendu de la pratique en région éloignée *en général*, à savoir le type de pratique et les qualités qui lui sont associées telles que l'autonomie et la polyvalence, «la possibilité de toucher à tout» ou de diversifier ses activités. Spécialistes et omnipraticiens ne se différencient guère à cet égard.

Les facteurs d'ordre **contextuel** renvoie, pour leur part, à des motifs essentiellement reliés au cadre de vie (environnement physique, nature), ainsi qu'à une qualité de vie représentative des petits milieux (relations sociales, cultures locales). L'appréciation positive de ces milieux ou la capacité de s'y identifier à l'époque des études constitue une indication du rôle effectivement joué par un tel facteur du point de vue de l'attraction. Ainsi en est-il de ces propos tenus par une omnipratricienne : «Je voulais vivre dans un endroit plus petit qu'une grande ville. (...) J'ai toujours détesté la ville. (...) Je suis une fille de campagne, là.» (Omni04, femme) Peut être énoncé sous ce rapport l'intérêt d'un tel cadre pour assurer, non seulement le bien-être personnel, mais également celui de la famille en général et des enfants en particulier.

Quant aux facteurs d'ordre **personnel**, ils font le plus souvent référence, dans le contexte particulier de l'attraction, à des motivations telles que le besoin de prendre ses distances face à famille, le goût de l'aventure, le désir de tenter une nouvelle expérience ou de relever des défis, etc. En fait, il s'agit de traits ou de prédispositions personnelles ni plus ni moins élevées au rang de facteurs par les répondants eux-mêmes. Ces prédispositions peuvent sous-entendre ou venir appuyer des dimensions relatives aussi bien au contexte régional qu'à la vie professionnelle. Par exemple pour une spécialiste, la perspective d'un établissement en région correspond à la possibilité d'appliquer une certaine vision de son rôle en tant que médecin (prédisposition reliée à la profession : aider les autres, rendre service), mais aussi à celle d'avoir

plusieurs enfants (choix personnel) en raison d'un environnement jugé à cet égard plus propice (contexte).

Le tableau 17 montre la distribution de ces facteurs selon qu'aucun ne sont en cause (volet I), qu'un seul est retenu comme ayant eu un impact (volet II) ou que plusieurs sont impliqués (volet III).

Tableau 17 Distribution des facteurs d'attraction (seuls ou avec d'autres) selon le domaine de spécialisation

	I. Auc un facteur	II. Un seul facteur					III. Plusieurs facteurs				
		Profes. (seul)	Contexte (seul)	Pers. (seul)	Finan.* (seul)	Sous- total	Profes. ET Contexte ou Person.	Profes. ET Finan.	Profes. ET Contexte ou Person. ET Finan.	Sous- total	Total
Omnis	0	5	0	0	0	5	5	1	5	11	16
Spécial.	4	4	1	0	1	6	5	0	1	6	16
Total	4	9	1	0	1	11	10	1	6	17	32

* Incitatifs gouvernementaux à caractère financier (rémunération, primes et ressourcement)

Une toute première observation s'impose à la lecture de ce tableau. Elle touche à l'absence de facteurs en cause chez quatre répondants (3 femmes et 1 homme), tous spécialistes. (volet I). Pour ces derniers, la perspective d'aller en région n'a, à toutes fins pratiques, jamais été envisagée au cours des études et de la résidence. La décision viendra tardivement, notamment en raison de la possibilité de faire un *Fellow* (3 sur 4 dans cette situation). Elle ne prendra véritablement forme que dans le contexte de l'installation, c'est-à-dire dans le cadre du projet très concret de s'installer dans une localité donnée compte tenu de circonstances particulières (recrutement de dernière minute, emploi offert au conjoint, etc.).

On constate par ailleurs (volet II) que pour onze répondants, à peu près autant omnipraticiens que spécialistes (et autant hommes que femmes), un seul facteur est en jeu, et que pour la grande majorité (n=9), il est professionnel. Ce résultat tend à montrer qu'au stade de l'attraction, dans la mesure où l'enjeu principal pour des futurs médecins concerne le choix d'un lieu et d'un type de pratique, la dimension professionnelle peut ne pas laisser beaucoup de place à d'autres motifs.

Il n'en demeure pas moins que dix-sept répondants mettent en cause le facteur professionnel avec d'autres qui eux sont d'ordre contextuel, personnel ou financier (volet III). Parmi eux, onze — hommes autant que femmes, encore une fois — considèrent ce facteur en relation avec un

autre seulement (soit contextuel ou personnel, soit financier), et six avec deux, dont celui financier. Il est notoire de constater ici qu'omnipraticiens et spécialistes se répartissent également (n=5) dans les deux cas lorsqu'aux facteurs professionnels se greffent les facteurs contextuels ou personnels, mais qu'un écart apparaît dès lors que l'on rajoute le facteur financier (incitatifs gouvernementaux). En effet, six omnipraticiens au total, contre seulement un spécialiste, font référence à ce dernier facteur. De plus, ce sont en majorité des hommes (5 sur 7), ce qui donne à penser que les femmes seraient moins préoccupées par les questions d'argent.

Au total, le facteur professionnel est le plus fréquemment mis en cause. En effet, il est identifié, seul ou en relation avec d'autres, par 26 répondants. Suivent les facteurs d'ordre contextuel ou personnel invoqués par 17 répondants (dont seulement six se réfèrent à la dimension personnelle), et combinés dans presque tous les cas avec d'autres facteurs, à l'exception d'un spécialiste (voir Tableau 17, volet II). Quant aux incitatifs financiers, nous avons déjà mentionné qu'ils ne jouaient un rôle que pour huit répondants seulement. On notera ici que six fois sur huit ce facteur financier est associé à plus d'un autre facteur (dernière colonne), ce qui indique la place très relative qu'il semble occuper et un poids somme toute assez faible par rapport aux autres facteurs.

La primauté du facteur professionnel

Le tableau 18 reprend de façon détaillée les données du volet III, notamment en distinguant les facteurs d'ordre exclusivement contextuel de ceux qui, en outre, renvoient à des motifs personnels ; il permet surtout d'illustrer la hiérarchisation des facteurs en cause telle que proposée par les répondants eux-mêmes afin d'expliquer leur décision de s'établir en région éloignée.

Tableau 18 Hiérarchisation des facteurs d'attraction selon le domaine de spécialisation (n = 17)

	1) Profes. 2) Contexte	1) Profes. 2) Person.	1) Profes. 2) Finan.	1) Profes. 2) Contexte 3) Finan.	1) Profes. 2) Person. 3) Finan.	Sous- Total	1) Contexte 2) Profes.	1) Person. 2) Profes. 3) Finan.	Sous- Total	Total
Omnis	4	0	1	2	2	9	1	1	2	11
Spécial.	2	2	0	0	0	4	1	1	2	6
Total	6	2	1	2	2	13	2	2	4	17

Ce qui frappe au premier abord est la primauté du facteur professionnel qui vient au premier rang chez treize répondants, et au deuxième chez seulement quatre. En ce dernier cas, les facteurs d'ordre contextuel et personnel se partagent la première place. Quant au facteur financier, il se situe à chaque fois au dernier rang des facteurs d'attraction (six fois 3^{ème} et une fois second), ce qui tend à confirmer son poids relatif, pour ne pas dire accessoire. Comme le

souligne l'un des répondants, «[les mesures] si on hiérarchise, c'est pas la première cause, c'est pas la deuxième, *peut-être* que c'est la 3e.»

Examinons d'abord la signification de cette première place occupée par le facteur professionnel (n=13) en relation avec le rang tenu par les autres. En fait, cette donnée n'étonne guère si l'on considère par ailleurs que le facteur professionnel est le seul en cause pour neuf répondants (tableau 17, volet II) et qu'il semble, par conséquent, avoir tendance à occuper une très large place dans leur souvenir concernant les motifs qui les auront amenés en région. Pour ces derniers répondants, la perspective d'une pratique diversifiée et stimulante, offrant une autonomie improbable en milieu urbain – tant pour les omnipraticiens que les spécialistes – représente un enjeu de toute première importance.

Or ces thèmes de la diversité et de l'autonomie, que recouvre parfaitement la notion de «qualité de pratique» selon un répondant, se retrouvent avec une égale conviction chez ceux qui, au second rang, invoquent des facteurs d'ordre contextuel ou personnel (n=9), sans compter ceux qui, au troisième, ne manquent pas d'ajouter le facteur financier (n=4). Chez les omnipraticiens, le refus de faire «une médecine de *dispatchage*» ou la volonté d'assumer la complète prise en charge des patients, et chez les spécialistes, la possibilité d'une médecine plus diversifiée au sein même de la spécialité ou, comme le souligne l'une d'entre eux, «d'être un vrai spécialiste [faisant] vraiment de la 2ème ligne», sont autant de caractéristiques ayant contribué à faire du facteur professionnel «le gros motivateur» de la décision d'aller en région.

Chez ces répondants, les facteurs d'ordre contextuel ou personnel ne sont pas moins importants, ils sont simplement subordonnés au facteur professionnel dans la mesure où ceux-ci semblent être intervenus dans la décision comme pour ouvrir sur un autre horizon que celui de la pratique médicale, ou comme si la «qualité de pratique» devait trouver un complément utile dans une «qualité de vie» en dehors du milieu de travail.

C'est ainsi, par exemple, que le milieu de vie et le cadre naturel deviennent des dimensions complémentaires de la réalisation des attentes au plan professionnel. Ces éléments du contexte entrent dans la représentation d'un bien-être appréhendé pour les répondants et leur famille, afin d'apporter un équilibre. À cet égard, le milieu urbain ne présente pas des conditions suffisamment intéressantes :

« C'était bien plus la pratique [qui a fait que je suis venue] (...) [Mais il y a aussi que ça ne me disait pas de vivre en ville] : faire une heure d'auto pour aller travailler, il n'en était saintement pas question. C'est sûr que t'as pas ça en région. (...) Puis il y a aussi la question d'élever des enfants en ville, (...) j'aurais pas trippé, là. Ça fait que c'était bien pour ça, la région. » (Omni14, femme)

« Moi c'est pour le type de pratique [que j'ai décidé de venir en région], (...) mais ce n'était pas juste la pratique. À ce moment-là, je n'avais pas envie d'aller vivre dans une grande ville, moi j'ai été élevée là, mais c'est pas ce que je voulais vivre. » (Spéc13, femme)

« C'est le type de pratique plus diversifié [qui m'a attirée en région] Puis, des milieux de vie plus petits, souvent, bien ce que je recherchais c'était des milieux peut-être plus conviviaux, plus chaleureux. » (Omni05, femme)

« [Il fallait aussi penser à d'autre chose que le travail]. Ça fait que le d'autre chose, aussi bien que ça soit dans un environnement où je me sentrais bien, puis cette grosseur d'environnement-là me plaisait beaucoup. » (Spéc08, homme)

Quant au facteur personnel, il procède, depuis sa deuxième place dans la hiérarchie, d'un sens du défi et de la découverte et aussi d'un besoin de faire œuvre utile ou de «faire sa part» qui servent d'autant mieux la dimension professionnelle que celle-ci suppose, on l'a vu, une plus grande autonomie.

Lorsque le facteur professionnel vient au deuxième rang (n=4), c'est que les motifs liés aux dimensions contextuelles et personnelles semblent avoir précédé tout ce qui relève de l'appréciation du type et des conditions de la pratique médicale en région.

Par exemple, la primauté du facteur personnel sur celui professionnel se conçoit, chez les deux répondants concernés, à partir d'une situation objective au plan personnel qui prévaut soit à la fin de la résidence, soit à un autre moment (célibataire ou rupture conjugale). Ce genre de situation, combinée à des prédispositions ou à des qualités personnelles (le goût de l'aventure, une attitude d'ouverture), ouvre la porte à la décision de s'établir en région.

« À ce moment-là, je n'avais pas de compagne, ça fait que pour moi, aller en région, c'était une bonne opportunité. Je me disais, c'est le temps d'y aller. (...) [Et puis], je partais en me disant bon, je verrai si j'aime ça, puis si j'aime ça, je resterai. Je ne venais pas en me disant je viens faire 2-3 ans puis je vais m'en aller après. Ça fait que pour moi, ça a joué beaucoup [cette attitude là]. (...) [Et puis], il y avait le type de pratique, oui, je pense que les gros hôpitaux universitaires, les gros centres, ça, ça m'attirait moins ; [une pratique] où tu vois des patients qui vont tout de suite être pris en charge par plein de spécialistes et où il ne te reste plus grand-chose à faire, ça, ça m'attirait moins. » (Omni13, homme)

Cet extrait montre que ce qui décide en premier lieu du départ a beaucoup plus à voir avec une situation et une attitude personnelles qu'avec une attirance marquée pour le type de pratique en région. En somme, ce n'est pas cette dernière qui attire, mais bien la pratique en centre universitaire qui attire moins. Autrement dit, une autre situation au plan personnelle et, bien sûr, une autre attitude aurait pu rendre tout à fait acceptables les conditions d'une pratique en milieu urbain, ce qui autorise à relativiser l'importance du facteur professionnel.

Quant à la primauté du facteur contextuel, il s'explique aisément par un attachement au milieu de vie régional qui, soit préexistait aux études de médecine (le cas d'un spécialiste originaire des régions), soit s'est construit très tôt aux cours de ces mêmes études à la faveur de stages pré-doctoraux répétés (le cas d'un omnipraticien originaire d'un grand centre urbain). Le facteur professionnel devient dans ces circonstances une dimension particulière du milieu de vie régional, pour laquelle l'on considère s'être adéquatement préparé.

Au total, le facteur professionnel est invoqué seul (tableau 17) ou au premier rang par vingt-deux répondants (sur vingt-six le mentionnant); le facteur contextuel ou personnel, par seulement cinq répondants (sur dix-sept). Sauf dans un cas où il est seul à avoir une influence, l'aspect financier se situe pour tous les autres au dernier rang. Par ailleurs, pour quatre répondants, aucun facteur ne semble être intervenu à ce stade de l'appréciation globale de la réalité régionale. En ce qui les concerne, la décision ne paraît devoir être comprise que dans le contexte de l'installation proprement dite.

5.2. L'installation

À cette étape de l'installation, le choix des régions éloignées fait place à celui d'une région et d'une localité particulières. Ce choix met en jeu des circonstances et des modalités pratiques

que ne relèvent plus du contexte global de la prise de décision caractérisant l'étape précédente. Ainsi, l'influence des stages, qui participent des circonstances du choix, se mesure-t-elle selon qu'ils ont été ou non réalisés dans les localités choisies. Quant à l'influence des autres incitatifs, elle doit être à nouveau questionnée afin de vérifier dans quelle mesure précise ils interviennent dans la décision.

En ce qui concerne les facteurs d'installation, bien qu'ils laissent présager ici aussi des motifs d'ordre professionnel et contextuel principalement, on doit moins s'attendre à ce qu'ils soient liés à des caractéristiques générales de la pratique médicale et de la vie en région qu'à des images plus concrètes de ces deux univers en situations spécifiques.

5.2.1. Les circonstances et les modalités du choix

Une occasion de franchir le pas

Comment les répondants en sont-ils arrivés à envisager leur installation en région ? En d'autres termes, quelles sont les circonstances qui les ont amenés à passer de la perspective d'un établissement en région éloignée au choix d'une région particulière ? Ou quelle a été pour chacun d'eux l'occasion leur ayant permis de choisir un lieu plutôt qu'un autre ?

Trois types de circonstances peuvent être identifiés : 1) les stages post doctoraux réalisés dans les régions finalement choisies ; 2) les contacts personnels ou les liens familiaux existants dans ces mêmes régions ; et 3) les contacts officiels initiés par des agents locaux (DSP et responsables du recrutement dans les régions concernées) ou par les répondants eux-mêmes auprès de ces agents.

Le premier type de circonstances (stages post doctoraux) regroupe huit répondants (dont 7 omnipraticiens), le deuxième (contacts personnels ou familiaux) quatorze (dont 10 spécialistes), et le troisième (contacts officiels) compte pour sa part autant d'omnipraticiens que de spécialistes (cinq dans chaque cas, pour un total de dix). On remarque que les stages, en tant qu'occasions privilégiées du choix, sont presque exclusivement représentés par des omnipraticiens, tandis qu'à l'inverse, parmi ceux qui ont été amenés à faire leur choix à la faveur de contacts personnels, l'on retrouve surtout des spécialistes. Ce résultat n'étonne guère si l'on considère, d'une part, le caractère obligatoire des stages en résidence du côté des omnipraticiens et, d'autre part, le manque d'exposition organisée aux régions du côté des spécialistes faisant place, entre autres, à des moyens plus informels de les faire connaître ou de faire en sorte qu'elles deviennent des choix logiques.

Par ailleurs, environ la moitié des répondants rencontrés en Abitibi et sur la Côte-Nord ont été amenés à choisir ces régions par l'intermédiaire de leurs contacts personnels (6 et 5 respectivement). Sur la Côte-Nord, les contacts officiels ou le démarchage auprès des agents locaux ont été le fait de l'autre moitié (n=5), tandis qu'en Abitibi les stages viennent au second rang des circonstances ayant favorisé le choix du lieu de pratique (n=4). En ce qui concerne la Gaspésie, les répondants se répartissent à peu près également entre les trois types (3, 3 et 4, suivant l'ordre 1), 2) et 3) proposé ci-dessus).

A. L'influence confirmée des stages post doctoraux

Pour sept omnipraticiens et un seul spécialiste, le stage en résidence a été l'occasion de décider de leur lieu de pratique ou, dans un seul cas, de confirmer une décision déjà prise lors d'un stage pré doctoral réalisé au même endroit.

En règle générale, le fait d'avoir pu observer et vivre les conditions de la pratique dans un lieu précis, sans compter l'expérience du milieu de vie ou du cadre naturel, a eu une incidence directe sur la décision de s'y installer :

« Les deux mois que je suis venu ici, déjà on s'était fait des amis puis on était bien dans le milieu. Donc c'était facile, avec la qualité de vie en Gaspésie, les plages, les montagnes, le plein air, je pense que c'était excellent. Ça correspondait à nos goûts. (...) Le choix de [localité en Gaspésie], c'est sûr que c'est mon stage de 2 mois ici. » (Omni07, homme)

« Moi, je n'étais pas venue à l'Abitibi, parce que, honnêtement, ce n'est pas une très belle région. Soyons francs. (...) C'est parce que j'étais venue faire mes stages ici, j'avais rencontré l'équipe, et c'est surtout ça qui m'a plu. » (Spéc05, femme)

L'influence de tels stages peut donc être considérée comme positive, dans le sens où l'expérience aura révélé des aspects particuliers de la vie et de la pratique dans une région ou localité spécifique qui sont invitants et qui, par conséquent, incitent à s'y installer.

Il n'est toutefois pas sans intérêt de mentionner que pour quatre de ces répondants, dont les deux précédemment cités, l'expérience de ces stages les a également influencés positivement dans les termes plus généraux de l'attraction. En effet, si les montagnes et les plages de la Gaspésie ou l'équipe de travail de tel Centre hospitalier en Abitibi ont pour effet de donner sa couleur locale à la décision, cette dernière demeure aussi tributaire d'attentes plus générales relatives au «plein air» par exemple ou, comme le mentionne un autre omnipraticien, à une atmosphère de travail fondée sur l'absence de hiérarchie et le respect mutuel, principe relevant d'une conception des conditions dans lesquelles doit travailler un médecin, quel que soit son lieu de pratique. Il semble donc y avoir eu chez ces répondants coïncidence entre la réponse à des attentes générales et la découverte de particularités locales ayant pour effet de donner du relief aux premières.

Un autre cas de figure est illustré par deux omnipraticiens pour qui les stages en résidence dans les régions qu'ils finiront par choisir ont eu une influence positive sur cette décision, alors que ces mêmes stages, dans le contexte de l'attraction, avaient été réalisés sachant qu'ils comptaient de toute façon s'établir en région éloignée (influence *a posteriori*). Pour l'un des deux, le stage allait décider que ce serait l'Abitibi plutôt qu'une région intermédiaire. Chez le second, un stage en résidence sur la Côte-Nord, précédé il faut le dire d'un voyage d'agrément dans la région, outre qu'il aura permis suite à une expérience au niveau pré doctoral de confirmer sa décision d'aller en région éloignée, l'aura également incité, en raison de «la beauté du coin», à choisir cette région particulière, sans égard à la localité (pas nécessairement celle où a été fait le stage).

Un dernier cas de figure est représenté par le parcours d'un omnipraticien dont le stage en résidence a eu une influence *a posteriori* sur sa décision de s'installer dans la localité gaspésienne où il a pourtant été réalisé. Dans son cas, une influence positive a néanmoins été exercée, mais au cours de stages pré doctoraux effectués au même endroit. En fait le choix de cette localité a été fortement déterminé, en dehors de considérations relatives au milieu de vie, par l'expérience d'un deuxième stage au cours de la 3^{ème} année d'étude :

« La chimie s'est faite à ce moment-là [au niveau de la pratique]. On pouvait vraiment voir qu'on était impliqué, puis qu'on était important, même si on n'était pas grand-chose encore. (...) Par exemple, en anesthésie, on intubait, sous supervision bien entendu, comme si on était déjà des résidents. » (Omni09, homme)

À l'exception de ce dernier répondant, l'influence des stages pré doctoraux sur la décision d'installation n'est jamais présentée aussi clairement. En effet, pour cinq autres répondants (3 omnipraticiens et 2 spécialistes) – dont au moins l'un des stages pré doctoraux aura été réalisé dans la région ou localité finalement choisie, mais jamais aucun stage post doctoral – une telle expérience, souvent trop rapide, n'aura laissé, tout au plus, qu'un préjugé favorable :

« J'étais déjà venu faire un stage en 2e année ici, mais c'était très bref, là, c'était une semaine ou deux. (...) J'étais venu en plein mois d'avril, la période peut-être la moins jolie, puis ça ne m'avait pas dérangé du tout. J'avais même apprécié. » (Omni13, homme)

« La durée c'était 4 semaines, c'était l'année avant de commencer ma résidence (...) J'avais beaucoup apprécié. J'avais trouvé les gens extrêmement gentils dans l'hôpital ici. (...) Il y avait un respect pour les externes que t'as pas en ville toujours. » (Spéc09, homme)

Ainsi, les stages pré doctoraux sont-ils en mesure d'influencer positivement la décision d'installation, mais à la manière d'un souvenir lointain et donc relativement imprécis, laissant en fait à d'autres circonstances, plus immédiates, le soin d'orienter le choix d'une région ou localité donnée.

B. Des contacts personnels ou des liens familiaux

Le deuxième type de circonstances favorisant l'installation dans des régions ou localités données, au moyen de contacts personnels ou de liens familiaux, constitue une manière plus informelle – et, en certains cas, plus ponctuelle – que les stages d'être exposé aux réalités de chacune, en dehors bien sûr des caractéristiques liées aux conditions particulières de la pratique.

Il existe en fait deux types de contacts personnels ou familiaux grâce auxquels les régions ou localités sont susceptibles de devenir des alternatives intéressantes :

- 1) les répondants ou leurs conjoints sont originaires de la région concernée, ou y demeurent depuis longtemps, ce qui implique la présence de famille (n=7);
- 2) les répondants ou leurs conjoints ont soit des amis qui sont originaires de la région concernée et ont le projet d'y retourner, soit des amis ou des membres de la famille qui, sans être originaires de ces régions, y résident néanmoins (n=7).

Le premier type de contacts personnels concerne six spécialistes et un omnipraticien. Ce dernier est en fait le seul pour qui la décision d'installation, correspondant à un retour dans sa région d'origine, s'inscrit dans la foulée d'un projet plus large d'établissement en région éloignée depuis les premières années de ses études de médecine. La présence de famille, dans son cas, aura été l'élément clé de son choix qui, autrement, aurait pu se porter sur une autre région.

Trois des spécialistes sont également originaires des régions où ils se sont installés (un pour chacune des régions à l'étude). Pour l'un d'eux, y ayant d'abord œuvré à titre d'omnipraticien, le choix d'une autre région ne s'est-il jamais posé, tant il a toujours été clair qu'il ne quittait sa région que pour aller faire ses études de médecine et, plus tard, sa spécialité. Quant

aux deux autres, la perspective d'un retour n'a jamais été envisagée autrement que pour des considérations associant l'intérêt professionnel à l'avantage de pouvoir compter du même coup sur la présence de famille. Pour l'une, la décision du retour n'est survenue qu'après quelques années passées à pratiquer dans une autre région; pour l'autre, ce sont à la fois une offre d'emploi alléchante pour le conjoint et le désir de ce dernier, plus fort que pour la répondante, de retourner dans leur région qui auront finalement décidé de l'installation.

Le fait que le conjoint soit originaire de la région choisie constitue une circonstance suffisante pour deux autres spécialistes qui, de leur côté, proviennent d'une région centrale. «C'est vraiment elle [ma conjointe] qui a mis ça sur la table», soutient l'un d'eux. Dans l'autre cas, c'est pour rejoindre son conjoint qui était originaire de l'une des régions à l'étude et qui y vivait, qu'elle a choisi ce lieu de pratique et non un autre.

Enfin, chez un dernier répondant, la simple familiarité avec le milieu régional étant donné le grand nombre d'années passées à y vivre et à y pratiquer en tant qu'omnipraticien, et non le fait d'en être originaire, a servi de contexte à sa décision de réinstallation, mais cette fois à titre de spécialiste.

Il est intéressant d'observer que l'origine régionale et les liens familiaux semblent représenter pour les spécialistes, beaucoup plus que pour les omnipraticiens, l'occasion véritable de franchir le pas de l'installation en région, comme si, dans leur cas, des aspects de la vie privée devait l'emporter sur les caractéristiques d'un milieu de travail particulier pour décider de leur lieu de pratique. Cette situation s'expliquerait notamment par l'absence de mesures d'exposition obligatoire aux régions que les omnipraticiens, de leur côté, sont tenus de respecter, mais plus généralement, par l'absence de mécanismes susceptibles de les aider à orienter leur choix en fonction de critères professionnels.

Regroupant quatre spécialistes et trois omnipraticiens, le second type de contacts personnels favorisant le choix d'une région particulière tient davantage compte de ce genre de critères, en ce que les informations relatives aux conditions particulières de la pratique sont généralement transmises par leur intermédiaire. En fait ces contacts dépendent moins, ici, de la présence sur place de membres de la famille originaires de la région qu'ils ne se traduisent par des liens privilégiés avec des personnes se trouvant généralement en position d'informer compte tenu de leur propre intérêt pour la pratique en région.

Certaines de ces personnes sont originaires des régions et veulent y retourner. Il s'agit, en l'occurrence, des collègues d'étude d'un spécialiste et d'une omnipraticienne qui ont encouragé ces derniers à venir pratiquer avec eux, en Gaspésie pour l'un et en Abitibi pour l'autre :

« En fait j'avais visité Gaspé et ici. Et pourquoi j'ai choisi ici? C'est sûr que j'avais honnêtement un préjugé favorable, parce qu'un de mes confrères de classe était originaire d'ici. (...) À un moment donné il m'est arrivé en me disant, je vais aller pratiquer en région, si ça te tente, il y a de la place chez nous. Et c'est un peu de même que ça s'était fait. » (Spéc08, homme)

« On faisait notre résidence ensemble, (...) et elle m'a dit :«pourquoi tu viens pas à [localité en Abitibi] on va être ensemble, (...) on n'arrive pas dans un carcan, c'est nous qui allons structurer notre pratique, puis on va s'aider.» Ç'a été vraiment parce que j'avais une collègue qui m'a approchée là. » (Omni05, femme)

Sans cette collègue, précise notre répondante, elle n'aurait peut-être pas choisi l'Abitibi en raison de «paysages» moins attrayants que dans d'autres régions, tel qu'en Gaspésie où elle avait eu l'occasion de faire un stage.

Quant aux cinq autres contacts personnels du présent type, leur profil est en quelque sorte inversé : en effet, ils ne sont pas originaires des régions, mais par contre ils se trouvent déjà sur place – la plupart en Abitibi – au moment où se pose la question du choix. Ce sont des amis ou des connaissances et, dans deux cas, des membres de la famille. Trois d'entre eux sont eux-mêmes médecins ou impliqués d'une autre manière dans le réseau de santé local, et ont informé les répondants ou leur conjoint de l'intérêt qu'il y aurait pour eux à venir pratiquer dans leur région. Les deux autres n'ont en fait aucun lien avec la profession médicale, mais n'en font pas moins figure de relais important dans le choix qui sera éventuellement fait.

C. Le démarchage et le recrutement

L'occasion de franchir le pas de l'installation en région a été, pour un dernier groupe de répondants, soit saisie à la suite de démarches initiées par eux dans le but de trouver un lieu de pratique (généralement des déplacements), soit fournie par des instances régionales à la faveur de contacts établis par elles et invitant à venir voir. Le premier cas de figure regroupe cinq répondants, dont quatre omnipraticiens, et le second, également cinq dont, à l'inverse, quatre spécialistes.

Trois des omnipraticiens du premier cas de figure ont été positivement influencés par leurs stages post doctoraux dans leur décision de s'établir en région éloignée (étape de l'attraction), et le quatrième l'a été *a posteriori*. Ces prédispositions favorables les ont éventuellement amenés à faire eux-mêmes des démarches pour trouver un lieu de pratique (étape de l'installation). Chez la spécialiste du groupe, de telles démarches ont été entreprises, non en raison d'une expérience de stage positive ou d'une quelconque attirance pour la vie et la pratique en région éloignée (aucun facteur d'attraction n'étant en cause dans son cas), mais uniquement parce que, ayant bénéficié d'une bourse d'études en médecine, il lui fallait trouver un endroit pour s'acquitter de son engagement. Dans tous les cas, des visites d'une ou de plusieurs régions (intermédiaires ou éloignées) ont été projetées et réalisées:

« Bien, j'ai visité plusieurs endroits, j'ai été à St-Jérôme pour voir un petit peu, j'ai été à Mont-Laurier qui était 2 heures au nord de Montréal, je suis venu ici [localité de la Côte-Nord]. Pourquoi ici plutôt qu'ailleurs, bien ici (...) j'étais déjà venu faire un stage en 2e année. » (Omni13, homme – Côte-Nord)

« On a visité, on était deux qui visitaient ensemble, on avait un petit peu le même choix d'orientation au niveau de la pratique. Ça fait qu'on a visité en couple, parce que les deux on était déjà en couple, et on a été voir à Chandler, on a été voir à Baie-Comeau, il y a juste la région du Saguenay – Lac St-Jean qu'on n'a pas été voir. » (Omni12, femme – Côte-Nord)

Une autre omnipraticienne a, dans un premier temps, effectué le même genre de démarches avec son conjoint, après avoir tous deux convenu qu'ils ne désiraient pas vivre en milieu urbain :

« Ça fait qu'on s'est mis à visiter, dans ma 2e année de résidence, puis on est allé en Abitibi. Personne, pas de famille en Abitibi ni l'un ni l'autre, puis on a fait le tour. (...) Je n'avais pas pensé à d'autres régions [parce que] on avait rencontré des gens qui venaient d'Abitibi et ils nous avaient dit de venir voir. (...) Mon mari, ça lui a rappelé beaucoup [non d'une petite ville

en Estrie dont il était originaire]. Puis je veux dire, il a trouvé une job dans une entreprise là-bas. » (Omni14, femme)

Sauf qu'à peine deux mois avant l'installation, la compagnie où devait travailler son conjoint a fait faillite. Or, à peu près au même moment, une invitation à venir visiter lui a été adressée par la direction des services professionnels d'une autre région. Une telle occasion l'aura finalement amenée à modifier son choix, compte tenu d'une garantie d'emploi pour son conjoint.

Ce qui nous introduit au second cas de figure et aux cinq répondants qui le composent, dont une majorité de spécialistes. Les circonstances du choix dépendent essentiellement ici des efforts déployés par les services professionnels pour le recrutement de nouveaux candidats.

Encore une fois, on ne s'étonnera pas de la représentation plus importante de spécialistes, quand on sait que très peu ont été exposés à la pratique en région au cours de leur résidence. Par conséquent, afin de récupérer ceux que pareille expérience aurait pu influencer les incitant ensuite à faire leurs propres démarches d'installation, une autre méthode doit être appliquée visant à éveiller l'intérêt pour la pratique en région en général, tout en faisant valoir les avantages d'une localité en particulier.

Pour répondre efficacement à ces objectifs, pareille méthode doit s'appuyer sur une approche personnalisée de la part des instances locales. Les deux extraits suivants illustrent comment des contacts ont été établis en ce sens :

« Il y avait le DSP de l'époque qui m'avait appelé... j'étais en 3e année [de résidence] à ce moment-là. Il avait appelé les gens qui étaient dans leurs deux dernières années de formation. Je lui avais dit que [nom de la localité] je ne connaissais pas ça, que j'y avais été juste une fois et que j'avais dit qu'il faudrait me payer pour rester là (rire), mais là je lui ai dit bien on va aller voir. » (Spéc13, femme)

« Le premier contact il a été fait par le centre hospitalier de [localité gaspésienne], quand j'étais R-3, là j'avais dit non, je trouvais que c'était un peu tôt pour prendre une décision. (...) Puis après ça, bien en R-4, [le DSP] m'a rappelée, puis là je suis venue visiter. (...) C'est là que c'est plus devenu concret. » (Spéc07, femme)

Ce dernier témoignage illustre l'efficacité, dans les circonstances et à défaut d'autres mesures, de l'approche du DSP pour amener un résident — qui, jusqu'au premier appel, n'avait même jamais considéré l'éventualité de s'établir en région — à finalement franchir le pas.

Par ailleurs, deux autres répondants — un spécialiste et un omnipraticien — ayant pratiqué quelques années en milieu urbain et ayant eu l'occasion de faire du dépannage ou des remplacements en région au cours de cette période, soutiennent avoir été incités par la direction des services professionnels ou la direction générale des établissements concernés à venir s'y installer.¹²

L'intérêt des lieux

Nous avons vu des circonstances du choix qu'elles pouvaient être définies selon trois types relativement indépendants. En effet, ce qui amène à choisir une région particulière découle

¹² L'omnipraticien en profite d'ailleurs pour avancer que le dépannage peut être considéré comme un incitatif à l'installation en région.

toujours en premier lieu soit des stages que l'on y a faits, soit de la médiation des réseaux informels qui lui sont rattachés, soit enfin des démarches officielles auprès de ou de la part d'agents autorisés.

Dans tous les cas, des conditions favorables sous-tendent le choix, ou viennent confirmer qu'il ne peut y avoir d'autres lieux d'installation. Pour certains, l'accueil préparatoire représente la première de ces conditions.

D. L'accueil préparatoire

L'accueil préparatoire concerne essentiellement les répondants qui, avant leur installation, n'ont d'aucune manière été exposés à la pratique médicale dans les régions qu'ils ont choisies et qui, en conséquence, n'ont pas eu l'occasion de se familiariser avec les particularités du milieu. Dans le cas de ceux qui ont bénéficié de stages post doctoraux dans ces mêmes régions, des visites dans d'autres régions ou localités peuvent même ne pas être envisagées tant le choix paraît déjà assuré. En témoigne les propos suivants :

« Moi je suis le genre à être confortable dans ce que je connais. (...) J'avais également eu la possibilité d'aller voir dans l'Outaouais; si j'y avais été, je sais bien que je serais revenu après ça de ma fin de semaine de visite en me disant ç'a l'air le fun, mais dans le fond, je ne le sais pas trop, parce que je ne connais pas assez. » (Omni02, homme)

Cet accueil préparatoire, qui participe des efforts consacrés au recrutement, est implicite au démarchage des candidats ou à leur sollicitation par les instances concernées (3^{ème} type de circonstances). Par contre, il survient dans l'après-coup lorsque les circonstances du choix procèdent par l'intermédiaire d'amis ou de membres de la famille. Comme le souligne à cet égard un répondant qu'un ami originaire de la région a encouragé à venir s'y installer, «c'est pas la direction de l'hôpital puis tout ça qui m'ont fait venir, eux autres, ils m'ont ouvert les portes.» (Spécialiste, homme - Gaspésie)

Quel que soit le cas de figure, des visites sont organisées dans les régions et ont généralement pour effet de laisser une impression marquante :

« J'étais jamais venue de ma vie en Abitibi. Ça fait qu'on est venu visiter. Le DSP nous a accueillis une fin de semaine, puis c'était emballant. » (Spéc02, femme)

« On avait reçu une lettre de [nom de la localité] nous offrant une visite guidée de la région, vol nolisé pour vous amener, etc., c'était comme un petit week-end de rêve. (...) Alors on s'est rendu. Et ça a été un gros hit, vraiment, ça avait été bien organisé. » (Omni14, femme)

Et c'est souvent à la suite de ces visites que l'installation dans la région devient une option sérieuse, sinon la seule, parmi d'autres possibilités. En certains cas, ces visites n'ont pas seulement décidé du choix d'une localité en particulier, mais de celui entre une pratique en centre universitaire et une pratique en région éloignée. Les propos suivants d'une spécialiste sont, à cet égard éloquent :

« Je pense que c'est plus quand je suis venue voir que là j'ai vraiment pris mes décisions. C'est sûr par téléphone c'est intéressant, mais je pense que c'est quand j'ai vu comment l'hôpital était fait, le genre de pratique que j'aurais, que là vraiment j'ai pris ma décision entre le Fellow puis une pratique en région. (...) Ce n'est pas parce que je voulais absolument

aller en région [que je suis venue m'installer]. J'ai choisi ici, mais je ne suis pas sûre que j'aurais été ailleurs. » (Spéc07, femme)

Au cours de leurs visites, les répondants affirment avoir, entre autres, été frappés par l'atmosphère générale de la région, mais surtout par l'accueil qui leur a été réservé par la direction ainsi que par les médecins sur place :

« Quand on est venu visiter, on a vu l'eau, on a vu l'entourage puis on a vu l'hôpital, et ça semblait professionnellement très intéressant. L'atmosphère avait l'air intéressante, ça avait l'air plaisant de travailler ici. » (Spéc12, homme)

« [On est venu visiter] et là ça a été le charme: premièrement, j'ai adoré l'endroit, quand il fait beau, c'est très beau, puis le groupe était très accueillant. » (Spéc13, femme)

« On est venu passer une fin de semaine. Et j'ai été reçu, là ! (...) Ce que j'ai eu c'est le contact avec les médecins de l'hôpital. Ils sont vingt-cinq certain qui sont venus souper avec moi, là. J'en étais gênée. (...) J'ai été touchée de les voir tous (...) J'étais vraiment surprise. » (Spéc10, femme)

« Quand on est venu visiter ici, c'est l'accueil des médecins en place qui a été déterminant. C'est vraiment le contact. Probablement que le DSP avait influencé pas mal aussi, le DSP du temps. Il était très loquace et très sympathique. » (Omni12, femme)

D'autres également mentionnent avoir été impressionnés par la qualité de l'accueil, mais aussi par la volonté manifeste de les accommoder et de leur offrir les meilleures conditions possibles.

E. Des avantages comparés

Dans bien des cas, les régions ou localités finalement choisies ont été comparées à d'autres en termes de leurs avantages respectifs. Ces avantages qui participent des conditions du choix sont surtout évalués au plan professionnel. L'accueil réservé par les collègues et les directions d'établissement constitue, on vient de le voir, un critère important à cet égard. De ce fait, il peut tout autant être mis dans la balance. Par exemple, entre deux localités, à tous égards comparables, le choix d'un omnipraticien se sera finalement porté sur celle où la direction lui aura le plus clairement manifesté son intérêt à l'avoir.

Outre la qualité de l'accueil ou des premiers contacts, c'est donc, au plan professionnel, la promesse d'un soutien apporté par les autres et la possibilité de pratiquer suivant ses attentes, qui comptent parmi les conditions les plus intéressantes en vue du choix d'une région ou d'une localité particulière.

Pour certains, notamment des spécialistes n'ayant jamais été exposés à la médecine en région ou informés à son sujet autrement que de manière générale, la qualité de pratique revêt un sens plus concret, à l'occasion de leurs premières visites, que l'idée somme toute assez large qu'ils pouvaient en avoir auparavant :

« Finalement, je suis venue visiter ici, puis j'ai aimé l'emplacement et le genre de pratique que je ferais, qui serait une gynécologie générale. Puis l'approche vis-à-vis des patients semblait différente parce qu'on connaît les gens, contrairement à en ville où c'est des gens qu'on connaît moins, qu'on voit moins. (...) Je l'ai vu en venant ici, parce que je suis quand même venue 2-3 jours, puis ça m'a donné quand même une idée de comment ça pourrait être. » (Spéc07, femme - Gaspésie)

« Il n'y avait pas encore d'interniste ici. Alors là c'était de commencer une pratique de médecine interne [avec au moins un autre interniste qui était prévu] dans un endroit où il n'y en avait pas, il y avait quelque chose de stimulant. (...) Mais j'ai visité d'autres régions par exemple. (...) Je suis allée à Chandler. Mais là, j'aurais été seule à ce moment-là, et c'était hors de question de me retrouver seule en médecine interne pour commencer ma pratique. (...) Puis je trouvais qu'ici, écoutes, c'est un hôpital très... ici on est très bien équipé. » (Spéc13, femme – Côte-Nord)

« [Quand je suis venue], j'ai vu que ce n'était pas une pédiatrie de brousse qu'on faisait ici. C'était bien étoffé, avec des pédiatres d'expérience qui étaient là pour m'épauler. Donc j'avais pas l'impression que je m'en allais dans une région où je serais toute seule, sans personne pour t'aider quand t'as des décisions difficiles à prendre. (...) [Et puis ça correspondait à la pédiatrie que je voulais faire]. Je me disais bien au moins, on a la chance ici d'avoir une pratique qui permet de prendre en charge les patients plus malades et d'utiliser les sur-spécialistes comme ils devraient être utilisés, c'est à dire comme consultants. » (Spéc04, femme - Abitibi)

La perspective évoquée par les deux dernières répondantes d'être entouré et soutenu par d'autres spécialistes représente pour plusieurs une condition importante du choix. Pour une autre interniste, de pouvoir compter à l'époque de son installation sur une masse critique de collègues comportait en outre l'avantage d'offrir un encadrement à des résidents : «c'est sûr que je ne voulais pas travailler en milieu universitaire, mais je ne voulais pas non plus en être complètement détachée, alors le fait qu'on puisse faire de l'enseignement aux résidents, c'était un aspect positif.» (Spéc05, femme)

Chez les omnipraticiens, le soutien des pairs, en tant que condition du choix d'une localité plutôt que d'une autre, se réfère dans très peu de cas à la présence «rassurante» d'un nombre suffisant de spécialistes. Ce qui attire plutôt l'attention relève davantage de la présence et de l'appui que sont susceptibles d'assurer les autres omnipraticiens :

Quand je suis venu visiter, il y avait des omnis que je connaissais qui pratiquaient déjà ici, puis ils m'ont dit de venir, qu'on allait travailler en équipe et tout ça; l'offre que j'avais était plus *friendly*, puis elle répondait plus à mes attentes que ce que j'avais vu ailleurs. (Omni13, homme)

Une autre considération qui a joué pour au moins un omnipraticien — qui affirme par ailleurs avoir été séduit, au cours de son stage post doctoral dans une localité gaspésienne, par l'esprit d'entraide et de solidarité des médecins en place — est d'avoir pu compter sur une équipe «bien staffée», ce qui lui assurait «de ne pas avoir à faire 90 heures par semaine», car, précise-t-il, «ce n'est pas ça que je voulais faire.»

La question des effectifs médicaux a également joué, mais à l'inverse cette fois, pour un autre omnipraticien qui avait le choix entre deux localités de la Côte-Nord que les conditions de pratique satisfaisaient autant à ses attentes (notamment de pouvoir faire de l'hospitalisation), mais dont le manque d'effectifs dans l'une d'elle a finalement décidé de son installation dans cette dernière.

Une autre condition non négligeable du choix d'une région ou localité particulière concerne la possibilité de diversifier sa pratique ou de développer ses intérêts. Ceux qui ont à cœur de relever des défis y trouvent ici leur compte, notamment chez des spécialistes à qui, par exemple, l'on a ouvert les portes d'un nouveau département à mettre sur pied. En témoigne par exemple l'un des extraits précédents, dans lequel il est dit que de débiter une pratique de

médecine interne dans un endroit où il n'y en avait pas encore représentait quelque chose de stimulant. Mais à cet avantage, dans ce cas, s'ajoutait une condition qui était de ne pas se retrouver seul. Or pour d'autres spécialistes, le fait d'avoir à débiter seul ne semble pas avoir constitué un problème :

« Il n'y avait jamais eu de pédiatre [dans cette localité], je savais que je serais tout seul dans l'hôpital, ça fait qu'il y avait un défi intéressant. D'un autre côté, c'est sûr que rapidement je me suis dit qu'il y aurait un stress associé à ça, mais je pense que l'attrait et la nouveauté dépassaient ça. (...) Il y avait un défi là, écoutes, [ça impliquait] un nouveau service, de nouvelles habitudes. » (Spéc09, homme)

« L'affaire qui m'intéressait beaucoup, moi [qui suis du genre] pionnière, je me disais je vais bâtir mon département. J'arriverai pas à une place où tout le monde va me dire ben écoute, la jeune, embarque dans le moule parce que ça se fait de même, pis c'est de même. Je n'aime pas ça. Là j'arrivais ici et il y avait tout à faire [en gynécologie]. Ça fait que pour moi, là, c'était génial. » (Spéc03, femme)

Pour une autre spécialiste, c'est la possibilité de faire des soins intensifs qui a déterminé son choix d'une localité parmi d'autres au sein d'une même région.

Les omnipraticiens n'échappent pas non plus à l'attrait que représentent les possibilités qui leur sont offertes de relever des défis ou de se consacrer plus spécifiquement à certaines activités :

« Le contexte à [nom de la localité] même, bien il y avait des médecins, mais il n'y avait pas de pratique médicale organisée. (...) C'était pas structuré du tout, alors en arrivant à trois, parce que moi j'arrivais avec un couple, [on avait envie] de faire quelque chose de neuf. (...) [Par rapport à ça], il y avait une ouverture, la hâte qu'on arrive, la volonté de nous faire une place. (...) [Il y avait aussi] de l'ouverture pour que je puisse arrimer [mes divers intérêts] de façon confortable, puis que ça réponde à mes attentes. Il y a eu une malléabilité du milieu quand même. » (Omni05, femme)

« Il y avait Victoriaville qui m'intéressait beaucoup, parce que c'est un milieu où j'avais fait des stages aussi, c'est un milieu qui ressemble beaucoup à [ici] au niveau de la grosseur de l'hôpital, de la façon de fonctionner, de l'atmosphère avec le personnel; le seul bémol c'était l'obstétrique [que je pouvais pas faire comme ici]. » (Omni04, femme)

Outre la dimension professionnelle, les conditions du choix, autres que relatives aux caractéristiques physiques du milieu, se rapportent notamment à des considérations telles que l'accès à un minimum de services, la proximité relative des grands centres et la taille de la communauté :

« Il y avait un théâtre, je savais que je pouvais aller au cinéma, il y avait quelques restaurants, ça me contentait; je n'étais pas exigeante à ce niveau-là. C'était pas une belle ville, mais c'était pas grave. » (Omni04, femme)

« L'aéroport ici est très proche, alors pour retourner à Montréal ou à Québec, c'est quand même rapide; ça n'a peut-être pas été un point majeur [dans mon choix], mais c'est quand même quelque chose d'intéressant de penser que si on a besoin de sortir, bien c'est faisable puis c'est rapide. On n'est pas isolé. » (Omni13, homme)

« Je préférerais venir dans une plus grosse ville. Je trouvais ça trop petit [localité visitée en Gaspésie], puis là moi j'arrivais célibataire, m'en aller là toute seule, je ne connaissais pas un chat. Ça m'a moins tentée. » (Spéc13, femme)

Dans le cas de cette dernière répondante, le statut familial aura donc eu une certaine influence sur le choix d'une localité plutôt qu'une autre. Le fait d'être sans conjoint ne semble cependant pas avoir joué, à cette étape de l'installation, pour les neuf autres répondants¹³ se trouvant dans cette situation.

F. Une place pour les conjoints

Pour la vingtaine d'autres répondants qui, au moment de l'installation, avaient un conjoint, le choix d'un lieu de pratique a dans la majorité des cas été facilité par les conditions d'insertion professionnelles qui lui étaient proposées.

Les conjoints de six répondants (3 omnis et 3 spécialistes) avaient un poste de médecin assuré. Les conjoints *omnis* des omnipraticiens avaient, pour deux d'entre eux, été associés au même processus d'exposition à la pratique médicale dans les régions choisies. Quant aux conjoints spécialistes des trois autres répondants, leur poste à ce titre a même été un enjeu important de l'installation. Dans un cas, les recruteurs ont d'abord fait des démarches auprès de la conjointe car, à l'époque, ils étaient à la recherche d'une gynécologue. Pour une deuxième répondante, qui s'était engagée en échange de ses bourses d'études à faire du temps en région, le choix d'une localité a été grandement influencé par l'intérêt de cette dernière à accueillir la spécialité de son conjoint. Enfin, pour la dernière spécialiste, la circonstance de l'installation était la possibilité pour son conjoint d'exercer sa spécialité dans des conditions très favorables, en même temps que d'y retrouver un collègue et ami déjà sur place.

Onze autres conjoints (de cinq spécialistes et de six omnipraticiens), avaient également, au moment de l'installation, obtenu l'assurance qu'ils occuperaient ou n'auraient aucun mal à trouver un emploi dans les domaines de la santé et des services sociaux (nursing, travail social), de l'éducation et de l'ingénierie. Par exemple, une omnipraticienne raconte que, lors de la visite d'exploration, des contacts avaient été établis auprès de son conjoint par une importante société de la région et qu'un poste lui avait été accordé par la suite. La conjointe d'un autre omnipraticien s'est mise à chercher un travail six mois avant l'installation et a finalement obtenu un poste dans la localité voisine : «c'était intéressant, souligne ce répondant, c'était le genre de poste que ça prend plusieurs années à Québec avant de réussir à l'avoir.» (Omni11, homme) Dans le cas d'une spécialiste, un poste offert au conjoint aura même été à l'origine de la décision de s'installer dans une région dont tous deux étaient originaires. Enfin, pour deux autres spécialistes et deux omnipraticiens, l'obtention d'un poste n'a pas été une condition du choix de la région, mais les perspectives plutôt encourageantes à cet égard n'y ont pas fait obstacle, au contraire.

En fait, seulement deux conjoints n'ont obtenu aucune promesse d'emploi avant que ne se prenne la décision d'installation. Dans un cas, une telle garantie n'était cependant pas expressément recherchée puisque la conjointe avait choisie de ne pas travailler un certain temps, de manière à pouvoir s'occuper des enfants.

En somme, les conditions du choix d'une région ou localité particulière, en ce qui concerne l'occupation du conjoint, auront été dans l'ensemble plutôt favorables.

¹³ Le total de dix célibataires ou médecins arrivant seuls en région est de un supérieur à celui apparaissant dans le tableau 11 (statut familial au moment de la résidence), une rupture conjugale étant survenue dans un cas juste avant que ne se fasse le choix d'un lieu de pratique.

5.2.2. L'influence des incitatifs financiers

Parmi les circonstances et conditions du choix, les incitatifs financiers du gouvernement susceptibles d'avoir une influence à cette étape, tels que les bourses d'études et de formation spécialisées ainsi que la rémunération et autres primes d'installation, ne semblent pas jouer de manière significative, à l'exception des bourses régionales de formation spécialisée.

Les bourses d'études et de formation spécialisée

Théoriquement, l'influence des bourses d'études en médecine relève avant tout de l'attraction. En effet, cette influence est d'abord susceptible de s'exercer en fonction d'un choix à faire entre une pratique en région centrale ou intermédiaire et une autre en région éloignée. Nous avons vu dans ce contexte qu'elle s'exerçait surtout *a posteriori*, l'influence proprement positive était quant à elle très peu représentée. En fait, il semble que l'intérêt d'une telle mesure, lorsque l'on veut bien s'en prévaloir, réside dans le soutien financier qu'elle apporte dans l'après-coup d'une décision portant sur le choix des régions éloignées.

Tableau 19 Influence des bourses d'études en médecine selon le domaine de spécialisation

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	--	--	--
Influence <i>a posteriori</i>	3	--	3
Influence nulle	5	3	8
Aucune bourse	8	11	19
NAP	--	2*	2
Total	16	16	32

* Spécialistes ayant auparavant pratiqué en région à titre d'omnipraticien.

Du point de vue de l'installation, l'influence de ces bourses, lorsqu'elle n'est pas nulle — ce qui est le cas de huit répondants (5 omnis et 3 spécialistes) qui au stade de l'attraction avaient été influencés positivement ou *a posteriori* -, semble également devoir s'exercer dans l'après-coup de la décision. C'est du moins ce qu'indique le tableau 19 avec ses trois cas d'influence *a posteriori*.

À l'instar de l'attraction, l'influence *a posteriori* implique que l'on souhaite profiter de l'aspect financier sachant que l'on ira en région, sauf qu'en ce cas-ci, le choix d'une région en particulier a, non seulement déjà été déterminé, mais les probabilités de s'y retrouver sont élevées. Deux cas de figure illustrent cette situation. Le premier se fonde sur l'exemple d'un omnipraticien qui, déjà à l'époque de ses premières années d'études, avait choisi de revenir définitivement dans sa région d'origine et, en conséquence, avait décidé de prendre une bourse avec engagement spécifique pour cette région. Un autre exemple est celui, apparenté, d'une autre omnipraticienne qui a pris la bourse en se disant qu'elle viendrait s'installer dans la région où habitaient certains membres de sa famille.

Le second cas de figure se réfère à la situation du troisième omnipraticien qui, sans être originaire de la région, n'en a pas moins été exposé à sa réalité, notamment à travers l'expérience d'un stage :

« Quand je suis venu ici en stage, j'avais déjà pris une année de bourse, et là j'ai trouvé ça très intéressant, alors j'ai pris la deuxième année dans le but de venir ici. » (Omni07, homme)

À noter que ce dernier répondant a d'abord été influencé *a posteriori* par cette bourse au stade de l'attraction, l'ayant d'abord prise pour un an après avoir décidé qu'il irait en région mais sans encore savoir laquelle.

En ce qui concerne les bourses régionales de formation spécialisée, on est en droit de s'attendre à ce qu'elles exercent une quelconque influence sur la décision d'installation des spécialistes. Comme l'indique le tableau 20, tous les médecins qui en ont bénéficié rapportent une influence sur leur décision de s'installer en régions.

Tableau 20 Influence des bourses régionales selon le domaine de spécialisation

	Spécialistes
Influence positive	2
Influence <i>a posteriori</i>	5
Aucune bourse	9
Total	16

Les deux spécialistes influencés positivement sont ceux qui, ayant d'abord pratiqué à titre d'omnipraticien, ont pu grâce à ces bourses, aller faire leur spécialité en milieu universitaire avec engagement de revenir par la suite.

Cinq ont obtenu des bourses après avoir décidé de s'installer dans la région :

« Quand j'ai été sûre de venir, [il me restait deux ans de résidence à faire], là j'ai dit regarde, j'ai droit à 10 000\$ par année, je vais les prendre. » (Spéc10, femme)

« Ma dernière année de résidence, là j'ai fait une demande de bourse rattachée au CH ici. (...) À ce moment-là, je savais que je revenais ici parce que mon conjoint avait son travail. » (Spéc04, femme)

Un troisième savait, de son côté, qu'il s'installerait dans la région de l'un de ses collègues et amis résidents :

« C'est sûr que ça m'intéressait ici, [il m'en avait beaucoup parlé], alors je suis venu visiter et j'ai pris contact avec [les gens de l'établissement], et c'est après que j'ai pris la bourse. » (Spéc08, homme)

Enfin, neuf répondants n'ont aucunement bénéficié de ces bourses. Il semble que pour six d'entre eux il ait été trop tard pour en faire la demande, leur décision relative au choix d'un lieu de pratique et même, plus généralement, leur décision d'aller en région n'ayant été prise que dans le courant de leur dernière année de résidence et même, dans un cas, dans les six mois

qui ont suivi. Les trois autres doutent que ces bourses aient existé à l'époque de leur installation ou disent ne pas en avoir été informés.

En résumé, l'influence des bourses d'études en médecine ou des bourses régionales de formation spécialisée, bien qu'effective pour quelques-uns, ne semble pas concluante à cette étape pour la grande majorité des répondants.

La rémunération et les primes

Les autres incitatifs financiers n'exerceraient pas non plus de réelle influence à l'étape de l'installation. En effet, comme le montre le tableau 21, lorsque vient le temps de choisir un lieu particulier, ce genre de considération ne semble pas devoir intervenir, sinon *a posteriori* dans le cas des spécialistes.

Tableau 21 Influence de la rémunération et des primes selon le domaine de spécialisation

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	1	--	1
Influence <i>a posteriori</i>	--	9	9
Influence nulle	15	5	20
NAP	--	2*	2
Total	16	16	32

* Spécialistes ayant auparavant pratiqué en région à titre d'omnipraticien.

Ce cas d'exception s'expliquerait par la combinaison de deux types de conditions chez les spécialistes : la fréquente coïncidence entre leur décision d'aller en région et le choix d'une localité particulière, ainsi que le caractère attrayant pour eux des incitatifs à ce stade de l'installation.

D'une part, la décision d'aller en région chez six des neuf spécialistes coïncide, en un certain sens, avec celle relative au choix d'une localité particulière¹⁴ : l'un parce qu'il est originaire de l'endroit, deux parce que le conjoint provient de la localité choisie, et trois pour y retrouver des amis ou des connaissances. Ces individus, dont certains peuvent avoir été tentés au stade de l'attraction par l'idée de vivre en région (pour des motifs liés au type de pratique ou au mode de vie en général), se retrouvent alors en position d'évaluer les mesures seulement dans l'après-coup d'une décision d'installation prise avant tout pour des raisons d'ordre personnel ou familial (voir section suivante sur les facteurs d'installation : 5.2.3.). Dans ce contexte, les primes d'installation, la rémunération majorée et le ressourcement deviennent partie d'un tout et sont classés au rang des avantages dont on profitera globalement, mais il importe de souligner que les primes et autres avantages spécifiques à l'installation sont toujours évoqués en tant que bonus susceptibles d'ajouter au confort. Pour trois autres répondants dont la décision d'aller vivre en région avait déjà été prise (au niveau de l'attraction), il semble que le choix du lieu de pratique ait été l'occasion de mieux s'informer des mesures dans leur ensemble et d'apprécier celles qui concernaient leur installation.

¹⁴ Au total, neuf des seize spécialistes peuvent être comptés au nombre de ceux dont les deux décisions coïncident, dont les deux ex-omnipraticiens.

L'extrait suivant, tiré des propos d'une répondante correspondant à ce dernier profil, nous donne en outre une indication de la méconnaissance que plusieurs spécialistes pouvaient avoir de ces diverses mesures avant la décision d'installation :

« Avant, non. On n'apprenait pas ça [l'ensemble des mesures incitatives]. (...) Je ne connaissais pas ça, mais quand on me l'a expliqué [au moment où je faisais mes démarches pour choisir un lieu de pratique], c'était devenu comme ah bien c'est encore plus le fun, mettons. » (Spéc13, femme)

En fait, seulement quatre spécialistes qui, au total, disent avoir été influencés à un moment donné ou à un autre par les incitatifs financiers, distinguent les mesures qui ont joué au niveau de leur décision d'aller en région de celles qui auraient exercé une influence au stade de l'installation. Par exemple, un répondant qui affirme n'avoir été d'aucune manière influencé par ces mesures dans sa décision d'aller pratiquer en région éloignée, car il en savait peu de chose de toute façon, l'aura néanmoins été au moment de choisir son lieu de pratique grâce à la prime d'installation :

« Lors de l'installation, je ne sais plus si elle existe encore, il y avait ce qu'ils appelaient une prime d'installation, qui était de... je pense que c'était 10 000\$. Bien écoute, je ne suis pas venu pour ça, mais qui c'est qui cracherait sur le 10 000\$? Elle est là. On te dit tu y as droit, tu viens t'installer, tu y as droit. » (Spéc08, homme)

Ce qui nous amène au second type de conditions permettant de comprendre l'influence que les incitatifs financiers exercent sur les spécialistes, et qui expliquerait l'écart important entre ces derniers et les omnipraticiens du point de vue de l'influence nulle. Ces conditions concernent le caractère apparemment plus attrayant de ces mesures pour les spécialistes qu'elles ne le seraient pour leurs collègues omnipraticiens. C'est ainsi que la prime d'installation, dont semblent pour leur part avoir peu bénéficié les omnipraticiens, apparaît particulièrement intéressante aux spécialistes.

En ce qui concerne les omnipraticiens, sauf pour l'une d'entre eux qui reconnaît avoir été influencée positivement par la perspective des primes d'installation et de déménagement qu'on offrait à l'époque dans sa localité, tous les autres ne semblent l'avoir été d'aucune manière. Pour la plupart, la raison en serait qu'à cette étape particulière, rien de ce qui pouvait être offert localement n'a pu représenter un attrait comparable, comme dans le cas des spécialistes, aux mesures applicables pour l'ensemble des régions. Comme en témoigne par exemple l'extrait suivant, les primes locales sont perçues comme servant tout juste à compenser pour certains frais :

« Les primes d'installation quand je suis arrivé n'étaient pas excessivement généreuses. Ça ne faisait que combler, que payer un peu les comptes. C'était ce à quoi elles servaient, plus que de nous aider à profiter vraiment de la vie. » (Omni10, homme)

Ajoutons que pour quelques uns, de telles mesures n'existaient pas à l'époque de leur installation, ou eux-mêmes ne savaient pas qu'elles existaient.

En somme, à l'étape de l'installation, le facteur financier interviendrait de manière essentiellement indirecte et ce, uniquement chez les médecins spécialistes. Et il n'est déterminant que chez un seul omnipraticien. Par contre, la plupart des répondants soulignent l'importance des primes et autres avantages spécifiques à l'installation en tant que valeur ajoutée à la pratique en régions.

5.2.3. Décider d'un lieu de pratique : les conditions d'exercice et le cadre de vie

Plus encore que pour l'attraction, le facteur financier semble ici s'effacer au profit de considérations liées presque exclusivement aux conditions de la pratique et au milieu de vie, soit à des facteurs d'ordre professionnel et contextuel.

L'importance des facteurs professionnels et contextuels

Du point de vue professionnel, ce qui favorise l'installation renvoie, à l'instar de l'attraction, au type de pratique et aux caractéristiques qui lui sont inhérentes (l'autonomie, la polyvalence). S'ajoutent ici, cependant, les conditions relatives à l'accueil des collègues et du milieu ainsi qu'à la pratique elle-même (l'équipe de travail ou l'équipement). En particulier, sont présentes dans nombre d'entretiens des références au dynamisme de l'équipe médicale en place et à son potentiel de soutien, au sentiment également que l'on pourra y tenir sa place.

Les facteurs d'ordre contextuel relèvent pour leur part de critères spécifiques à la région ou localité concernée. Les motifs de la décision sont à cet égard de deux types. Ils sont, d'une part, reliés au milieu de vie (taille de la communauté, accès à des services de base, proximité relative des grands centres) et à l'environnement physique particulier de la région (plus souvent la mer et l'arrière pays de la Gaspésie et de la Côte-Nord que les lacs et forêts de l'Abitibi, faut-il préciser).

D'autre part, ils touchent à des considérations à caractère plus personnel ou familial, telles que les occasions d'emploi pour le conjoint, le rapprochement avec la famille (pour ceux notamment qui sont originaires de l'endroit ou dont les conjoints le sont), ou la possibilité de rejoindre des proches (amis ou connaissance, membres de la famille habitant dans la région). Il importe de préciser que le facteur personnel, tel que défini au niveau de l'attraction, ne trouve ici aucune application, sauf pour être intimement lié, comme nous venons de le souligner, à la dimension contextuelle.

Le tableau 22 montre la distribution des facteurs selon qu'est seulement en cause celui d'ordre professionnel ou celui d'ordre contextuel (volet I), ou qu'au facteur professionnel en est associé un second (volet II), lequel est contextuel dans pratiquement tous les cas, sauf un qui comme nous l'avons vu est financier.

Tableau 22 Distribution des facteurs d'installation selon le domaine de spécialisation

	I. Un seul facteur			II. Plusieurs facteurs			Total
	Profession	Contexte	Sous-total	Profession ET Contexte	Profession ET Finance	Sous-total	
Omnis	3	4	7	8	1	9	16
Spécial.	2	1	3	13	0	13	16
Total	5	5	10	21	1	22	32

Il apparaît à première vue que les omnipraticiens tendent plus que les spécialistes (7 vs 3) à justifier leur installation par un seul ordre de facteurs – professionnel ou contextuel –, et que l'inverse semble se produire en ce qui concerne le recours à deux facteurs et, en particulier, aux deux derniers (13 vs 8). En fait, ce qui ressort surtout est que, lorsqu'ils sont seuls en cause, les facteurs contextuels sont plus fréquemment cités par les omnipraticiens (4 vs 1).

Cependant, à l'examen des motifs de cet ordre qui semblent uniquement en cause dans la décision, un tel écart apparaît davantage le fruit du hasard qu'il ne sous-entend une différence d'approche entre spécialistes et omnipraticiens. En effet, chez deux des cinq répondants concernés, dont une spécialiste, la seule raison qui ait motivé la décision d'installation dans une localité particulière est le poste offert au conjoint, sans compter pour l'une d'elle la présence de famille.

Chez les trois autres répondants, tous omnipraticiens, c'est également la présence de membres de la famille qui aura été le facteur déterminant. Comme le dit l'une d'entre eux : «Ma sœur aurait été à [nom d'une autre localité que celle choisie] et je serais probablement allée à [idem].»¹⁵ En comparaison, la dimension professionnelle, qui ne fait d'ailleurs pas partie ici des motifs invoqués, semble avoir surtout joué comme condition relative à la décision en général («on va en région pour pratiquer la médecine, peu importe la localité»), mais sans lien avec les particularités d'un milieu de travail donné («on va dans cette localité parce que les conditions de la pratique y sont plus intéressantes qu'ailleurs»).

Le recours exclusif au facteur professionnel pour décider de l'installation paraît quant à lui se justifier, pour trois omnipraticiens et deux spécialistes, par le lien étroit qui semble s'établir entre qualité de pratique et qualité de vie au travail, cette dernière se définissant essentiellement par la nature des rapports entre collègues sachant former une équipe :

« Moi, c'est la *qualité de la pratique* que j'allais faire ici qui m'a attirée, puis les collègues de travail avec lesquels j'allais travailler. (...) C'était vraiment professionnel, c'était vraiment que pour ça. » (Omni30, femme)

« Oui [à l'occasion de mon stage, je me suis senti bien dans cet environnement de travail], et si je me sentais bien c'était parce qu'il y avait cette dimension-là, le contact interprofessionnel. Ça c'est sûr que pour moi c'était central, le côté relations humaines. (...) Quand je suis venu ici [en stage], c'était pas une équipe qui était dans le trouble [qui avait des conflits]. Puis moi, bien justement, la *qualité de vie*, c'est important. Ça fait que je ne serais pas allé dans un endroit où ils étaient dans le trouble. » (Omni02, homme)

« C'était vraiment juste l'équipe [qui m'a convaincu]. (...) Une équipe dans laquelle la mentalité était de dire ce qu'on veut, c'est que *tu sois heureuse en région*, et que tu restes le plus longtemps possible. C'est vraiment très local, je vous dirais qu'il y a juste à [nom de la localité] que j'ai entendu ça. » (Spéc05, femme)

¹⁵ À noter que sur les 13 spécialistes qui combinent le facteur professionnel au facteur contextuel (volet II), se trouvent sept (incluant les deux ex-omnipraticiens) des neuf répondants dont la décision d'aller en région a, d'une certaine manière, coïncidé avec celle relative au choix d'une localité particulière pour des raisons personnelle ou familiale (voir section précédente sur l'influence des incitatifs financiers) ; cette donnée donne une explication possible de l'écart avec les omnipraticiens qui de leur côté, et toujours dans le contexte de l'association avec le facteur professionnel, ne donnent aucun motifs de cette nature.

Les deux derniers extraits, en particulier, illustrent bien que l'équipe de travail symbolise autre chose que la simple bonne entente entre collègues. Elle constitue, en quelque sorte, le support privilégié d'une qualité de vie et d'un bien-être général en région.

Il convient par ailleurs de mentionner que sur les dix répondants du volet I (tableau 22), huit sont des femmes et qu'elles se répartissent dans une proportion équivalente (4 pour 1) pour chacun des facteurs concernés (professionnel et contextuel). Le volet II (invocation de deux facteurs) compte pour sa part treize hommes et neuf femmes.

Au total, le facteur professionnel est invoqué, seul ou en relation avec un autre, par *vingt-sept* répondants (soit sensiblement le même nombre qu'à l'étape de l'attraction). Le nombre de ceux pour qui le facteur contextuel est intervenu dans leur décision est quant à lui de *vingt-six*, soit pratiquement autant que pour le facteur professionnel, mais neuf de plus qu'à l'étape de l'attraction, surtout à cause des spécialistes dont plusieurs ont choisi la région pour des raisons personnelles ou familiales.

La priorité de l'installation : un bon milieu de travail

Le tableau 23 reprend les données du volet II en distinguant notamment la combinaison des facteurs professionnels et contextuels selon que l'un ou l'autre vient au premier rang dans la détermination du choix d'un lieu de pratique.

Ces données, non seulement confirment la primauté du facteur professionnel telle qu'observée à l'étape de l'attraction, mais elles montrent aussi qu'un nombre un peu plus élevé de répondants lui accordent le premier rang (18 vs 13¹⁶). Une telle primauté se retrouve autant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes (9 vs 9). Par contre, il n'y a que des spécialistes dans les quelques cas où le facteur contextuel vient au premier rang (n=4, hommes autant que femmes).

Tableau 23 Hiérarchisation des facteurs d'installation selon le domaine de spécialisation (n = 22)

	1) Profession 2) Contexte	1) Profession 2) Finance	Sous- total	1) Contexte 2) Profession	Sous- total	Total
Omnis	8	1	9	0	0	9
Spécial.	9	0	9	4	4	13
Total	17	1	18	4	4	22

Encore une fois, le domaine de spécialisation n'explique pas en lui-même que la priorité soit accordée au facteur contextuel. En fait, les motifs ici invoqués au premier chef sont, sauf pour un cas, du même ordre que ceux auxquels font référence les cinq répondants pour qui ce facteur est le seul en cause, à savoir des motifs liés à un contexte personnel ou familial (retour

¹⁶ Voir tableau 18.

dans la région d'origine ou rapprochement avec les membres de la famille). La dimension professionnelle, bien qu'elle ne soit pas en premier lieu déterminante de la décision, n'est pas pour autant sous-estimée, car certaines conditions relatives à un milieu de travail particulier demeurent importantes à considérer, telles que «l'ambiance de travail» ou des effectifs suffisants en spécialité et en médecine familiale.

Quoi qu'il en soit de ces conditions, elles ne sont toujours évaluées que dans l'après-coup d'une décision d'installation pratiquement assurée en vertu de motifs d'ordre contextuel mais à caractère plutôt familial :

« Ah c'est des raisons familiales [qui ont décidé de ma venue ici], ma famille étant de la région. C'est surtout des raisons familiales. Puis ça s'est enchaîné, (...) après avoir évalué le milieu et le style de pratique ici, tout ça, et vu que ça convenait à mes besoins, alors ça s'est concrétisé. » (Spéc11, femme)

Deux autres spécialistes sont d'abord venus dans leur région, l'un parce que sa femme souhaitait y retourner et l'autre parce que son conjoint y vivait. Le quatrième, bien qu'il ait quitté le milieu urbain pour des raisons en partie liées à une situation familiale (rupture), a néanmoins choisi de s'installer dans une région particulière parce qu'il en appréciait avant tout le cadre physique. Dans tous les cas, des conditions de pratique intéressantes, comparativement à d'autres établissements, sont venues ancrer encore plus la décision d'installation.

Il apparaît néanmoins évident, à la lumière de nos données, que ce sont ces mêmes conditions de pratique qui constituent la priorité dans cette décision d'installation. Un «bon milieu de travail», déjà posé explicitement comme condition nécessaire quand est seul en cause le facteur professionnel, paraît être en définitive ce qui joue le plus lorsque comparé à des facteurs d'ordre contextuel.

Les dix-sept omnipraticiens et spécialistes ici concernés – parmi lesquels se trouvent onze hommes et six femmes – établissent cette priorité de manière analogue. Outre les bonnes relations entre collègues, l'ambiance ou l'atmosphère favorable au sein d'une équipe, d'autres conditions susceptibles de rendre intéressant un milieu de travail et aussi de rendre concrètes les caractéristiques reconnues de la pratique médicale en région (autonomie, polyvalence), telles que la possibilité de rencontrer des défis ou de diversifier sa pratique, sont généralement identifiées comme premiers motifs de la décision. Se surajoutent à ces motifs des caractéristiques du milieu de vie qui viennent encadrer, en quelque sorte, ou donner une certaine ampleur aux conditions jugées déjà intéressantes du milieu de travail. En aucun cas, il ne s'agit ici de considérations purement familiales, mais bien de dimensions relatives au cadre de vie ou, en d'autres termes, à ce que le milieu hors travail a à offrir qui puisse répondre à un minimum de besoin (accès aux services et commodités de tout ordre) ou satisfaire des goûts particuliers (la nature, l'espace, etc.). L'emploi du conjoint ne représente un enjeu à ce niveau contextuel que pour deux spécialistes qui, en dehors des conditions de leur propre pratique, voient dans celles favorables de leur conjoint médecin un motif supplémentaire de leur décision de s'installer.

Les extraits suivants illustrent comment le facteur professionnel est priorisé par rapport à celui contextuel :

« Je pense que la raison principale de tout ça, c'était la qualité de pratique. De un. Donc une pratique qui était versatile avec une équipe qui était quand même assez solide. Puis après

ça, un beau milieu de vie pour élever les enfants. Et pourquoi la Gaspésie [dans cette perspective]? Je ne sais pas, ça c'est peut-être drôle, mais j'aurais pas été en Abitibi, à La Sarre ou à Rouyn. Distance pour distance, je suis plus un gars d'eau qu'un gars de forêt ou de terre ou tout ça. » (Spéc08, homme)

« J'avais le loisir de faire le type de pratique que je voulais faire, donc ça été très clair. (...) Et il y avait une autre chose qui était très intéressante, [on ne me demandait pas de faire de la gestion]. Ça pour moi, c'était un facteur influençant ma décision. Je suis une clinicienne, j'ai besoin de voir des gens, puis de faire de la médecine, pas de la gestion. (...) [En second lieu, ce qui a joué c'est] la nature, la qualité de vie que t'as ici. C'est une vie qui est très simple, pour moi, ça c'est important. Puis on ne manque de rien. Ça c'est clair, le milieu. Je suis tombée en amour avec la région, ça été un coup de foudre. » (Spécialiste10, femme)

« Je dirais que le côté professionnel, l'encadrement, la présence à l'hôpital, ça a été probablement majeur. (...) Je dirais oui, l'ambiance professionnelle au centre hospitalier, ça, c'était le facteur numéro 1. Je pense que l'environnement a suivi... en deuxième, mais pas loin. Je me dis toujours que l'environnement on aurait pu le trouver ailleurs, mais c'est sûr que [une autre zone de la même région] m'aurait beaucoup moins tenté. » (Omni09, homme)

« La dimension professionnelle y a été pour au moins 60% [en particulier, une atmosphère de travail fondée sur l'absence de hiérarchie et le respect mutuel, et sur la possibilité de jouir de plus d'autonomie]. Et l'aspect de la nature, l'environnement naturel, pour moi c'était très important d'avoir la possibilité d'avoir de l'eau et des montagnes, donc j'ai retrouvé ça ici. Ça, c'était au moins le 40%. » (Omni10, homme)

Le dernier témoignage indique que les facteurs en cause ont, les uns par rapport aux autres, une importance qui peut être relativisée et, en définitive, quantifiée. Il ne s'agit pas ici d'une décision en deux temps, comme nous l'a montré le précédent cas de figure (décider de son installation pour des raisons familiales, puis voir ensuite si les conditions de la pratique satisfont), mais d'une décision qui se prend par la prise en compte simultanée de deux ordres de facteurs, dont l'un s'avère dans tous les cas peser d'un poids plus lourd que l'autre. Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que ce poids plus lourd revienne à la dimension professionnelle dans la mesure où, comme le souligne l'un de ces médecins, «veut pas, on passe le plus gros de nos journées à travailler.»

En résumé, il ne fait aucun doute pour la majorité des répondants que le «bon milieu de travail» auquel ils ont été exposés lors de visites dans les régions visées ou encore à l'occasion de stages postdoctoraux, représente le facteur décisif principal de leur décision d'installation. Il apparaît au total que, sur les vingt-sept médecins pour qui ce facteur a effectivement joué un rôle dans cette décision, vingt-trois l'invoquent comme étant ou bien le seul en cause (n=5), soit quatre de moins que pour l'attraction, ou bien comme étant le plus important parmi deux (n=18), soit cinq de plus que pour l'attraction.

Cette dernière donnée indique notamment qu'à l'étape de l'installation, le facteur professionnel suffit moins à expliquer à lui seul une décision relative à un déplacement et à un changement de milieu de vie qu'il ne le fait dans le contexte de l'attraction. Par rapport à une région ou localité particulière, une telle décision doit désormais se fonder sur des éléments à la fois plus précis et couvrant le plus possible toutes les sphères de la vie, ce qui amène nécessairement le facteur contextuel à prendre plus d'importance. Et de fait, non seulement est-il plus souvent invoqué à cette étape qu'il ne l'est à celle de l'attraction (26 vs 17), mais il constitue aussi le principal motif, sinon le seul pour neuf répondants, soit quatre de plus que pour la précédente étape. Quant au facteur financier, nous avons vu que son influence était somme toute fort négligeable.

5.3. Le maintien

Dès le moment de l'installation, la question consiste d'abord à se demander si, avec le temps, les conditions de la pratique et du milieu de vie qui ont amené à faire le choix d'une région et d'une localité particulières continueront de répondre aux attentes. Jusqu'à quel point devra-t-on s'ajuster professionnellement et socialement, et surtout, de quelle manière s'y prendra-t-on?

En deuxième lieu, comment expliquer que l'on soit effectivement demeuré en région? Quels sont, en d'autres termes, les facteurs du maintien? Cette question conduit à nous interroger à nouveau sur le caractère déterminant des incitatifs financiers et, pour conclure, à évaluer la pertinence à ce stade des mesures gouvernementales dans leur ensemble.

5.3.1. L'ajustement et l'intégration au milieu

La question de l'ajustement et de l'intégration est abordée sous deux angles : d'abord dans son rapport à deux milieux distincts – celui du travail et celui de la vie personnelle ou familiale (hors travail); ensuite, du point de vue de la manière dont les médecins interrogés ont trouvé leur place dans la région ou localité particulière qu'ils ont choisie.

Le milieu de travail : la mesure de ses capacités

Un milieu de travail offrant des perspectives intéressantes représente, on l'a vu, le principal motif sinon le seul de l'installation en région pour une majorité de répondants. Si pour un petit nombre, il n'intervient pas comme facteur de décision, il n'en est pas moins implicite au fait de débiter sa pratique en tant que médecin et ce, quelque soit le lieu choisi. Dans tous les cas, des ajustements seront nécessaires, d'abord à l'arrivée où il s'agira de mettre à l'épreuve ses compétences et capacités, puis par rapport à l'évolution des conditions de la pratique.

A. La confiance initiale

Au moment de débiter leur pratique, la plupart des médecins rencontrés croyaient avoir ce qu'il fallait pour pratiquer en région éloignée. Ils avaient confiance en leurs capacités en raison, soit de prédispositions personnelles (confiance innée), soit de la formation reçue (confiance acquise), soit encore des deux.¹⁷

Seulement trois omnipraticiens n'avaient pas une telle confiance et, à défaut d'avoir eu une formation adéquate, disent avoir dû compter pour l'acquérir sur les ressources du milieu (le soutien des collègues, la formation continue). Comme le reconnaît l'un d'eux :

« Honnêtement j'étais très incertain quand je me suis en venu, et une des choses qui faisait énormément mon affaire, c'était justement d'arriver avec une équipe que je connaissais. (...) Juste la possibilité d'avoir quelqu'un d'autre autour, c'était comme déjà un gros coup de main. Ça, ça m'a redonné la confiance qui manquait pour dire ah oui, j'ai les outils qu'il faut. » (Omni13, homme)

¹⁷ Nous n'avons pas tenu compte ici des deux spécialistes ayant exercé comme omnipraticiens auparavant, en raison d'une connaissance intime du milieu qui ne permet pas d'évaluer leur confiance de la même façon que les autres.

Ce répondant affirme par ailleurs que «la meilleure formation [qu'il ait] eue aura été au cours de sa première année de pratique». Une autre parmi les trois dit avoir trouvé difficile au début de devoir assumer certains risques et être passée par «tout un réapprentissage clinique» au cours des premiers mois. Une quatrième omnipraticienne, qui pendant sa résidence avait pourtant veillé à se préparer adéquatement en vue d'une pratique de région (en plus d'un stage), pense que c'est surtout l'expérience mais aussi une certaine aptitude au départ à pouvoir se débrouiller qui lui auront finalement permis d'avoir confiance en ses moyens.

Pour encore d'autres répondants (omnipraticiens autant que spécialistes), ce genre d'aptitude semble par ailleurs nécessaire lorsque l'on doit pallier une formation à certains égards déficiente. Une omnipraticienne par exemple, qui prétend avoir été surtout préparée au cours de sa résidence à exercer «une médecine de luxe» plutôt qu'une véritable médecine familiale, n'en était pas moins sûre en arrivant d'avoir les qualités requises au plan personnel pour assumer les défis qu'allaient lui imposer ses nouvelles responsabilités. Un autre omnipraticien, lui aussi persuadé ne pas avoir reçu toute la préparation nécessaire pour composer avec une pratique de région, était néanmoins «confiant de pouvoir assumer la majorité des problèmes» qui l'attendaient, car il en avait le goût.

Des spécialistes, ayant eux aussi ce goût du défi, insistent sur les lacunes de leur formation. «On a beau avoir les [compétences requises], fait remarquer une gynécologue, pendant la résidence on n'est peut être pas assez mis dans le bain ou ils ne nous donnent pas assez de responsabilités.» (Spéc07, femme) Une pédiatre adopte un point de vue similaire. Bien qu'elle reconnaisse avoir été «exposée à plein d'affaires et à une grosse variété de pathologies» au cours de sa résidence, elle ne croit cependant pas avoir bénéficié d'une formation adaptée à la réalité de la pratique en région :

« J'avais été formée pour faire plein de choses, mais avec les ressources de Ste-Justine, la grosse infrastructure et le personnel. Quand t'arrives ici, bien c'est pas pareil. C'est insécurisant un peu au début, parce que là, t'as plus personne sur qui compter, t'es tout seul. Puis il y a plein d'affaires à Ste-Justine que les médecins ne font pas, c'est le personnel infirmier [qui s'en charge]. Ici, tout le monde a beaucoup de bonne volonté, mais il n'y a pas la clinique du diabète, puis la clinique de ci, puis la clinique ça. Il faut que tu montres tout ça à l'infirmière de service. Ça fait que non, ils ne te font pas voir ça pantoute [pendant la résidence]. » (Spéc14, femme)

D'autres spécialistes laissent entendre que ce manque de préparation doit être dans une certaine mesure compensé par des qualités personnelles. Ainsi en est-il de deux des trois internistes (groupe 1) que l'exposition à une pratique de région au cours de leur résidence ne semble visiblement pas avoir suffi à préparer. Pour pratiquer en région, affirme l'une des deux, «il faut être quelqu'un qui a une capacité d'adaptation et qui est prêt à relever des défis qu'on n'aurait jamais pensé relever, car bien des fois on nous demande de faire des choses pour lesquelles on n'a pas nécessairement été formé.» Chez cette dernière répondante, la confiance en ses capacités aura également été acquise grâce aux ressources du milieu :

« La confiance que j'avais c'est d'avoir des confrères qui, quand je suis arrivée, m'ont dit : «tu peux m'appeler n'importe quand, n'importe où, on va toujours venir t'aider.» Ça fait que là je me suis dit, ok, si moi je ne le sais pas, je vais trouver, je suis capable de trouver quelqu'un en tous temps qui va venir m'aider. » (Spéc05, femme)

Cependant, un autre sous-groupe de répondants, composé de huit omnipraticiens et de neuf spécialistes (sur 14), considère avoir reçu une formation adaptée. La formation entre même

pour une bonne part, sinon exclusivement pour trois spécialistes, dans la confiance qu'ils avaient en leur capacité au moment d'arriver. Fait intéressant, le point de vue des spécialistes paraît dans l'ensemble sans équivoque par rapport à la qualité de leur formation. En témoignent les deux extraits suivants :

« Tout ce que j'ai appris comme résidente m'a servi ici. J'avais l'impression que j'avais fait un cours de pédiatrie qui me servait, que je n'étais pas un généraliste qui fait des bébés normaux. » (Spéc04, femme)

« Avec la formation que j'ai eue, quand j'ai fini mon R5, j'étais prête à pratiquer. J'étais solide comme spécialiste (gynécologue). J'étais vraiment solide. Puis j'avais hâte d'ailleurs. » (Spéc10, femme)

Ces spécialistes pensent que leur formation les a si bien préparés à une pratique de 2^{ème} ligne, comme ce qu'ils ont été appelés à faire depuis leur arrivée, que certains ne croient pas que des stages en région auraient pu leur être profitables, à l'exception de deux d'entre eux qui ont été exposés et d'un troisième qui aurait souhaité l'être.

De leur côté, les omnipraticiens s'en remettent à des circonstances particulières qui, au cours de leur résidence, auraient favorisé une préparation adéquate à la pratique en région. Par exemple, les Centres hospitaliers de Verdun et de la Cité de la Santé font figure, chez les uns, de cadres privilégiés pour la formation de médecins de famille. Les autres évoquent les stages qu'ils se sont eux-mêmes imposés, en plus de ceux en région éloignée, pour se préparer le mieux possible à une pratique diversifiée. Un dernier parle de son stage post doctoral en région comme d'une expérience lui ayant «donné confiance en ses capacités d'être un médecin qui avait de l'allure.» Après cela, précise-t-il, «j'ai eu la conviction que j'étais capable d'ajuster mes affaires pour être correct [i.e. pour rester ici le plus longtemps possible].»

Tous les répondants de ce sous-groupe (n=17) évoquent la confiance relativement élevée qu'ils avaient en leurs capacités au moment de leur arrivée. Presque tous, à l'exception de trois spécialistes qui s'en remettent exclusivement à la formation reçue et aux ressources du milieu pour justifier une telle confiance, font également état de qualités personnelles leur ayant permis de composer avec ce qui les attendaient. Outre le sens du défi, la débrouillardise ou l'autonomie, l'envie de travailler, d'essayer de nouvelles choses ou de toucher à tout et le goût de l'inconnu, comptent parmi les caractéristiques que s'attribuent ces médecins.

Dans l'ensemble, rare sont les répondants, notamment parmi les omnipraticiens, qui disent ne pas avoir éprouvé à leur début une certaine insécurité. Par exemple, aux dires d'une omnipraticienne, ce qui est difficile en région lorsqu'on commence, c'est de se retrouver seul à l'urgence (notamment sans le *back-up* habituel des spécialistes que l'on retrouve en ville), alors, «on sent ça pesant» et cela nécessite quelques mois d'ajustement. On le conçoit aisément chez ceux qui considèrent ne pas avoir été suffisamment préparés à une pratique en région ou qui n'ont pu compter, à l'époque de leur arrivée, sur certaines ressources de leur milieu (le jumelage par exemple). Mais le stress suscité par la difficulté de certaines situations peut aussi, parfois, mettre à l'épreuve une confiance pourtant bien ancrée dans des qualités personnelles, une formation jugée adéquate et le soutien indéfectible des collègues.

B. Des débuts difficiles mais stimulants

Outre l'ajustement normal de ses compétences et capacités à un nouveau type de pratique, les premiers mois peuvent être difficiles, voire pénibles, à traverser lorsque les conditions de cette

pratique s'avèrent dans les faits plus problématiques que ce qui était attendu. En témoignent notamment deux répondantes, une omnipraticienne et une spécialiste, qui avant de venir avaient pourtant une certaine connaissance du milieu (en raison de stages en résidence qu'elles y avaient faits) :

« C'était beaucoup plus exigeant finalement que ce que j'avais prévu [en termes de charge de travail et aussi de responsabilité à assumer]. Ça a été... je ne vous cacherais pas que si j'avais pas été dans l'équipe où je me trouvais, qui était une équipe très très supportante, j'aurais reviré de bord, c'est clair, clair, clair. (...) Si j'avais pas eu ça c'est sûr que je m'en retournais. » (Spéc05, femme, interniste)

« C'était très différent de ce que je pensais, l'exigence que ça pouvait représenter en termes de pratique, le temps que ça pouvait représenter, les sacrifices aussi. (...) [Ce qui n'a pas aidé au début c'est] qu'au niveau de mon équipe à moi, je n'étais pas épaulée comme je m'y attendais. C'était un monde d'hommes, je les avais connus pour avoir travaillé avec eux comme résidente. Comme collègue, ça devenait différent. Les gars avaient une pratique très individualiste – *me, myself and I*, je fais ma petite affaire, tout ça. (...) Et donc au bout d'un an, j'ai décidé de changer d'équipe parce que sinon je m'en allais. » (Omni04, femme)

Dans les deux cas, l'équipe représente un enjeu déterminant de la décision de se maintenir en place dès les premiers mois face aux exigences d'une pratique qui dépasse ce que l'on avait pu imaginer à l'étape de l'installation. Elle devient même, chez la seconde répondante, la première des conditions à modifier pour que soit maintenue sa pratique dans ce milieu particulier.

Indépendamment de cette condition fondamentale du soutien apporté par les collègues, il semble que l'ajustement du médecin à son milieu de travail au cours des premiers mois prenne une forme différente selon que l'on soit omnipraticien ou spécialiste. En simplifiant, on pourrait dire que les omnipraticiens doivent s'ajuster aux exigences particulières d'une pratique diversifiée et autonome, tandis que les spécialistes ont davantage à ajuster les exigences de leur spécialité aux contraintes particulières d'un milieu donné. Les premiers apprennent à faire de tout suivant les besoins, alors que les seconds s'emploient à faire valoir leur expertise avec un minimum de ressources.

Chez les spécialistes, les premiers mois ont été consacrés à mettre sur pied des départements et à constituer des équipes (notamment en gynécologie, pédiatrie, médecine interne et psychiatrie), ou à se faire une place en leur sein. Il a fallu «faire ses preuves» ou «apprendre à résoudre des problèmes avec des ressources et un contexte différents qu'en milieu urbain», ou encore «éduquer tout le personnel, leur dire ça, ça ne se fait plus comme ça, etc.» Plusieurs y ont vu là des tâches à la mesure des défis qu'ils s'étaient lancés, y prenant même un plaisir évident en certains cas : «ça a été extraordinaire, relate entre autres une gynécologue, j'étais au paradis, je travaillais tout le temps, et j'avais l'impression que les gens autour de moi m'appréciaient, que je faisais une maudite bonne job.» (Spéc03, femme)

Du côté des omnipraticiens, on retrouve chez plusieurs une sorte d'excitation à l'idée que l'on sera appelé à faire de tout. Non seulement en a-t-on envie, mais l'on ne demande pas mieux que répondre à des besoins spécifiques pour lesquels on ne s'était pas nécessairement préparé :

« Je faisais tout quand je suis arrivée. Je faisais de l'obstétrique, je faisais de la médecine hospitalière, je faisais de la médecine de bureau, de la clinique externe, de l'urgence. (...) [En fait,] je ne pensais pas faire de l'obstétrique, mais il y avait tellement de besoins, alors la gang d'obstétrique m'a ramassée, puis c'est dans leur clinique que je me suis installée. Puis

là, je leur disais que j'avais pas ça dans l'idée de faire de l'obstétrique, mais que je trouvais ça le fun comment ils le faisaient et j'ai [j'ai eu envie de] m'essayer. » (Omni14, femme)

Bien sûr, comme ne manque pas de le signaler l'un d'eux, les gens savent au départ que certaines activités sont obligatoires, telles que l'urgence et l'hospitalisation, mais, tient-il à préciser, «la prise en charge, le suivi longitudinal des patients – parce que finalement c'est ça qui pèse le plus lourd – ils s'engagent moins là-dedans» et se contentent du minimum.

Mais l'engagement peut être ailleurs comme il peut être en tout, y compris dans le goût de «s'essayer» à d'autres types d'activité que celles qui sont obligatoires. Pour ce même répondant, il n'y avait à cet égard aucun doute au moment de débiter sa pratique : «moi, je me suis engagé en partant [au niveau de l'urgence et de l'hospitalisation], comme je me suis engagé à la réserve amérindienne, au CLSC, aux soins à domicile, etc., dans un paquet d'affaires, et tout ça, ça fait que oui, ça en faisait beaucoup.» (Omni02, homme)

Cette notion de l'engagement est, dans une certaine mesure, liée au sentiment du rôle que l'on a à jouer en région en tant que médecin de famille, et qui fait en sorte qu'effectivement on se retrouve assez vite à «en faire beaucoup». Deux autres omnipraticiens traduisent bien, par leurs propos, ce sens de la mission à accomplir auquel aucun des deux n'aura échappé à ses débuts, au prix d'ailleurs d'une charge de travail devenue trop lourde :

« C'est sûr que quand on est frais jeune finissant, on a l'impression que ce qu'on vient faire en région est absolument essentiel à la survie de l'humanité, donc on en prend beaucoup sur nos épaules et on se donne beaucoup de responsabilités, beaucoup de devoirs je dirais plus que de responsabilités. Donc on doit faire l'hospitalisation et je m'étais dit que je devais faire beaucoup d'urgence et de bureau. (...) Je voulais vraiment toucher à tout, aller au bout des défis que je m'étais donné, et effectivement j'en ai fait trop. » (Omni10, homme)

« À l'époque [de la fin de mes études], c'était le challenge de dire je vais être capable de faire de tout, je vais vraiment faire de la vraie médecine familiale, dans la perception qu'on en avait et que probablement on nous avait inculquée un peu à quelque part dans les milieux de stage. Et moi quand je suis arrivée j'ai tout de suite fait du bureau, de l'hospitalisation, de l'obstétrique, de l'urgence, des visites à domicile. Ah je faisais de tout, partout. Mais j'ai payé le prix par exemple. Au bout d'un an, je me suis ramassée à quatre pattes, il a fallu que je décroche. » (Omni04, femme)

Trouver le moyen de décrocher, c'est-à-dire de cesser des activités, ou à tout le moins, de diminuer le temps consacré à certaines d'entre elles, devient en effet, au bout de quelque temps, la préoccupation majeure de nombreux omnipraticiens.

C. Une évaluation des conditions de la pratique

a) La charge de travail et l'insuffisance des effectifs

Depuis leur arrivée en région, douze omnipraticiens ont été d'une manière ou d'une autre concernés par ce problème de la charge de travail, en raison d'une diversification trop grande de leurs activités, mais aussi à cause du manque récurrent d'effectifs. Par contre, seulement six spécialistes disent avoir été affectés de manière significative par ce problème à un moment donné où à un autre depuis leur arrivée, mais pour des raisons de pénurie d'effectifs essentiellement.

Selon certains répondants, l'adaptation la plus difficile en région au plan professionnel réside dans l'incertitude que suscite continuellement cette question des effectifs. C'est du moins ce que laissent clairement entendre les deux extraits suivants :

« Quand les effectifs sont comblés, c'est fort plaisant [de pratiquer en région], mais quand les effectifs ne sont pas comblés, la lourdeur peut être au-delà de ce qu'on est prêt à fournir. (...) C'est cyclique là. Moi ça fait 12 ans que je suis ici, et bien on est arrivés 4, puis on est retombés 2 puis on a remonté à 4 puis on est retombés à 2, puis à un moment donné ça finit par peser. (...) Il y a des hauts et il y a des bas. C'est jamais réglé en région et moi, à date, c'est ce que je trouve le plus difficile. De loin, de loin. » (Spéc12, homme – Côte-Nord)

« Notre charge de travail augmente et on finit par être de moins en moins nombreux au fil des années, on recrute un petit peu, mais on en perd plus que ce qu'on a recruté, ce qui fait qu'au lieu d'être en pente montante, on est toujours en pente décroissante, jusqu'à temps qu'on soit en crise tellement majeure que là, on finit par remonter la pente. C'est un cercle, ça n'arrête jamais ici, en région éloignée. Moi je suis rendue à la 4^e pénurie depuis que je suis ici. C'est à tous les 3 ans. Ça monte, après ça, ça redescend. Ça, petit à petit, ça mine le sentiment d'équipe, (...) parce que les gens se découragent. Ça, ça finit par être un petit peu difficile. » (Omni30, femme – Abitibi)

Deux spécialistes, exerçant dans la même localité que la dernière répondante citée, et un omnipraticien évoquent, quant à eux, une détérioration significative des conditions de la pratique depuis leur arrivée, en raison d'effectifs dans leur domaine respectif n'ayant cessé de diminuer.

« Je suis arrivée on était six, on faisait de l'enseignement, de la recherche, j'étais de garde 1 dans 6, puis j'ai été capable d'ouvrir une clinique [spécialisée]. [Maintenant, on est plus que 3 et là] ça fait 3-4 ans qu'on est en mode survie [avec la clinique]. Alors pour moi, ça, c'est une détérioration. » (Spéc05, femme - Abitibi)

« J'ai fait de l'hospitalisation jusqu'à il y a environ un an et demi, là il a fallu qu'on arrête parce qu'on était en pénurie énorme à l'urgence, ça fait qu'actuellement, je suis pratiquement temps plein urgence. (...) Là je fais de l'urgence parce qu'on n'a pas le choix, mais ça me donne moins la chance d'avoir la pratique diversifiée que je voulais autant quand je suis arrivé. » (Omni13, homme – Côte-Nord)

Ainsi, les conditions de la pratique pèse-t-elle d'un poids d'autant plus lourd lorsque les attentes ou aspirations de départ ne peuvent être comblées ou que leur réalisation doit être reportée en raison d'effectifs insuffisants.

Par ailleurs, seulement quatre omnipraticiens contre une dizaine de spécialistes affirment ou laissent entendre avoir été peu ou nullement incommodés par le problème de la charge de travail. Certains disent avoir appris à «vivre avec ça» et s'être toujours accommodés du manque de médecins. Deux répondantes, dont une spécialiste, vont même jusqu'à dire que de beaucoup travailler ne les a jamais dérangés, au contraire : «c'est sûr que la charge de travail était importante, relate pour sa part l'omnipraticienne, mais c'est parce que ça dépend des personnalités, moi travailler, j'aime ça.» Pour d'autres, surtout représentés par les spécialistes¹⁸, le problème ne se sera en fait jamais posé en dehors des exigences associées à leur type de pratique ou à leurs fonctions, les effectifs dans leur domaine respectif ayant toujours été suffisants.

¹⁸ Au moins cinq : deux pédiatres, deux internistes et une gynécologue.

b) La qualité des relations professionnelles

Si le manque d'effectifs a effectivement eu un impact négatif sur la qualité de pratique d'une majorité de répondants, une autre condition de cette pratique aurait en revanche, au fil des ans, largement favorisé son maintien chez la plupart d'entre eux. Il s'agit de la qualité des relations intra et interprofessionnelles.

À l'instar de l'expérience des premiers mois, les relations intraprofessionnelles (le soutien des pairs) apparaissent tout autant par la suite comme une condition incontournable d'un ajustement à une pratique de région dans un contexte de charge de travail généralement lourde. Entre omnipraticiens ou entre médecins de même spécialité, la bonne entente semble en effet avoir toujours prévalu au cours des années, sauf pour trois répondants – tous omnipraticiens – qui considèrent que les relations se sont au contraire dégradées. Pour deux d'entre eux, la cause en aura été l'arrivée de médecins plus jeunes et déterminés à prendre leur place ou à imposer leurs manières de faire. Autrement, c'est la règle de l'entraide et de la solidarité qui semble prédominer. Non seulement le soutien à la tâche continue-t-il comme au début d'être assuré (par exemple, se faire aider à l'urgence par un collègue qui n'est pas de garde), mais on n'hésitera pas à se remplacer si l'un ou l'autre doit s'absenter : «les gens sont solidaires entre eux, s'il y en a un qui est malade, l'équipe va prendre la relève», affirme un omnipraticien; «si je suis malade une journée, je sais que mes consoeurs seront là», de confirmer une spécialiste.

Pour pratiquement tous les médecins, l'atmosphère de bonne entente propice à l'entraide ou à la collaboration semble également, depuis leur arrivée, avoir caractérisé les relations interprofessionnelles dans leur milieu respectif. Seulement deux spécialistes – tous deux internistes – font état de tensions survenues avec les omnipraticiens en raison d'une pénurie d'effectifs chez ces derniers. Comme le rapporte l'une d'eux : «la pénurie d'effectifs, (...) c'est sûr qu'à l'intérieur de l'hôpital, ça a créé des tensions : les généralistes qui disent "oui mais là en médecine interne, il faudrait peut-être que vous preniez un peu plus en charge"». Par contre, ces tensions n'auraient pas hypothéqué complètement une certaine qualité de relation au plan interpersonnel, ni déteint sur les rapports avec les autres spécialistes ou le personnel infirmier.

En règle générale, l'équipe de travail, prise ici en son sens multidisciplinaire, apparaît bel et bien centrale dans l'appréciation que font les répondants des conditions de leur pratique. Si l'on en croit deux répondants, elle serait déterminante d'une qualité de vie au travail caractérisée à la fois par le plaisir de travailler et la richesse des liens d'amitié:

« On travaille souvent en équipe, ça nous permet de faire une pratique beaucoup plus intéressante. Puis quand je parle de vie professionnelle, ça implique aussi l'atmosphère qu'il y a à l'hôpital, c'est quelque chose qui est difficile à décrire, le plaisir qu'on a à travailler dans un milieu et le plaisir qu'on a à travailler avec nos collègues [spécialistes et omnipraticiens], mais aussi avec le personnel infirmier. Ça, il ne faut pas le négliger non plus. » (Spéc12, homme)

« Ce qui facilite le sentiment d'être à l'aise dans son milieu de travail, c'est l'enrichissement que ça procure, les amis qui sont autour. (...) C'est important. Il n'y aurait pas ça, notre équipe de travail, ça ne marcherait pas. » (Omni11, homme)

Nombreux sont ceux qui font état de relations très bonnes ou d'une «très belle entente» entre professionnels, du fait par exemple d'avoir pu développer une «très belle complicité avec nos

spécialistes», selon les termes d'un omnipraticien, ou «un respect extraordinaire» pour le travail des omnipraticiens, suivant ceux d'une spécialiste.

Certains notent l'absence de hiérarchie ou une égalité de statut qui, dans les faits, caractérise les rapports entre les divers professionnels impliqués dans les services de santé en région :

« Ici [au CS], il n'y a pas de hiérarchie, du moins je ne le ressens pas. Tout le monde peut nous parler, tout le monde se parle, si j'ai besoin de voir un psychologue, je m'en vais le voir, je cogne à sa porte, je le vois; les infirmières, je les appelle régulièrement, donc il y a une fluidité dans les relations interprofessionnelles. Et il n'y a pas de patron comme tel. (...) C'est très agréable de travailler avec toute l'équipe. On ne sent pas de fiction, on ne sent pas d'animosité non plus entre les différentes professions. Il n'y a pas un schisme social, médical comme on retrouve ailleurs. » (Omni10, homme)

« Il n'y a pas de sentiment de hiérarchie comme il peut y avoir dans certains gros hôpitaux, où on s'attend à ce que ce soit l'autorité et les pouvoirs. Non. (...) Le travail d'équipe est important. [Par exemple], quand on est en ville, un département d'anesthésie, c'est toujours une équipe. C'est très soudé. Très solidaire. Ici, il n'y a pas [vraiment d'équipe] d'anesthésistes, mais il y a le même sentiment, avec les autres confrères et puis les gens qui travaillent autour. Donc c'est le même type de lien, la même dynamique. Il y a une solidarité. » (Spéc06, homme)

Plusieurs insistent sur l'esprit de collaboration qui anime généralement les rapports entre professionnels. Une omnipraticienne évoque ainsi la manière dont elle peut faire appel à un spécialiste :

« Tu vas toujours finir par savoir ce qui arrive à ton patient, là. Le contact est pas pareil [qu'en ville]. (...) Je veux dire moi souvent je vais appeler [tel spécialiste] puis je vais lui dire "regardes, je vais t'envoyer une madame, là, elle a telle, telle affaire, mais en attendant, je pourrais partir des choses, qu'est-ce que t'en penses ?" Là il va me dire "bien regardes, commence par faire ton écho, fais tel bilan, etc.", puis pour lui, c'est bien plus intéressant, quand il voit la patiente, je lui en ai parlé, il a déjà des résultats là. (...) Essaies de faire ça en ville, pour voir. » (Omni14, femme)

En somme, les rapports entre collègues d'un même domaine de spécialisation (médecine de famille ou spécialités de base) ou entre omnipraticiens et spécialistes, ainsi qu'avec le personnel infirmier ou d'autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, psychologues, etc.) constitue «la force des régions éloignées», pour reprendre les termes d'une omnipraticienne. Une telle force puiserait notamment sa source dans le caractère plus personnalisé des petits milieux : «les gens avec qui je travaille ici c'est ma famille», précise en ce sens un spécialiste; «c'est l'esprit de famille, si tu veux, c'est un petit milieu, tout le monde se connaît», confirme à son tour une omnipraticienne.

c) Un accès relatif à des ressources médicales

Une autre des conditions de la pratique en région susceptible d'en favoriser le maintien au-delà des premiers mois concerne l'accès à des ressources médicales telles que les équipements et le personnel spécialisé (spécialistes et sur-spécialistes). On ne peut dire de cette condition, cependant, qu'elle joue en regard du maintien un rôle comparable à celui de l'atmosphère créée au travail par la qualité des relations entre les individus.

En fait, le caractère somme toute relatif de cet accès ne favorise pas tant le maintien qu'il participe d'une sorte de culture de la pratique en région à laquelle ont su s'ajuster les répondants dans leur ensemble, le plus souvent d'ailleurs sans trop de difficulté étant donné les prédispositions à l'autonomie et au sens du défi de certains. Ce qui ne signifie pas, loin s'en faut, qu'ils se satisfont toujours de ces conditions, surtout lorsque le minimum n'est pas assuré.

Du point de vue de l'équipement, ce minimum semble exister à peu près partout. «On a quand même des bons équipements pour tout ce qui est de base», constate une spécialiste, reflétant par ses propos le point de vue de nombre de médecins rencontrés, omnipraticiens autant que spécialistes. Le problème, poursuit-elle, se situe au niveau du développement :

« Parce qu'il y a des nouvelles technologies qui apparaissent toujours, qui sont offertes rapidement en ville, puis les gens s'attendent que ça va être immédiatement disponible en région. Ce qui n'est pas le cas. (...) Avant d'obtenir des équipements, c'est des années parfois. » (Spéc11, femme)

Et de fait, certains établissements ne sont pas encore pourvus d'équipement radiologique, tel que le scanner et la résonance magnétique, leur acquisition étant imminente dans un cas, mais toujours espérée dans deux autres.

Ainsi, malgré certaines lacunes, la question des équipements ne pose généralement aucun problème majeur. Un omnipraticien, entre autres, affirme ne s'être «jamais senti limité» à ce chapitre. «On fait avec», nous dit un autre spécialiste qui, depuis son arrivée, a vu les choses grandement s'améliorer sur ce plan :

« Quand je suis arrivé ici, il n'y avait pas de scan, de tomodesitomètre, tout ça, des choses qui se sont améliorées au fil du temps, la médecine nucléaire est un peu loin encore, là, mais bon, *on fait avec*. Il y a certaines choses en spécialité pédiatrique qui sont plus difficiles, comme l'électroencéphalogramme, c'est des techniciens pour adultes, des fois ils viennent ici, des fois l'interprétation est envoyée à des neurologues adultes, là il y a des petites choses qu'il faut parfois réajuster, mais en général c'est pas si pire que ça. On s'organise. » (Spéc09, homme)

Savoir s'organiser ou s'ajuster à ce type de contrainte constitue, semble-t-il, une règle élémentaire de la pratique médicale en région.

Cette règle s'applique également dans le cas de l'accès, sur place ou à distance, à des ressources professionnelles compétentes (spécialités et sur-spécialités) pour soutenir le travail aussi bien des généralistes que des spécialistes. La capacité de s'ajuster à ce chapitre dépendrait, en tout premier lieu, de la disponibilité des spécialistes sur place, dont le nombre et la représentation par spécialité fluctuent d'un centre régional à l'autre, ainsi que de la qualité des rapports que l'on a pu établir avec eux.

L'un des avantages des rapports professionnels entretenus avec la plupart des spécialistes, nous dit une omnipraticienne, est l'enseignement que l'on en retire : «c'est sûr qu'on va en formation médicale continue, mais quand tu fais une consultation à l'interniste puis qu'il te montre telle ou telle affaire, c'est de l'enseignement ça aussi.» Dans la mesure où ils font eux-mêmes office de consultants, les spécialistes, de leur côté, ne bénéficient pas d'un tel enseignement sur place. Certains, chose sûre, ne profitent pas autant que les omnipraticiens de la possibilité de s'en remettre sur le champ à l'avis d'un collègue ou d'un médecin plus

spécialisé. À ce sujet, au moins deux d'entre eux disent s'accommoder difficilement de ce que l'une appelle «l'isolement médical» :

« L'isolement médical, c'est dans le quotidien [que tu le vis]. Quand t'as une question puis que t'es [en centre universitaire], tu sais que tu vas aller dîner, tu vas t'asseoir avec le rhumatologue, puis tu va lui dire "Eh, en passant, moi il y a telle chose, ou il y a tel cas, puis je peux tu te le faire voir ?" Ici on n'a pas ça ces échanges-là, on les a parfois au téléphone, mais la personne qu'on appelle, bien elle est dans le jus parce que vois-tu, elle aussi elle est de garde dans son hôpital puis bon... Ça fait qu'elle te répond, mais c'est pas pareil. Ça c'est un peu dur. » (Spéc05, interniste, femme)

« Ce qui manque le plus, c'est l'échange direct, au cas par cas. (...) Quand il y en a un qui travaille avec nous, bien on en profite pour ne pas être là, on ne travaille pas tous les deux en même temps. (...) Quand on a des problèmes qui sont inhérents à notre pratique, qu'on voudrait pouvoir discuter avec un confrère, on n'a pas cette *dimension-là*. (...) Quand vous travaillez dans un gros hôpital, vous avez un patient à problèmes, il y a toujours quelqu'un autour, ça vous conforte, et souvent ça vous apporte une dimension qui vous permet de grandir. » (Spéc06, anesthésiste, Homme)

En somme, les spécialistes apprécient le soutien médical ainsi que la stimulation intellectuelle que procure l'entourage du plus grand nombre possible de leurs collègues. Lorsque en plus de ne pouvoir compter sur la présence in situ de sur-spécialistes, ils se retrouvent seuls de leur spécialité ou peu nombreux, cette «dimension-là» peut donc finir par manquer lourdement.

La capacité de s'ajuster à un tel manque peut être partiellement compensée par la consultation à distance, comme en témoigne l'avant dernier extrait. Comme le souligne par ailleurs une spécialiste, en règle générale «on peut faire un bout de chemin avec un patient en région quand on est bien appuyé par téléphone».

En fait, la plupart des spécialistes s'arrangent pour aller chercher les ressources dont ils ont besoin et se sont constitués au cours des années un réseau de contacts en milieu universitaire.

« L'accès [aux spécialistes] est aisé, c'est pas un problème. (...) *Il faut vivre avec ça* évidemment, parce que bon, il faut développer nous-mêmes des réseaux, [il n'y a pas de corridors préétablis, sauf pour certaines spécialités], c'est sûr que si on a de la chirurgie hépatique à faire, ça va être plus St-Luc, mais autrement les réseaux sont développés sur une base personnelle, par affinités. » (Spéc12, chirurgien, Côte-Nord)

« Quand t'as besoin de quelque chose de plus pointu, t'appelles en ville, puis là à un moment donné, tu finis par savoir qui appeler. T'as quand même le choix. Si t'appelles à Québec, tu finis par te rendre compte que tel hôpital est peut-être plus accueillant pour tes patients que tel autre, quand ça vient de la région. Ça fait que tu finis par te faire ton réseau de référence en ville. » (Spéc08, interniste, Gaspésie)

Certains trouvent un peu lourd cependant d'avoir à bâtir eux-mêmes leurs réseaux :

« T'apprends à te bâtir ton petit réseau et en général ça va bien. (...) Mais dans certains domaines, c'est un problème. C'est pas insurmontable, mais ça augmente beaucoup notre charge de travail. Dans certaines spécialités, il faut que tu fasses beaucoup d'appels pour faire voir tes patients. » (Spéc14, pédiatre, Côte-Nord)

« C'est certain que moi, quand je suis arrivé, il a fallu que je développe un réseau de support. (...) Ça c'est fait relativement rapidement et aujourd'hui, ça fonctionne assez bien.

(...) [On s'arrange avec ça, mais d'avoir soi-même à se constituer un réseau], c'est un peu lourd, ça pourrait fonctionner encore mieux. » (Spéc09, pédiatre, Gaspésie)

Et cela fonctionne encore mieux, pense une gynécologue, lorsque des ententes sont conclues par les établissements avec les milieux universitaires:

« La consultation par téléphone ... oui, dans l'ensemble ça va bien, mais je pense qu'il y aurait du travail à faire. Ça se fait mieux quand on a des ententes. Quand il y a des gens qui viennent ici, alors on les voit une fois par mois, une fois par 2 mois, puis on peut les appeler dans leur centre, ça, ça va bien. Mais d'appeler n'importe où et de poser des questions... Ils n'ont pas super confiance souvent quand ils ne savent pas à qui ils ont affaire, puis ils ont tendance à dire "bien envoie-moi le patient". [Et toi tu leur répond] : "Regarde, c'est parce que c'est loin, là, donne-moi un avis, on va essayer quelque chose". » (Spéc01, gynécologue, Abitibi)

Un autre désavantage au fait d'établir soi-même des réseaux, selon une autre spécialiste, c'est que du jour au lendemain, «l'individu à l'autre bout peut dire moi je ne couvre plus [telle région], et alors on se retrouve le bec à l'eau. C'est clair de même. C'est très, très, très, fragile ! Oui.» (Spéc05, femme)

La situation n'est pas tout à fait la même chez les omnipraticiens qui, dans la grande majorité des cas, peuvent consulter sur place leurs collègues spécialistes. En effet, la plupart des centres régionaux comptant généralement sur la présence de plusieurs spécialités de base et parfois même de quelques sur-spécialités, la consultation à distance devient moins nécessaire, sinon pour les cas de référence et de transferts. À cet égard, des corridors de service sont établis et, bien qu'imparfaits, fonctionnent la plupart du temps de manière adéquate. Lorsqu'elle est malgré tout nécessaire, la consultation se passe bien, même si, parfois l'accueil de ceux qui sont consultés peut laisser à désirer :

« Parfois c'est un peu difficile parce que c'est sûr qu'on a les spécialités de base, mais on a beaucoup de spécialistes qu'on consulte par téléphone en ville : des fois ça va bien, mais d'autres fois on les dérange parce qu'ils n'ont pas le temps, ça fait que ça, c'est un petit peu moins agréable. Mais je dirais que dans l'ensemble, ça se passe quand même assez bien. » (Omni07, homme, Gaspésie)

Par ailleurs, dans certains cas, l'accès sur place à du personnel spécialisé n'a pas toujours été aisé, forçant les omnipraticiens à avoir très souvent recours à des ressources extérieures grâce à des corridors préétablis. L'extrait suivant illustre chez une répondante l'évolution des conditions de sa pratique à ce chapitre :

« Quand j'ai commencé, il y avait un petit peu moins de spécialistes, ça fait que les gens nous aidaient : "regardes t'as un problème dans telle spécialité puis tu ne sais pas trop quoi faire, appelles telle personne", on avait des corridors de services peut-être un petit peu plus importants à ce moment-là, parce qu'il y avait moins de spécialistes en place. Actuellement, c'est plus facile parce que quand on a une interrogation, souvent on a une équipe d'internistes qu'on n'avait pas, on a un cardiologue, il y a beaucoup de choses qui se sont améliorées. (...) Il y a encore certaines spécialités qu'on n'a pas, et d'autres qu'on a eu de la difficulté dans les dernières années à avoir de façon assidue, mais l'établissement s'est organisé pour aller chercher des corridors de service beaucoup plus structurés. Entre autres en neurologie, il y a des secteurs qu'on avait en itinérance, puis qui se sont stabilisés en consultation; la dermato, la pneumo, c'est des affaires qu'ils ont été chercher. C'est surtout l'établissement qui s'occupe de ça. » (Omni12, femme, Côte-Nord)

Ainsi, chez les omnipraticiens, l'accès à des ressources spécialisées semble être surtout géré ou encadré par les établissements et, somme toute, assez peu laissé à l'initiative des individus comme dans le cas des spécialistes.

Par contre, pour deux omnipraticiens (sur seize) dont le lieu de pratique principal ne bénéficie de la présence sur place d'aucune spécialité, l'accès à ces dernières semble emprunter une voie plus informelle mais non moins satisfaisante :

« J'ai toujours trouvé qu'on avait un accès facile aux spécialités. On prenait le téléphone, on appelait le spécialiste et on avait une consultation assez rapidement. Donc on a cette facilité-là de *corridor de services non pas officiel mais officieux*, qui a toujours bien fonctionné. On a toujours été bien reçu, soit qu'on appelait à Maria, soit qu'on appelait à Rimouski ou qu'on appelait à Québec. » (Omni10, homme, Gaspésie)

« Ici il n'y a pas de spécialiste, effectivement, mais je pense qu'on a quand même un assez bon support. Puis honnêtement, là, je ne sais pas, j'ai pas travaillé en ville, mais je me demande si on n'a pas un meilleur support qu'en ville, (...) dans le sens que si j'ai un problème, n'importe quand je donne un coup de fil à un spécialiste qui en général va être correct, gentil. À toute heure il va pouvoir me répondre. (...) Nous autres on fait affaire beaucoup avec Baie-Comeau. Puis je trouve que, je ne sais pas, les spécialistes sont d'adon. » (Omni15, Côte-Nord)

Dans les deux cas, le corridor «officieux» passe d'abord par l'un des centres régionaux (Maria ou Baie-Comeau) où se trouvent des spécialistes qui répondront avec d'autant plus «d'adon» qu'ils sont à proximité et participent, de ce fait, de la communauté régionale des professionnels de la santé dont on a vu qu'ils pouvaient être solidaires les uns des autres.

En résumé, parmi les conditions de la pratique qui semblent en faciliter le maintien au fil des ans, la qualité des relations professionnelles apparaît centrale. En effet, la coopération et la solidarité, le caractère familier des rapports permettent de compenser largement une charge de travail souvent trop lourde en raison surtout d'effectifs insuffisants, ainsi qu'un accès très relatif à des équipements et à une expertise médicale plus étendue. Autrement dit, les gens se débrouillent avec ce qu'ils ont et le supportent d'autant mieux qu'il subsiste un climat de travail généralement favorable.

D. Les clés de l'ajustement professionnel

Quelles que soient les conditions de la pratique, *savoir se débrouiller* représente sans doute l'une des clés de l'ajustement professionnel en région. En effet, peu importe que cette qualité participe des prédispositions naturelles des individus ou qu'elle soit graduellement acquise en début de pratique, elle apparaît cruciale pour faire face aux limites du milieu, essentiellement en termes d'accès à des ressources médicales (équipement et personnel spécialisé), et alimenter du même coup la dynamique du soutien et de la collaboration entre collègues. L'extrait suivant en résume bien la portée selon nous :

« Je suis arrivée puis j'ai commencé à pratiquer puis je me suis toujours débrouillée avec ce que j'avais. J'ai toujours tiré le maximum que je pouvais de mon milieu, ça fait que je veux dire, quand il n'y a pas [une spécialité donnée] puis qu'on a besoin, bien on s'arrange parce qu'on travaille en équipe. Puis on se consulte entre nous autres. » (Omni14, femme)

La débrouillardise peut être considérée comme une caractéristique inhérente au plaisir qu'il peut y avoir à pratiquer dans des conditions souvent difficiles. En fait, il y aurait une sorte d'effet paradoxal de ces conditions dont on souhaiterait à la fois l'amélioration mais aussi, dans une certaine mesure, le maintien relatif afin de pouvoir rencontrer des défis et confronter son désir d'autonomie.

Deux autres clés de l'ajustement sont identifiées chez les répondants qui ont à voir avec la capacité de s'adapter à une charge de travail trop lourde, ainsi qu'avec la réalisation de certaines ambitions professionnelles malgré les contraintes du milieu. Ces clés se traduisent par les deux règles suivantes : *savoir établir ses limites* et *savoir faire des choix*. La première suppose le développement d'une attitude et de comportements spécifiques permettant de s'adapter aux pressions quotidiennes qui s'exercent en termes de charge de travail. La seconde règle concerne la possibilité de varier ou de modifier sa pratique, en partie pour contourner cette même charge, mais surtout pour satisfaire des intérêts professionnels et augmenter du même coup la probabilité de demeurer plus longtemps en région.

La première de ces deux règles ressort nettement des propos de certains répondants qui insistent sur l'importance de mettre des limites afin de ne pas se laisser déborder :

« À un moment donné tu dis ok, là je mets mon pied à terre, moi je fais tant de garde, j'offre tant comme services, mais après ça, c'est fini. » (Spéc11, femme)

« [En région, il devient très important] d'apprendre à dire non, donc à mettre nos limites. (...) A tous les jours on me demande de prendre des nouveaux patients, donc on a encore cette pression-là, (...) qui est encore là et qui ne disparaîtra pas tout de suite [en raison du manque d'effectifs]. » (Omni10, homme)

Ainsi, «apprendre à dire non» est avant tout une manière de résister à une pression que l'on peut difficilement ignorer tant elle participe de la routine quotidienne. Cela ne signifie pas qu'il soit possible de le faire toujours et en chaque chose, mais une attitude orientée en ce sens doit être développée. Globalement, celle-ci consiste à pouvoir «prendre ça un jour à la fois», selon les termes d'une répondante qui ajoute avoir appris avec le temps à «relativiser les choses», c'est-à-dire à trouver un équilibre entre ce qui était exigé d'elle et ce qu'elle était en mesure d'offrir.

La notion de relativisation rend bien compte, selon nous, de l'attitude des médecins en région à l'égard de la charge de travail exigée d'eux. C'est cette attitude qui les incite à établir des limites dans toutes leurs activités ou seulement dans certaines d'entre elles (le bureau par exemple). Concrètement, cela se traduit par des comportements précis, du genre de ceux que l'on retrouve dans les deux extraits précédents («faire tant de garde» et refuser de prendre de nouveaux patients).

Un autre exemple de comportement que détermine une attitude de relativisation ressort du témoignage suivant :

« Ça prend une capacité d'adaptation aussi [pour pratiquer en région]. Au début, quand je suis arrivée ici, je venais voir mon confrère qui était chef du département, et je lui disais : "Ça a pas d'allure, il y a 6 mois d'attente, qu'est-ce qu'on va faire ?" Puis il finissait par me dire : "regarde, il va toujours y avoir 6 mois d'attente, alors il va falloir que t'apprennes à vivre avec 6 mois d'attente, ou bien t'es mieux de t'en aller." Alors là, maintenant, je ne vous dis pas que je vis bien avec le 6 mois d'attente, je ne suis pas fière de ça, je ne suis pas contente,

j'aimerais qu'on puisse offrir une plus grande disponibilité. Mais d'un autre côté, je réalise qu'effectivement, au total, c'est mieux que je sois resté 9 ans, qu'être restée 2 ans à travailler comme une folle, à essayer de baisser le 6 mois d'attente et après ça partir, laisser un trou béant, et que finalement ce 6 mois-là devienne un an. » (Spéc05, femme)

Apprendre à vivre avec des délais d'attentes signifie ici que l'on doit apprendre à relativiser l'exigence de couvrir complètement les besoins d'une population en fonction de ce que l'on peut soit même offrir compte tenu des ressources et des effectifs dont on dispose. «Personne n'est tenu à l'impossible», dira d'ailleurs une autre spécialiste au sujet d'une situation similaire.

Une autre façon de «relativiser les choses» implique d'apprendre à gérer sa manière de travailler, ainsi que ses horaires de travail. Les extraits suivants illustrent ces deux aspects :

« Je me perds moins maintenant, je sauve du temps dans un paquet d'affaires, je suis plus efficace qu'avant. » (Omni02, homme)

« Il faut être capable de changer nos horaires pour faire des heures qui sont convenables. 70 heures par semaine, on ne ferait pas ça à toutes les semaines. Ça arrive occasionnellement qu'on le fasse, mais il y en a d'autres qu'on va s'arranger pour en faire 30, pour compenser. » (Omni.13 homme)

La relativisation, ou la recherche d'un équilibre entre ce qui est demandé et ce qu'il est possible d'offrir, suppose en ce dernier cas la possibilité d'un accommodement ou, en d'autres termes, d'un «arrangement pour compenser» la perte de temps libre.

En ce qui concerne la *capacité de faire des choix*, qui correspond donc à la troisième clé de l'ajustement professionnel en région (après la capacité de se débrouiller et la capacité de fixer des limites), celle-ci relèverait moins de l'attitude à développer pour mieux supporter les effets d'une charge trop lourde, que des stratégies à concevoir et à appliquer, non seulement pour éviter de subir cette dernière mais aussi pour mieux se consacrer à une médecine selon ses vœux et intérêts propres. Dans cette perspective, *faire des choix* consiste, ni plus ni moins, qu'à se donner la possibilité de varier sa pratique ou de modifier avec le temps ses activités.

Une répondante énonce dans les termes suivants l'une des stratégies sous-jacentes à cette règle de l'ajustement :

« Ça fait partie des *choix* de façon cyclique pour tout le monde, à un moment donné de se dire bien si ça continue comme ça [la charge de travail], je vais m'en aller. Mais moi m'en aller ça ne voudrait pas dire m'en aller de la région. M'en aller ça voudrait dire quitter carrément l'hôpital, quitte à être pénalisée financièrement. » (Omni04, femme)

Le choix ici implique une stratégie qui éventuellement éviterait à l'intéressée d'avoir à subir une charge de travail trop imposante. Le fait de remplacer un type de pratique par un autre constituerait en somme la réponse choisie pour se libérer d'un tel poids. Et d'ailleurs, plus que de simplement l'envisager, une spécialiste a effectivement fait ce choix à une époque particulièrement difficile :

« J'ai démissionné ici [à l'hôpital] quand ç'a mal été [grave pénurie d'effectifs], je suis partie en bureau privé, mais ça ne m'a pas plu du tout finalement (rire). Moi je suis une fille d'hospit. là, donc je me suis dit bon, je vais revenir avec une vision complètement différente. On change quand il y a des difficultés vécues, on s'adapte. » (Spéc04, femme)

Il semble dans son cas, qu'à défaut de l'avoir contenter au plan professionnel, la stratégie lui ait au moins permis par la suite de «relativiser les choses». (en revenant «avec une vision complètement différente»). D'autres, tous omnipraticiens, ne feront pas le choix de «quitter l'hôpital», mais d'y cesser l'une ou l'autre des activités associées à une pratique hospitalière (urgence et hospitalisation).

Une stratégie comparable en ce qui concerne l'objectif d'évitement de la charge de travail, mais lui associant celui de la réalisation des aspirations professionnelles, est par ailleurs dégagée de certains propos, surtout tenus encore là par des omnipraticiens. L'extrait suivant en rend compte de manière éloquente :

« J'ai ralenti, j'ai trouvé des sphères d'activités dans lesquelles j'étais plus à l'aise, j'ai laissé tomber ce qui m'embêtait le plus, ce qui me demandait le plus d'énergie peut-être, mais *toujours en gardant une bonne autonomie et une bonne diversité.* (...) L'hospitalisation a été cessée. C'était ce qui était le plus prenant pour moi. (...) Je l'aurai quand même fait pendant 5 ans. » (Omni10, homme)

D'autres que lui préféreront cesser le bureau par exemple, plutôt que l'hospitalisation ou l'urgence, mais dans tous les cas, l'exigence d'autonomie et de polyvalence devra malgré tout être maintenue et trouver à s'actualiser. Une autre tactique pour atteindre ce dernier objectif sera de ne rien laisser tomber – ce qui représente également un choix – et de s'organiser en conséquence :

« Une petite semaine, c'est 50 heures [pour moi]. Une semaine habituelle, c'est 60, 65 puis souvent j'ai des 70 puis des 80. (...) Je fais de l'urgence, de l'hospitalisation, des soins intensifs, de l'oncologie, du bureau, je fais du centre d'accueil aussi, et quelques visites à domicile. (...) Tout ça, ça demande beaucoup de gestion de temps, mais c'est aussi enrichissant et c'est très intéressant. » (Omni11, homme)

Le besoin de varier sa pratique ne répond nullement ici à un objectif de contournement de la charge de travail, dont ce répondant s'accommode du reste fort bien, mais uniquement de satisfaction de ses intérêts au plan professionnel. Un spécialiste observe, de son côté, que de se retrouver soudainement avec un confrère de plus n'aura pas nécessairement pour effet chez ses collègues d'alléger le poids de leur charge de travail, car ils auront tendance à profiter de cet ajout en effectif pour se consacrer à des activités répondant à certaines de leurs attentes.

Par rapport à cet objectif de réalisation professionnelle, semble par ailleurs se dessiner chez des omnipraticiens autant que chez des spécialistes, une stratégie ne consistant pas seulement à varier synchroniquement leur pratique (faire plusieurs activités en même temps), mais aussi à la modifier diachroniquement (passer d'une activité à une autre dans le temps) de façon à soutenir l'intérêt pour ce qu'elle représente en règle générale. En d'autres termes, il s'agit pour les médecins concernés de développer de nouveaux créneaux ou champs d'intérêt, en somme de «se tailler une place» qui soit littéralement à la mesure de leurs aspirations et de leur désir de découvrir ou de créer dans le contexte particulier d'une médecine de région.

Ainsi, tel omnipraticien se découvrira un intérêt pour la médecine du travail, une autre pour les soins palliatifs et un troisième pour la psychiatrie. Encore un autre se sera investi dans la création d'une clinique familiale. Chez les spécialistes aussi, il y a cette tendance «avec les années [à prendre] de l'expérience et à se développer des petits champs qu'on préfère», souligne l'une d'entre eux. Un autre a éprouvé le besoin, après quelques années passées à

développer les bases de sa spécialité, de compléter sa pratique en région par une certaine implication en milieu universitaire :

« À un moment donné, t'as fait le tour du jardin, et le défi oui, il était là, puis ça prenait autre chose. (...) [Maintenant] quand je vais en ville [quelques semaines par année], ça me donne un complément de quelque chose que je n'avais pas ici, [i.e.] le contact avec le milieu universitaire. L'enseignement vient à manquer un peu ici. » (Spéc09, homme)

D'aucune manière, la place que s'est taillée ce répondant en région du point de vue de la pratique de sa spécialité, n'est-elle remise en question par l'ajout à son champ d'intérêt d'activités d'enseignement en centre universitaire. Au contraire, le fait de pouvoir s'adonner à ces dernières lui a permis d'atteindre un équilibre et d'être pleinement satisfait au plan professionnel. «L'équilibre entre le travail en région et un contact que tu peux maintenir avec le milieu universitaire, je pense que c'est une solution gagnante», affirme-t-il.

E. Une satisfaction globale

En règle générale, les médecins du premier groupe se disent satisfaits de pratiquer en région et, dans l'ensemble, croient avoir bénéficié de conditions somme toute favorables. Les omnipraticiens ont su s'ajuster aux exigences particulières d'une pratique diversifiée dont ils ont toujours tiré le plus grand profit, en dépit d'une charge de travail souvent excessive. Non seulement, dira l'un d'eux, «la pratique [est] plus variée [qu'en ville], mais même dans le suivi au bureau, les cas [sont souvent] plus intéressants.»

Quant aux spécialistes, ils sont plusieurs à avoir trouvé dans la pratique de leur spécialité en région une source d'intérêt comparable à celles de leurs collègues omnipraticiens: «ici c'est vraiment bien la médecine interne, dans les régions, (...) c'est extrêmement intéressant, c'est gratifiant. (...) Moi, ça me convient mieux.», dira l'une d'entre elle. Certains considèrent par ailleurs avoir contribué au développement de leurs spécialité en y insufflant leurs propres façons de faire : «il y avait beaucoup de choses à apporter. (...) Et j'ai mis ça comme moi j'aimais», raconte une gynécologue.

Généralement sous-entendu dans les propos de la plupart des médecins, le côté gratifiant ou valorisant (sentir que soi-même et ce que l'on fait sont appréciés) de la pratique médicale en région est explicitement associé par certains à la qualité des rapports humains en général, que ce soit avec leur collègues ou avec les patients :

« C'est très valorisant sur le plan humain et sur le plan de la pratique elle-même [«j'ai l'impression de pratiquer un art»], (...) à la longue, il y a une espèce de plaisir à faire ce qu'on fait. » (Spéc06, homme)

« Moi ici, je suis bien intégré puis j'apprécie les gens avec qui je travaille et les gens m'apprécient aussi. Puis j'ai un bon contact avec les patients. » (Omni06, homme)

En fait, seulement deux omnipraticiens admettent avoir éprouvé des difficultés de manière soutenue dans leurs relations professionnelles et avoir été affectés par l'absence de valorisation ou de reconnaissance qui en a découlé. «C'est ça la dimension qui me manque au niveau professionnel, c'est au niveau de la reconnaissance du milieu, au niveau des confrères», dira l'un d'eux à ce propos. Pour ces répondants, cette insatisfaction relative au niveau professionnel aura néanmoins été compensée par une adaptation réussie au milieu de vie.

Composer avec le milieu de vie

Outre le milieu de travail, l'ajustement des médecins rencontrés a également été examiné sous l'angle des conditions personnelles et familiales de leur insertion dans un milieu de vie que, dans la majorité des cas, ils auront choisi pour des motifs avant tout professionnels. Dans l'évaluation de ce processus d'ajustement, sont considérées les dimensions sociales, culturelles et physiques d'un tel milieu. Avant de s'y attarder, il convient cependant de décrire sommairement l'évolution de la situation familiale depuis l'arrivée en région.

F. L'évolution de la situation familiale

Nous avons vu qu'au cours de leur résidence, neuf des répondants étaient célibataires et vingt-trois avaient un conjoint. Au moment de l'arrivée en région, ces totaux, bien qu'identiques (tableau 24), recouvrent néanmoins une répartition légèrement différente des omnipraticiens et des spécialistes. Ainsi, les célibataires comptent trois omnipraticiens et six spécialistes, alors qu'ils étaient respectivement quatre et cinq au moment de la résidence (voir tableau 11).

Tableau 24 Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial à l'arrivée

	Seuls	Accompagnés	Total
Omnis	3	13	16
Spécialistes	6	10	16
Total	9	23	32

Cette petite différence, qui se répercute dans la colonne voisine (Accompagnés : 13 et 10 vs 12 et 11), s'explique par la modification du statut familial de deux répondantes : l'une, omnipraticienne, venue en région avec un conjoint rencontré auparavant dans un précédent lieu de pratique, et l'autre, une spécialiste arrivée sans conjoint en région alors qu'elle en avait un au moment de la décision d'installation.

Le tableau 25 permet de mesurer l'écart relatif entre le statut familial actuel des répondants et celui à leur arrivée en région. Au total, seulement quatre se trouvaient encore sans conjoint – dont une seule omnipraticienne qui était redevenue célibataire.

Tableau 25 Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial actuel

	Seuls	Avec conjoint	Total
Omnis	1	15	16
Spécialistes	3	13	16
Total	4	28	32

Par ailleurs, quatre omnipraticiens et trois spécialistes avaient au moins un jeune enfant à leur arrivée en région.¹⁹ Au moment des entretiens, ils étaient onze omnipraticiens et six spécialistes à avoir au moins un enfant d'âge scolaire (primaire ou secondaire), et ils étaient sept, dont cinq spécialistes, à n'en avoir aucun.

En ce qui concerne l'origine régionale des conjoints, le tableau 26 montre qu'un peu moins de la moitié d'entre eux (12 sur 28) provenaient de l'une ou l'autre des régions éloignées correspondant aux lieux de pratique des répondants.

Tableau 26 Répartition des médecins selon l'origine régionale de leur conjoint actuel

Régions centrales	Régions interméd.	Régions éloignées	Total
10	6	12	28

Et de fait, sept de ces conjoints originaires des régions éloignées y ont été rencontrés, ainsi que quatre autres venus de leur côté s'y établir alors qu'ils provenaient d'ailleurs (la plupart de Montréal).

Sur ce total de onze nouveaux conjoints, neuf étaient occupés au moment des entretiens – dont un seul à titre de médecin – et un autre entrevoyait l'être sous peu. Quant aux dix-sept autres conjoints, qui tous étaient présents à l'arrivée, les données du tableau 27 indiquent que douze d'entre eux n'ont jamais cessé d'être occupés (statut occupationnel non modifié depuis l'arrivée) – dont huit en tant que médecins ou professionnels de la santé et des services sociaux – et que trois parmi ceux qui n'avaient pas d'emploi au départ en auront finalement trouvé un (statut modifié depuis l'arrivée).

Tableau 27 Répartition des médecins selon le statut occupationnel du conjoint à l'arrivée et le statut actuel

Statut à l'arrivée \ Modifié depuis?	OUI	NON	Sans conjoint**	Total
Occupé	1	12	0	13
Inoccupé	3	0	1	4
NAP*	0	0	4	4
Total	4	12	5	21

*Célibataires (2 cas) ou divorcés (2 cas) à l'arrivée.

**Demeurés célibataires ou seuls (4 cas), ou redevenu tel (1 cas).

¹⁹ Deux autres spécialistes avaient des enfants mais ne sont pas ici pris en compte car l'un est venu sans ses enfants à la suite d'un divorce, et l'autre, également divorcé, avait déjà ses enfants en région lorsqu'il a débuté puisqu'il pratiquait auparavant comme omni.

Fait intéressant, le seul répondant célibataire au moment de l'entretien, mais qui à l'arrivée avait un conjoint, s'est justement retrouvé dans cette situation en raison de l'impossibilité pour ce dernier de se trouver un emploi (Inoccupé/Sans conjoint).

Dans leur ensemble, les données sur l'évolution de la situation familiale montrent une relative stabilité au plan personnel. Lorsque les conjoints ne sont plus les mêmes qu'à l'arrivée, ils sont pour la plupart originaires de la région, ce qui permet de tirer avantage de la présence d'un réseau familial. Au total, douze conjoints sur vingt-huit proviennent de ces régions et six autres, de régions intermédiaires (généralement de petites localités). Par ailleurs, presque tous les conjoints ont trouvé à s'insérer professionnellement.

Au-delà de ce portrait sommaire de l'évolution de la situation familiale, il importe maintenant d'analyser comment les répondants se sont ajustés à leur nouveau milieu de vie.

G. Des stratégies d'insertion

En règle générale, les répondants se disent satisfaits de la manière dont s'est déroulée leur insertion hors de la sphère professionnelle. Eux-mêmes ou les membres de leur famille ont été amenés à composer avec les dimensions à la fois sociales, culturelles et physiques de leur milieu de vie – aussi bien dans le sens de *faire sa place* dans le milieu que de *faire avec* un certain nombre de ses avantages ou de ses contraintes.

a) *L'occupation du conjoint et l'école des enfants*

La qualité de l'insertion des membres de la famille ne semble faire aucun doute dans la grande majorité des cas. En ce qui concerne les conjoints, il est clair que pour au moins douze d'entre eux ayant toujours travaillé depuis l'arrivée (tableau 27), la question de l'emploi n'aura jamais posé le moindre problème. Selon les répondants concernés, il semble qu'ils aient été généralement satisfaits des conditions de leur insertion professionnelle, ainsi que sociale, et que ce sentiment ait perduré.

Pour quatre autres conjoints, ces conditions auraient toutefois été moins aisées. L'une d'entre eux, notamment, ayant trouvé dès l'arrivée un emploi dans un autre domaine que ce à quoi l'avait préparée sa formation d'infirmière, n'a pu espérer mieux avec le temps et s'est donc vue contrainte après quelques années, malgré une intégration réussie à la vie en région et son implication «dans toutes sortes de choses», de retourner en milieu urbain afin d'y exercer sa profession; ce qui a naturellement eu pour effet de modifier le mode de vie et la nature des rapports familiaux (l'époux médecin demeurant de son côté en région pour des raisons professionnelles, mais venant régulièrement en ville pour passer du temps avec sa famille). Quant aux trois autres conjoints, ils auront, à l'inverse, passé les premiers mois de leur installation sans emploi, et s'en seront remis à leur seule débrouillardise – selon l'expression même des répondants concernés – pour créer les conditions de leur propre insertion à ce chapitre.

Par ailleurs, tel qu'évoqué plus haut, l'insertion professionnelle n'aura également posé aucun problème à neuf des onze nouveaux conjoints, tout comme leur intégration sociale, déjà acquise pour **six** d'entre eux originaires des régions visées. L'un des deux nouveaux conjoints sans emploi provient de l'une de ces régions; par contre, la présence de famille et d'un solide réseau social, en plus de son implication à l'école des enfants sont autant d'éléments ayant permis d'amoindrir les effets déstabilisants de son inoccupation. Quant au second *nouveau*

conjoint sans emploi, si rien ne semblait encore se présenter à l'horizon au moment de l'entretien, le répondant concerné n'en affichait pas moins un certain optimisme, mettant lui aussi l'accent sur la débrouillardise de sa compagne, de même que sur ses «compétences personnelles et professionnelles.» (Omni02, homme)

Fait à noter, la première conjointe de ce dernier répondant, ainsi que celle d'un spécialiste (Spec08), bien que toutes deux originaires d'une région centrale et n'étant par ailleurs ni l'une ni l'autre de profession médicale, ont décidé de demeurer en région après la rupture, tant en raison de la réussite de leur insertion socioprofessionnelle qu'en vue d'assurer le bien-être des enfants au plan familial.

Concernant le bien-être des enfants et, surtout, la réussite de leur insertion dans le milieu, la qualité de l'encadrement scolaire constitue certes un enjeu important pour la grande majorité des répondants, dont on a vu que seulement sept n'avaient aucun enfant. Sur les vingt-cinq parents, deux avaient des enfants trop âgés vivant en milieu urbain, et six autres en avaient des trop jeunes (5 ans et moins) pour que cette question puisse être considérée dans l'immédiat.

Pour ces derniers néanmoins, la perspective des écoles primaires et secondaires en région est envisagée de manière généralement positive. En fait, pour une seule d'entre eux (1 spécialiste), c'est moins la question de la qualité des écoles qui est soulevée que celle du choix des programmes scolaires nécessairement plus limité en région :

« Je trouve que maintenant, il y a tellement de possibilités dans les écoles, puis si j'ai des enfants qui ont des aptitudes, je serais un peu déçue de ne pas pouvoir leur offrir, soit le programme international, soit un programme études/sport, peu importe. S'ils ont des aptitudes particulières, c'est quelque chose que je ne peux pas leur offrir ici, et comme j'ai le privilège d'avoir un emploi qui fait que, si c'est disponible, financièrement je suis capable de leur offrir, bien j'aimerais ça. » [Spec05, femme]

Les cinq autres répondants dont les jeunes enfants ne fréquentent pas encore l'école ne semblent avoir de leur côté aucune réserve, sinon par rapport à ce qui pourrait survenir après le secondaire et donc, dans un avenir assez éloigné.

Une perception plutôt favorable de l'école en région est également partagée par l'ensemble des répondants ayant au moins un enfant d'âge scolaire (n = 17, soit 11 omnis et 6 spécialistes). En certains cas, des objections peuvent être émises qui, toutes, se rapportent à la question du choix, mais sans que cela ne modifie fondamentalement le caractère positif de l'évaluation. Par exemple, deux spécialistes considèrent que leurs enfants auraient peut-être été mieux servis ailleurs. Pourtant, ils ne s'inquiètent pas outre mesure des limites relatives imposées par leur milieu de vie à cet égard. Comme le souligne l'une des deux : «ça ne me stresse pas à ce point-là [cette question-là]; je trouve ça juste plate qu'on ne puisse rien offrir d'autre, c'est tout.» [Spec01, femme]

Un omnipraticien soutient de son côté être «capable de vivre avec» l'absence d'écoles privées en région dans la mesure où il y trouve un système scolaire répondant largement à ses attentes et à celle de sa conjointe :

« Le système d'éducation ici, public, c'est un système plus personnalisé, je trouve, par rapport à la ville. Les enfants sont suivis de façon plus individuelle, ils sont mieux connus par les professeurs, ils sont mieux connus par le petit milieu. Puis pour ce qui est de l'éducation

comme telle, c'est adéquat. C'est très adéquat pour ce qu'on voulait au départ. » (Omni10, homme)

Deux autres omnipraticiens, qui au départ avaient quelques appréhensions, ont été rassurés par la suite, non seulement par rapport au niveau primaire, mais aussi secondaire. «Je me suis rendu compte, rapporte l'un d'eux, qu'il y a des gens qui vont à l'école ici et ils sont très bien capables de faire leur bout de chemin, et même d'aller dans des domaines qui sont contingentés; donc, la matière est enseignée à quelque part.» (Omni02, homme)

Plusieurs, omnipraticiens ou spécialistes, mentionnent n'avoir eu guère plus d'inquiétudes au début qu'ils n'en ont aujourd'hui quant à la qualité du système scolaire en général. À cet égard, il n'y a d'ailleurs pas pour eux de différence entre ville et région : «il y a des pourris dans toutes les écoles et il y a ce que tu vas faire toi avec l'école [qui es là]», nous dit une répondante originaire d'un milieu urbain. Une autre, originaire d'une région éloignée, se donne en exemple pour montrer que l'éducation qu'on y donne est tout à fait respectable :

« J'avais pas ces craintes-là au départ. C'est pas comme mes confrères qui sont des citadins pure laine puis qui disent «Ah il n'y a pas d'école privée puis qu'est-ce qu'on va faire avec les enfants», pauvre eux ! Non moi... j'étais arrivée en médecine avec une formation qui était tout à fait similaire et même supérieure dans certains domaines. Moi j'avais vu des choses au cégep [en région] que les gens n'avaient pas vues en milieu urbain. Pour moi, l'éducation des enfants ici a toujours été tout à fait superposable à ce qu'il peut y avoir dans les écoles privées. » (Spec04, femme)

En somme, l'insertion scolaire des enfants n'est nullement une source d'inquiétude pour la grande majorité des répondants concernés. Si elle l'a déjà été, la réalité aura eu tôt fait de les rassurer. Par ailleurs, la situation des conjoints, si elle a déjà représenté un problème pour certains, notamment dans les premiers temps après l'arrivée, ne pose pratiquement plus aucune difficulté aujourd'hui. Tous, à l'exception d'un seul ayant dû retourner en ville pour des raisons professionnelles, se seraient également bien insérés au plan social.

b) Liens familiaux et constitution du réseau social

L'insertion sociale des répondants et, pour la grande majorité de ces derniers, de leur conjoint, apparaît centrale en regard de l'ajustement au milieu de vie. Une telle insertion peut être facilitée par la présence de famille, soit au départ lorsque soi-même ou le conjoint proviennent de la région d'installation ou que des membres de la famille s'y trouvent déjà, soit après quelques temps lorsqu'il y a rencontre d'un conjoint originaire de l'endroit. Cette situation touche au total quinze répondants (sept omnipraticiens et huit spécialistes). Les dix-sept autres n'ont quant à eux jamais bénéficié de la présence quelconque de membres de la famille élargie. La grande majorité, cependant, a su développer au cours des ans un réseau d'amis et de connaissances, se limitant chez quelques uns aux seuls collègues médecins, mais s'étendant bien davantage dans la plupart des cas à d'autres milieux.

En fait, deux grands types de socialisation peuvent être distingués. Le premier, ne regroupant que huit répondants (dont cinq omnipraticiens), renvoie à ceux dont le réseau social demeure restreint soit aux seuls membres de la famille élargie, soit aux collègues de travail, soit aux deux. Un seul d'entre eux en fait dit avoir créé des liens solides avec les membres de sa belle-famille autant qu'avec des collègues de travail uniquement. Trois autres admettent ne pas fréquenter d'autres personnes, ou à peine, en dehors du clan familial. Pour l'une de ces trois, qui a pu compter sur le soutien à la fois de sa famille et de sa belle-famille, l'entité familiale

prise globalement constitue le principal sinon l'unique référent de la sociabilité; en effet, elle et son conjoint n'ont jamais éprouvé le besoin de créer des liens à l'extérieur et ne conçoivent généralement leurs activités de loisir qu'en famille seulement, notamment avec les enfants. Quant aux quatre répondants restants, ne comptant pour leur part aucun membre de leur famille en région, c'est essentiellement le milieu de travail qui aura servi de cadre à la constitution de leur réseau social, telle une extension de la cellule familiale proprement dite. Comme le souligne d'ailleurs l'une d'entre eux, «le monde avec qui tu travailles, ça devient quasiment ta deuxième famille.» À l'exception d'un célibataire, tous disent également consacrer beaucoup de leur temps libre à faire des activités en famille.

La conscience d'être relativement isolé du milieu ambiant semble caractériser ce premier groupe de huit répondants. Aucun inconfort particulier n'est cependant rattaché à cet isolement qui apparaît plutôt comme l'expression d'une prédisposition personnelle à ne pas vouloir trop se mêler. «Moi je suis un solitaire, dira l'un d'eux, [l'absence de liens en dehors du travail] c'est pas quelque chose qui m'a pénalisé». (Spec06, homme) Une autre est on ne peut plus explicite à cet égard :

« On est des personnes assez isolées. Ce n'est pas important pour nous de rencontrer plein de nouvelles personnes. (...) On a ce qu'on a décidé d'avoir parce que ça aurait pu être beaucoup plus au plan social, parce que si tu veux t'impliquer dans plein de choses ici, c'est possible. » (Spec01, femme)

De son côté, un omnipraticien parle de la «stabilité sociale» de leur situation, à lui et à sa conjointe, pour décrire le réseau de leurs amis exclusivement issus du milieu médical ou de la santé, mais aussi des efforts qu'ils font pour entretenir des relations de voisinage ou participer à des activités organisées par le milieu (festivités, etc.) car, dit-il, «il n'y a rien de pire que de s'isoler lorsqu'on est en région».

Le second grand type de socialisation regroupe ce qu'il reste de répondants, soit vingt-quatre, et fait appel à des réseaux d'amis et de connaissances qui débordent le milieu de travail. L'isolement, en tant que prédisposition à ne pas vouloir se mêler aux autres (sans pour autant chercher à trop s'en couper), ne participe nullement ici de la conscience ou du sentiment que l'on a de son rapport au milieu de vie.

Pour ce cas de figure, il est possible de procéder suivant une logique similaire au précédent (le premier grand type), c'est-à-dire en fonction d'un rapport à établir entre ces réseaux et la présence ou non de famille en région. Dans cette perspective, deux sous-groupes peuvent être distingués. Le premier est formé de onze répondants (quatre omnipraticiens et sept spécialistes) bénéficiant à la fois du soutien sur place de leur famille ou belle-famille et des avantages d'un réseau social étendu formés aussi bien de collègues que d'individus natifs ou étrangers œuvrant dans d'autres milieux. Le second sous-groupe compte pour sa part treize répondants (sept omnipraticiens et six spécialistes) qui jouissent également du même type de réseau social, mais non du soutien que pourrait leur procurer la présence de famille.

Dans ce second sous-groupe est d'ailleurs reprise l'idée d'une substitution familiale qu'opérerait le groupe «des gens avec qui tu travailles», une sorte de «deuxième famille» pour reprendre des termes déjà cités plus haut par une répondante dont les collègues de travail constituent pratiquement les seuls amis. Sauf qu'en ce cas-ci, cette deuxième famille s'élargit à l'ensemble de la communauté ou plutôt, ouvre à l'ensemble du milieu de vie la possibilité de se lier à des gens avec qui on ne fait pas que travailler :

« Les gens avec qui tu travailles deviennent ta famille, donc la fin de semaine on est tout le temps avec des amis [à faire des activités de plein-air]. (...) Mais maintenant, on a des amis de tout acabit, on a des gens qui sont comptables, on a des gens qui sont soudeurs, ça fait que là on a plein d'amis autour. C'est plus pareil comme quand on est arrivés. » (Spec03, femme)

« On s'est refait un cercle d'amis ici. Les premiers amis c'était des gens de la pratique médicale puis peu à peu, bien ça s'est élargi, (...) quelques-uns au travers des enfants puis d'autres à travers nos connaissances ici, des gens que l'on a rencontrés. » (Omni10, homme)

Pour ce dernier répondant, qui avait déjà des enfants en arrivant, les premiers temps auront été difficiles en raison de l'absence de soutien qu'auraient pu fournir les parents s'ils avaient été sur place. L'isolement ressenti dans ce contexte aura été d'autant plus éprouvant que l'objectif était de s'insérer socialement dans le milieu de vie.

Certains, moins hypothéqués par la charge d'enfants en bas âge, ont trouvé à s'insérer assez facilement, d'autant plus d'ailleurs qu'ils étaient dès le départ bien disposés à vivre en région, compte tenu de leurs intérêts particuliers. En témoigne l'extrait suivant :

« On s'est vite adapté au milieu, on était sportif beaucoup, puis on a tout de suite commencé à faire plein d'activités, et on a eu un réseau social qui s'est développé rapidement. » (Omni12, femme)

La composition mixte du réseau (collègues du domaine de la santé et personnes de l'extérieur) est en ce cas implicite. Le mélange s'est donc opéré ici très rapidement. Pour d'autres, l'ouverture vers un autre réseau que celui du milieu de travail aura tardé un peu plus, mais sans que cela ne se mesure en nombre d'années. Le temps ira même dans deux cas jusqu'à privilégier exclusivement le milieu extérieur comme espace de socialisation. L'un d'eux rapporte que 98% de ses relations sont en dehors du milieu de travail, avec des gens qui viennent d'ailleurs, mais qui sont installés depuis longtemps dans la région. Le second donne encore un autre aperçu du type de personnes qu'il fréquente :

« Maintenant, je ne côtoie plus personne de l'hôpital à l'extérieur [ses amis collègues étant tous partis aujourd'hui]. Nos amis, c'est des gens avec qui mon conjoint travaille, c'est des voisins ou des [parents d'amis de] nos enfants. » (Spec10, femme)

Si les enfants servent dans bien des cas de relais pour la constitution du réseau social, la réalisation commune d'activités de loisir propres au milieu de vie (plein-air et autres activités sportives) ou d'activités à caractère culturel (participation à une chorale, etc.) représente un autre moyen courant. Un troisième, plus rare car ne concernant que quatre répondants, est la participation à l'organisation d'activités à caractère socioculturel essentiellement (théâtre, concert de musique, enseignement de la danse aux enfants) ou encore, au comité d'école.

Ces trois moyens de constitution des réseaux sociaux se retrouvent dans des proportions semblables chez l'autre sous-groupe du second type de socialisation (extension hors-travail du réseau social). La différence tient bien entendu ici à la présence sur place d'un réseau proprement familial. Des onze répondants concernés, **sept** originaires d'autres régions ont pu compter à l'arrivée (un cas seulement) ou au bout de quelques temps seulement (6 cas) sur le soutien de la famille du conjoint, ce qui a grandement facilité l'insertion ou contribué à la consolider.

Par exemple, le répondant arrivé avec une conjointe originaire de l'endroit ainsi qu'avec deux jeunes enfants reconnaît que le soutien apporté par les beaux-parents a favorisé de manière significative son adaptation au milieu, la constitution de son réseau social ayant par ailleurs été amorcée, à l'instar de nombre de répondants du second type (voir sous-groupe précédent), dans le milieu de travail, puis au bout de 2-3 ans, à l'extérieur de ce dernier, beaucoup grâce aux enfants (rencontre des parents). Quant aux six autres répondants provenant d'autres régions, la rencontre au bout de quelques temps d'un conjoint originaire du coin aura, non seulement permis de compter sur la présence de sa famille à lui, mais également sur son réseau social.

Enfin, en ce qui concerne les quatre derniers répondants de ce sous-groupe de onze, tous bénéficient de la présence de leur propre famille. À l'exception d'un seul cas, dont les parents sont venus s'établir d'eux-mêmes dans la région peu de temps après son arrivée, les autres n'ont pas eu véritablement à s'ajuster socialement au milieu de vie dans la mesure où ils le connaissaient déjà. Pour un répondant qui, en outre, bénéficie de la présence de sa belle-famille, l'insertion sociale dans le milieu apparaît d'autant plus aisée que le réseau familial est solide. En d'autres termes, si l'élargissement hors-travail de son réseau social répond à un intérêt, il ne représente pas selon lui, comme pour d'autres médecins venus d'ailleurs, une sorte d'incontournable de l'insertion au milieu de vie :

« À la différence d'autres médecins qui ne sont pas originaires de la région, j'ai pas besoin [de rencontrer des gens et de faire des activités avec eux pour me sentir intégré]; oui, je participe, mais j'ai pas juste ça, j'ai des choses avec ma famille, avec ma belle-famille aussi. » (Omni11, homme)

En résumé, et dans la mesure où cela concerne tout près de la moitié de l'échantillon, les liens familiaux intra-régionaux semblent jouer un rôle important du point de vue de l'insertion au milieu de vie. Ils ne constituent cependant qu'une condition facilitante, en particulier lorsque ne transparaît aucun intérêt personnel à développer une vie sociale active s'étendant au-delà du milieu de travail. Il apparaît par contre, qu'une vie sociale «bien remplie» – au travail et hors-travail – soit une condition souhaitable, voire nécessaire, de l'insertion au milieu de vie, surtout quand il n'y a pas de famille sur place. Lorsqu'en plus d'un réseau social étendu et dynamique, la famille des répondants ou de leur conjoint assure en quelque sorte les arrières, les conditions du maintien apparaissent beaucoup plus solides. À cet égard, il est intéressant d'observer que cette situation concerne près de la moitié des spécialistes (7) et seulement le quart des omnipraticiens (4).

c) Une mise à profit des ressources du milieu

La participation à des activités sociales, culturelles ou sportives représente, on l'a vu, l'un des moyens privilégiés de la socialisation en général et de la création de liens hors travail en particulier. Certaines, telles les activités de plein-air (voile, excursions en montagne, chasse et pêche, etc.), sont spécifiques aux régions et peuvent avoir été l'objet avant l'installation d'envies particulières de s'y adonner une fois établi. Indépendamment de ces activités, le cadre physique en lui-même peut également être apprécié pour ce qu'il est. Une deuxième caractéristique du milieu régional pour lequel des attentes ont été nourries, ou qui aura été découverte sur place, est le rythme de vie (lenteur du temps, tranquillité, proximité, sécurité, etc.). En somme, l'environnement physique et le rythme de vie font partie de ce que le milieu a à offrir et que, nulle part ailleurs, il est possible de mettre à profit de la même manière.

Un second volet de la mise à profit des ressources du milieu consiste en la capacité de tirer avantage des biens et services disponibles en région en dépit d'un choix souvent restreint. Ces biens et services se réfèrent ici aux produits de consommation courante (alimentation, vêtements, etc.) et de loisir (spectacles divers, théâtre, cinéma, etc.).

En ce qui concerne le premier cas de figure (mise à profit de l'environnement physique et du rythme de vie), il est possible encore ici de distinguer deux sous-groupes de répondants. Le premier ne compte que quelques individus seulement (trois omnipraticiens et quatre spécialistes, dont on retrouve d'ailleurs certains parmi les répondants du premier type de socialisation). Ils ne s'adonnent pas ou très peu à des activités de loisir censées être typiques des régions, telles que la chasse ou la pêche. Ils sont généralement de type contemplatif, jouissant du cadre physique pour ce qu'il est, sans se sentir tenus d'en profiter activement. En découle ou est associée une appréciation marquée pour le caractère paisible de la vie en région (rythme de vie). Le témoignage suivant illustre cet état d'esprit :

« J'ai le fleuve dans ma cour. Je ne suis pas très plein air, mais j'aime ça regarder dehors puis j'aime ça être assise sur ma terrasse et j'adore travailler dehors sur mon terrain, et je suis toujours dehors à m'organiser des affaires comme ça. (...) Partir dans le bois, puis me faire manger par les mouches, là, je ne tripe pas fort fort là-dessus. » (Omni14, femme)

Les préférences ont toujours été très clairement marquées de ce point de vue, et seul le climat aura nécessité une adaptation, notamment pour ceux originaires de régions à cet égard plus clémentes. « On finit par s'habituer à la longueur de l'hiver », dira l'une d'eux, d'autant que l'été est magnifique.

L'adaptation nécessaire au climat et au rythme des saisons est également soulevée par certains répondants de l'autre sous-groupe (le reste de l'échantillon), nettement plus entreprenant par rapport au cadre et aux possibilités d'activités que leur offre la nature et les grands espaces. Les propos d'un omnipraticien illustrent ce que peut impliquer dans cette perspective un ajustement au milieu de vie :

« En hiver, à 3h15 de l'après-midi, il fait noir dans le 4e rang, donc ça, ça été un petit peu plus difficile à vivre, une adaptation à faire. (...) Le printemps est tard ici. C'est un autre point qui joue un petit peu sur le moral parfois, mais à part ça... C'est sûr qu'on s'est adapté aux activités disponibles dans la région, puis elles sont nombreuses si on aime le plein air. Puis on aime beaucoup le plein air. » (Omni10, homme)

Pour ce répondant, ce qu'a à offrir le milieu en termes d'activités de plein air aura donc nécessité une certaine forme d'adaptation. Une spécialiste, de son côté, dit avoir « appris ce que la région pouvait lui donner » en passant du ski alpin qu'elle pratiquait auparavant, au ski de fond, une activité qu'elle dit ne n'a pas avoir eu le choix d'adopter compte tenu de la géographie de son nouvel environnement.

Pour au moins deux autres, ce sont plutôt les activités elles-mêmes qui représenteront soit un moyen, soit une sorte d'aboutissement de l'ajustement au nouveau milieu de vie. Dans un cas, en effet, l'engouement découvert pour les activités de chasse et de pêche est devenu le signe à un moment donné que l'adaptation au milieu s'était réalisée. Dans l'autre cas, de telles activités peuvent être interprétées comme ayant été, en partie, une sorte de réponse aux impressions premières de désolation projetée par le paysage régional (« des lacs, des arbres, pis là un petit

village qui a l'air de rien ou une petite maison avec un paquet de vieux tacots sur quatre blocs»).

Chez la plupart des répondants cependant, on ne peut véritablement parler à cet égard d'une adaptation au milieu, puisque dès le départ il existait une prédisposition à s'engager dans des activités de plein air et un besoin affirmé d'en profiter pleinement. «Toute la famille on en fait du plein air, ça toujours été très important», nous dit un omnipraticien originaire d'un milieu urbain. «Moi, je suis plus une fille de plein air qu'une fille de spectacle», prétend de son côté une spécialiste originaire des régions éloignées activement impliquée dans des clubs sportifs locaux.

Par ailleurs, de tous les répondants qui disent profiter activement de ce que le milieu a à offrir, certains admettent y trouver également, par la seule contemplation de ses traits physiques, une source de quiétude et de bien-être général :

« On est devant la mer, on se tourne, on est derrière la montagne, on respire l'air pur, puis on est bien. » (Omni10, homme)

« La vie est relativement facile ici. C'est difficile à expliquer, c'est un état d'être. T'arrives chez vous, tu t'en vas, tu t'installes, tu regardes la mer en face de chez vous en prenant ton souper. Ça enlève beaucoup de stress. » (Spec13, femme)

« C'est assez paisible. On est sur le bord de l'eau, j'ai une maison sur la plage, c'est une belle grande plage. (...) Beaucoup sont venus ici parce qu'ils sont tombés en amour avec le bord de l'eau. (...) L'eau, avec toutes les possibilités d'activités aquatiques que ça nous laisse, c'est un gros élément. Puis ceux qui ne font pas d'activité aquatique, avoir ça dans son salon, avec les rorquals qui dansent pendant que tu prends ton café assis dans ton salon, c'est incroyable! » (Spec12, homme)

Plusieurs disent profiter également du rythme plus lent de la vie en région : «il y a ce rythme-là qui me va probablement comme à personne», affirme un omnipraticien qui avoue cependant avoir dû s'ajuster au début tant il était habitué à celui plus trépidant de la ville. Un autre décrit en détail ce que ce nouveau rythme lui permet de faire qu'il n'aurait même pas pu entrevoir s'il était demeuré en ville :

« Ici, le temps permet d'approfondir certaines choses. (...) J'ai développé d'autres intérêts, au niveau de la photo par exemple. J'ai appris à faire de la pêche ici. Alors c'est qu'on intériorise certains intérêts, on a le temps de les développer. En ville, probablement que j'aurais pas pris le temps. Ma musique, je pense quelque part a pu en profiter dans un certain sens, parce que je me donne plus le temps de pratiquer ici. » (Omni08, homme)

Pour un spécialiste, la qualité de vie en région se résume précisément à cette «possibilité que l'on a de prendre son temps».

Quant à l'autre dimension relative à la mise à profit des ressources du milieu (du point de vue cette fois des biens et services de consommation courante ou de loisir), elle concerne moins ce que les régions ont de spécifique et que l'on ne peut trouver ailleurs, que ce qu'elles n'ont justement pas, ce qui implique de savoir composer avec ce qui est disponible et d'en tirer le meilleur avantage possible. Cette règle générale étant énoncée, les manières de composer avec le milieu varient quelque peu selon qu'il s'agit de produits courants (alimentation, etc.) ou bien de loisirs culturels.

Quelques uns seulement se satisfont complètement de ce qu'il y a sur place. Ceux-là trouvent leur compte exclusivement dans les activités de plein air ou dans les relations sociales en général (incluant la famille) et n'éprouvent pas de grands besoins en matière culturelle. Au plan des commodités, ils considèrent généralement ne manquer de rien d'essentiel et s'accommodent sans trop de difficultés des produits disponibles.

Pour la grande majorité, des ajustements ont cependant été nécessaires. Certains, parmi eux admettent avoir eu, au cours des premiers temps surtout, quelques difficultés à s'adapter.

« C'est sûr qu'au début, le fait de chercher quelque chose au magasin et de ne rien trouver, ça c'était plus [dérangeant], puis je dirais qu'avec le temps, les désagréments du début se sont comme estompés, je me suis comme adapté à ça. » (Omni07, homme)

Avec le temps, «on change, nous dit de son côté une spécialiste, on finit par passer par dessus, on prend de nouvelles habitudes.» (Spec05, femme)

On s'habitue d'autant mieux qu'il y a, comme le souligne un spécialiste, «l'ambiance de travail et le décor extérieur» qui compensent très largement pour ce genre d'inconvénients. Une autre parle de «la patience d'attendre» comme d'un apprentissage nécessaire :

« Les magasins, il y en a très peu, on apprend la *patience d'attendre* (rire). Donc, commander [par catalogue par exemple], des fois, quand on a besoin. (...) C'est ça [on développe des stratégies], car on ne peut pas avoir tout ce qu'on veut au moment où on le veut. Il faut apprendre à [composer avec ça], aussi bien pour les spectacles, ça il y en a, il y en a passablement. Puis je pense que même on sort presque plus qu'en ville. » (Spec07, femme)

«On apprend à dealer avec ça, soutient un omnipraticien, ça marche plus avec le rythme [de vie], avec le temps.» (Omni02, homme)

Savoir attendre l'occasion ou «prendre ça quand ça passe» apparaît comme une clé importante de l'ajustement au milieu de vie en ce qui concerne les biens et services de consommation courante. Cela vaut également pour les loisirs culturels (spectacles, cinéma, etc.), à la différence qu'il y a davantage en ce cas le sentiment d'être relativement favorisé en comparaison des milieux urbains («on sort presque plus qu'en ville», nous dit en effet la dernière répondante). Plusieurs répondants abondent en ce sens affirmant par ailleurs vouloir «profiter de tous les spectacles qui passent» dans leur région. Le raisonnement tient à l'énoncé suivant : « s'il y a un film que tu veux voir, puis qu'il passe à la salle de spectacle, bien il ne passera pas deux jours de suite. Il va passer une seule fois [et il faut en profiter]. » Le même raisonnement s'applique pour les artistes en tournée, souvent des gens qu'on ne prendrait d'ailleurs pas la peine d'aller voir en ville même si on les apprécie.

En résumé, l'ajustement au milieu de vie, vu sous l'angle de ce qu'il a offrir en termes d'environnement physique et de rythme de vie, n'a nécessité aucun effort particulier de la part de l'ensemble des répondants. Au pire, il aura fallu à certains «apprendre ce que le milieu peut donner». Pour d'autres, il aura été l'occasion de «développer des centres d'intérêt et des passe-temps» et, pour la majorité, de faire des activités correspondant à des goûts personnels. En ce qui concerne l'accès aux biens et services de consommation courante et de loisirs, l'on apprend généralement à composer avec leur indisponibilité relative et même, à profiter de certaines occasions de se divertir comme on ne l'aurait peut-être jamais fait en ville.

d) La compensation des manques

Même si l'on sait attendre l'occasion et en profiter lorsqu'elle se présente, dans la grande majorité des cas, il finit toujours par manquer quelque chose dont on saurait difficilement se passer, soit en termes de produits de consommation ou encore, de ressources spécifiques au plan culturel. Un certain type de sociabilité, notamment pour ceux qui n'ont pas de famille en région, peut également faire partie des aspects manquants. Le réflexe consiste alors, bien entendu, à vouloir combler ces manques, en l'occurrence à rechercher ailleurs ce qu'on ne peut trouver sur place, et donc à compenser. Compenser signifie essentiellement ici que l'on profite de séjours en ville pour se ressourcer au plan culturel, voir des amis et des membres de la famille, ou faire le plein de provisions.

La compensation des manques peut être considérée, au même titre que la mise à profit des ressources du milieu, comme une stratégie d'insertion dans la mesure où elle permet justement de combler ce qui, à la longue, pourrait devenir une source d'insatisfaction. En fait, elle peut se concevoir dans les termes d'une complémentarité nécessaire à la satisfaction de ses besoins courants dans le milieu même où l'on vit en permanence.

Si l'on fait exception des quelques répondants qui, comme on l'a vu, se satisfont généralement des ressources disponibles sur place et qui, par conséquent, ressentent peu le besoin d'«aller en ville», la grande majorité voit dans une telle complémentarité une caractéristique importante de leur qualité de vie, voire même chez certains, une condition de leur maintien en région.

Pour nombre de répondants, se ressourcer en ville culturellement ou matériellement est perçu comme une occasion à saisir lorsqu'elle se présente, notamment dans le cadre des déplacements subventionnés pour la formation continue :

« On a droit à quatre déplacements par année [pour participer à des congrès], on en profite, on va en ville magasiner des choses qu'on a pas ici, (...) on en profite aussi pour aller au restaurant. » (Omni11, homme)

« Je l'ai [le ressourcement], je vais le prendre, ça me permet de sortir, puis ça me permet de faire d'autre chose. » (Spec03, femme)

D'autres occasions (un spectacle particulier ou des rencontres familiales) peuvent également servir de prétexte pour aller «faire autre chose», en ayant pris soin la plupart du temps d'apporter avec soi une «petite liste de choses qu'on ne peut pas trouver» en région.

Certains, par contre, n'attendent pas que des occasions se présentent pour aller se ressourcer en ville. Ils tendent, en règle générale, à planifier leurs sorties afin de profiter le plus possible des avantages de la vie en milieu urbain. La fréquence en est ici plus élevée et l'on voit clairement l'importance qui leur est accordée dans la perception de ce qui est nécessaire pour s'assurer d'un minimum de confort et ainsi demeurer le plus longtemps possible en région:

« La musique, les arts et tout ça, pour moi, effectivement, c'est une chose qui me manque en région. [Alors] de temps en temps, je pars en ville, aux 6 à 8 semaines, je fais une orgie de magasinage, de défoulement, et je reviens. Je me ressource. » (Omni08, homme)

« On est des gens qui sommes restés attachés à Montréal, attachés à la Place des Arts, au Musée des Beaux Arts, donc les enfants, eux, toutes les expositions du musée des Beaux Arts qui changent 2 ou 3 fois par année, d'habitude ils les voient. (...) C'est même plus facile

d'être en région et d'aller à Montréal et de voir tout ça que quand j'étais à Montréal. (...) Ça fait partie de mon [mode] de vie. » (Spec04, femme)

« On a fait l'erreur dans les premières années de ne pas retourner en ville aussi souvent qu'on aurait dû. Ce qui fait qu'on reste aujourd'hui, c'est qu'on se paye le luxe de la ville quand on le veut » (Spec01, femme)

Pour quelques uns d'entre eux, la présence de famille en ville constitue un motif non négligeable du besoin d'y retourner le plus souvent possible.

En résumé, les sorties en ville représentent un moyen de composer avec le milieu de vie en région en ce qu'elles permettent de compenser pour ce qu'on ne peut y trouver. Du point de vue de la satisfaction des besoins personnels ou familiaux, elles offrent une complémentarité nécessaire et participent, en quelque sorte, du mode de vie régional.

La recomposition de l'identité

En dehors de l'ajustement au milieu de travail et au milieu de vie, se pose la question de l'ajustement et de l'intégration au milieu régional en général. L'angle d'analyse proposé est celui de la recomposition de l'identité (personnelle et professionnelle) par rapport à ce qu'elle était avant l'installation. Cela présuppose à la lumière de nos données que cette identité soit redéfinie en fonction de paramètres généraux relatifs : 1) à l'atteinte d'un équilibre personnel (conciliation vie professionnelle et vie familiale) ; 2) à la place tenue dans la communauté à titre de médecin (conciliation statut professionnel et communauté) ; 3) aux liens d'appartenance au milieu régional en tant que tel.

H. L'atteinte d'un équilibre personnel

Chez nombre de répondants, on retrouve l'expression d'un principe général d'adaptation à la réalité des régions qui tient en bonne partie de la volonté qu'ils avaient au départ d'être ouvert à l'expérience. Dans cette perspective en effet, il fallait être en mesure de s'adapter à tout et de trouver une manière de «faire son bonheur» quel que soit l'endroit.

« On pourrait s'adapter n'importe où (...) [Mais] il ne faut pas juste se dire ici je vais être bien. Il faut avoir l'énergie de faire en sorte que ça soit bien. » (Spec03, femme)

« Je n'ai jamais demandé beaucoup, je ne suis pas très exigeante, donc je vais toujours faire mon bonheur avec ce que je vais avoir autour. » (Spec10, femme)

« À un moment donné il faut que tu fasses ton bonheur là où il est aussi. Il y a des gens qui ne seront jamais heureux, peu importe où ils vont aller. Puis ils vont toujours penser que c'est plus vert dans la cour du voisin. » (Spec11, femme)

« Une fois qu'on a fait nos choix, il faut qu'on les assume et qu'on arrête de se dire que ça serait peut-être mieux ailleurs. Une fois qu'on a dit bon, on va rester ici, on va voir qu'est-ce qu'on peut faire, comment on peut s'adapter, comment on peut s'organiser. Une fois que ce choix-là est fait et que ces décisions-là sont prises, on est prêt à s'intégrer dans le milieu. » (Omni10, homme)

Un autre évoque également, par le recours à une légende, cette idée du bonheur qui se trouve toujours plus proche de chez soi qu'on ne le pense et, pour l'illustrer, donne l'exemple de sa propre situation :

« C'est comme la légende du gars qui a entendu parler d'un champ de diamants, puis il le cherche toute sa vie. Et à sa mort, en creusant dans sa cour pour l'enterrer, on a trouvé des diamants. Ça fait qu'il était parti au loin, mais dans le fond, les diamants étaient dans sa cour. Je vois ça un petit peu comme ça pour moi. Je veux dire [les diamants, ils sont dans ma cour], j'ai une petite maison au bord de l'eau, ma famille est proche, ma belle-famille. J'ai un réseau professionnel aussi, des collègues avec qui je m'entends bien. Puis chaque soir je vais prendre ma petite marche sur le quai. Et quand j'ai besoin de civilisation, bien on s'en va en ville. » (Omni15, homme)

En somme, avec le temps, un équilibre semble avoir été atteint dans la manière de composer avec le milieu régional dans son ensemble. Un tel milieu aura même permis à au moins deux répondants de développer une autonomie, pas seulement du point de vue de la pratique, mais en termes plus larges concernant la manière dont on se perçoit dans la vie : «[la région] m'a permis de m'autonomiser, de me réaliser, de devenir moi-même», dira en ce sens l'un d'eux.

Plus concrètement, c'est dans le rapport entre la vie au travail et la vie à l'extérieur que l'équilibre personnel aura été recherché et généralement atteint. Parfois cet équilibre s'établit au moyen de la compensation de certaines conditions déplaisantes de la pratique par des caractéristiques plutôt stimulantes du milieu de vie. Ainsi en est-il d'un répondant dont l'insatisfaction au travail, en raison de relations difficiles avec des collègues, a heureusement été compensée par des activités socioculturelles et une vie sociale bien remplie ainsi que par son appréciation enthousiaste de l'environnement naturel. Dans au moins un autre cas, c'est le rythme de vie qui finit par compenser pour une autre des conditions de la pratique, à savoir la charge de travail :

« Le fait d'être en région puis d'avoir des enfants et d'être capable d'aller les mener en marchant à la garderie le matin, tant qu'à moi... même si t'es de garde aux 2 semaines, tu fais comme ah, le restant va tellement bien, le restant est tellement facile que ça finit par compenser. » (Spec05, femme)

À l'inverse, chez cette dernière répondante, c'est sa satisfaction générale au travail (les caractéristiques de sa pratique) qui compense les frustrations qu'elle éprouve par ailleurs à ne pas toujours trouver ce qu'elle souhaite en termes de culture et de consommation courante.

Si l'on fait exception de pareils cas de figure, l'atteinte d'un équilibre entre vie professionnelle et non professionnelle dépend en fait essentiellement de la capacité à *établir ses limites* par rapport à la charge de travail – l'une des trois règles, on l'a vu, de l'ajustement professionnel – ainsi que de la capacité à se dégager le moment venu du poids des responsabilités reliées à la pratique :

« [Depuis que j'ai limité ma pratique à trois activités seulement], ça me permet d'avoir une vie familiale intéressante. (...) L'équilibre est enfin trouvé. Tandis qu'au début, on explore beaucoup et parfois on s'éparpille. (...) C'est une des raisons principales pour lesquelles je suis resté. J'ai trouvé le bon équilibre entre mes loisirs... entre ma famille et mon travail. » (Omni10, homme)

« Je les ai mises mes limites, puis maintenant on se gâte, on sort, on fait des choses en famille, puis on décompresse régulièrement. (...) Je trouve qu'on se sauve la vie avec ça, en s'organisant comme il faut puis en essayant de ne pas se faire organiser, mais ça reste qu'on travaille fort puis on donne beaucoup d'heures. » (Omni14, femme)

« [L'équilibre à trouver], ça relève de chacun. Je pense qu'il faut être capable de mettre nos limites, être capable de sortir aussi de notre milieu professionnel. C'est facile d'amener nos

problèmes à la maison et de penser juste à ça. Moi, quand je sors d'ici, j'ai fini ma journée. » (Omni13, homme)

« Moi j'ai des collègues plus vieux qui n'ont pas vu leurs enfants grandir [tellement ils travaillaient]. Moi, ce n'est pas mon cas ; quand on travaille, on travaille fort, mais quand on arrête, [on arrête], et je suis capable de m'en aller l'esprit en paix. » (Omni02, homme)

À propos de cette capacité à «s'en aller l'esprit en paix», quelques répondants disent ou laissent entendre que le fait de demeurer dans une autre localité que celle où l'on travaille a pour effet de faciliter le passage de l'univers professionnel à celui de la vie personnelle.

Cette dimension de l'équilibre entre deux mondes est d'autant plus importante qu'elle sous-entend dans tous les cas l'atteinte d'une *qualité de vie* :

« Nous autres on a trois enfants et on veut les voir. (...) On recherche vraiment une *qualité de vie* nous autres. On ne veut pas travailler puis être à l'hôpital jusqu'à 9h à tous les soirs, on ne veut surtout pas être dans le trafic pendant une heure. On veut maximiser le temps qu'on est ensemble nous deux et ensemble avec les enfants. Puis c'est ici qu'on a été capables le plus de faire ça. » (Spec01, femme)

Pour certains, cependant, rien n'est jamais acquis à ce chapitre en raison des pressions constantes exercées par les conditions de la pratique et de leur empiètement sur la vie personnelle et familiale.

« [La pénurie d'effectifs] c'est la seule chose que j'ai trouvée difficile depuis que je suis ici, c'est parce que ça finit par jouer au niveau de la *qualité de vie*, d'autant plus que ma conjointe est aussi en spécialité, une spécialité aussi assez lourde comme la mienne. » (Spec12, homme)

« La vie que je fais, c'est pas raisonnable ; (...) trop de mon temps de vie qui est rattaché à la médecine finalement. » (Omni01, femme)

« C'est quelque chose qui se module tous les jours. Parce que tous les jours (...) il faut que je me batte pour garder du temps pour ma vie personnelle. » (Spec03, femme)

En définitive, il semble que la qualité de vie se négocie en bonne partie à travers la recherche d'un équilibre entre travail et vie personnelle. Chez certains, comme l'illustrent les dernières citations, l'équilibre semble toujours précaire et appelle à des efforts constants pour le maintenir ou le rétablir. Chez d'autres, qui n'ont pas à subir le poids d'une charge de travail trop lourde ou qui, avec le temps, ont eu la possibilité de limiter leurs activités, une telle négociation apparaît plus aisée que chez d'autres. En de rares cas, on peut même penser qu'elle aura été pratiquement nulle tant les conditions de la pratique étaient favorables. C'est notamment le cas d'une omnipraticienne qui admet avoir été privilégiée par rapport à ses collègues :

« Je me considère très chanceuse. (...) Il y a une certaine charge de travail que je n'ai pas [et que je n'ai jamais eue], je ne m'en cache pas. Ce qui fait qu'au niveau familial et professionnel, j'ai une *qualité de vie rare*. Oui, ça je l'apprécie énormément. » (Omni05, femme)

En résumé, la qualité de vie apparaît comme un enjeu important de l'ajustement au milieu régional en général et du sentiment de s'y «réaliser», tant au travail qu'à l'extérieur que dans la possibilité, surtout, de négocier un équilibre entre les deux en termes d'investissement de temps. Cet équilibre peut également être entrevu sous l'angle de la compensation de certaines

conditions lourdes de la pratique (v.g, la charge de travail) par des conditions «ressourçantes» du milieu de vie.

I. La place du médecin dans la communauté

À la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle ou familiale se superpose une conciliation d'un autre type, soit celle entre le statut professionnel des individus concernés et les intérêts de la communauté. Dans ce cadre, l'ajustement des médecins à la réalité régionale peut ainsi être examiné à travers leur perception de la reconnaissance et des comportements des populations locales à leur endroit, ainsi que de leur propre rôle en tant que personne en vue dans la communauté.

a) La reconnaissance des petits milieux

En région, affirment nombre de répondants, les médecins ne mettent pas longtemps, dès qu'ils s'installent, à se faire repérer à ce titre. Les attentes sont grandes, car les gens ont besoin de médecins. Ils sont donc heureux de les voir arriver et sont prêts à tout pour les garder. En ce sens, ils peuvent en certaines occasions se montrer très attentifs, «tout faire pour que tu sois à l'aise, satisfait», constate une répondante. Le médecin semble donc ici moins reconnu en raison de son statut social que pour des motifs relevant de sa fonction et de son rôle de professionnel de la santé auprès de la population.

Or, non seulement s'attend-on à ce qu'il remplisse ce rôle, mais aussi qu'il s'y tienne le plus longtemps possible. Il y a là en fait une inquiétude très palpable que plusieurs répondants disent avoir ressentie, surtout dans les premiers temps de leur installation.

« La première année, la première question qu'ils te posent quand ils arrivent dans ton bureau, c'est combien de temps vous allez rester, docteur ? Ça c'est clair. Et à partir du moment où t'as fait un an [par exemple] puis là tu dis que t'as acheté une maison... ah bien là, tu deviens quelqu'un d'intéressant. » (Omni04, femme)

Au bout de plusieurs années, une telle question ne se posera plus car, nous dit un autre omnipraticien, «le lien de confiance [aura été] vraiment établi. (...) C'est comme si là on était reconnu» en tant que membre à part entière de la communauté.

Une autre collègue généraliste va dans le même sens : le fait d'être reconnu socialement dans la communauté comme médecin se fonde beaucoup sur le lien de confiance que les gens finissent par établir et qu'ils ne souhaitent donc pas voir se terminer trop rapidement. Un tel lien se développe tout particulièrement à l'égard du médecin de famille, précise-t-elle, car en région c'est lui qui, semble-t-il, aurait le dernier mot en matière médicale (par exemple, on viendra le voir lui après avoir consulté un spécialiste pour savoir si ce qu'a recommandé ce dernier à du sens). La confiance envers le médecin de famille est d'autant plus forte qu'elle s'alimente de la connaissance qu'il a acquise avec le temps de l'histoire personnelle et familiale de ses patients. En témoignent les propos d'encore une autre omnipraticienne :

« Quand je disais on est reconnu, on est apprécié, je veux dire moi, mes patients, je suis leur médecin de famille, puis je les connais par cœur. Je sais c'est qui son chum, je sais comment s'appellent les enfants, je le sais que sa mère fait de l'hypothyroïdie puis... je le connais mon patient, là. » (Omni14, femme).

Les spécialistes de leur côté, bien qu'aucun ne mentionne spécifiquement le lien de confiance avec les patients, n'en évoque pas moins la relation privilégiée qu'ils ont développée avec eux :

« [Les gens] sont très gentils, ils sont très reconnaissants, ils apprécient que tu sois leur docteur. » (Spec14, femme)

« Les gens sont sincèrement contents que tu sois là comme médecin, et ça fait toujours plaisir à quelque part de le sentir. » (Spec13, femme)

« Les gens ici sont très, très attachés à leur médecin, et aussi à leur médecin spécialiste puis ils le démontrent régulièrement cet attachement-là. » (Spec04, femme)

Si un tel attachement, dans le cas des spécialistes, ne risque pas d'être investi de la même manière que semble l'exiger la nature même de la relation entre le médecin de famille et ses patient, il n'en demeure pas moins réel et tout à fait spécifique au contexte des régions et, en particulier, à celui des petits milieux.

En effet, pour les spécialistes comme pour les omnipraticiens, ce type d'attachement paraît tributaire de la proximité et de la familiarité des rapports entre individus vivant dans de petites communautés. Dans pareil contexte, le médecin n'est pas qu'un professionnel de la santé dont le rôle est de soigner les gens, il est aussi perçu comme un individu faisant partie de la «place». De ce point de vue, il est à la fois connu de tous pour ce qu'il est, mais aussi reconnu pour ce qu'il représente en tant que médecin. Il ne passe, en tous les cas, jamais inaperçu.

Cet état de chose, malgré les désagréments qui lui sont associés, est plutôt perçu favorablement par la majorité des répondants :

« C'est un milieu très accueillant [attachant]. (...) Ça a son bon côté. En fait, c'est très agréable parce que quand je vais quelque part, les gens vous reconnaissent, il y a une reconnaissance. En même temps, des fois vous voudriez être anonyme, mais... il y a un prix à tout. » (Omni08, homme)

« Je suis capable de vivre avec les deux (le côté *friendly* et la perte d'anonymat). Comment je dirais ça, donc ? J'ai pas besoin de l'approbation de tout le monde, de me sentir aimé par le monde pour être satisfait. Mais d'un autre côté, j'ai pas besoin non plus d'anonymat complet. [J'aime ça être reconnu]. » (Omni06, homme)

« Ça dépend de l'humeur du moment, je pense, [mais en général, c'est plutôt valorisant d'être reconnu dans la rue], on a le sentiment d'exister ici beaucoup plus qu'en ville. » (Spec06, homme)

« Moi je n'aimerais plus ça aller travailler en ville, car personne te connaît, personne te dit bonjour; les gens ici, ça arrive souvent qu'ils me disent bonjour, puis moi (...) je suis bien fière [d'avoir cette reconnaissance-là]. » (Spec14, femme)

Être reconnu n'implique nullement, à tout le moins pour certains, que l'on souhaite se faire appeler docteur ou encore de «s'asseoir sur [sur un tel statut] en pensant que tout le monde devrait venir à soi», pour reprendre les termes d'une spécialiste. (Spec03, femme) Sinon «on risque d'être déçu», poursuit-elle, car les gens aiment qu'on aille vers eux. «Je suis capable de m'ajuster», soutient une autre spécialiste qui dit inviter les gens à la tutoyer et à l'appeler par son prénom, «on se considère comme les autres ici, on n'est pas supérieur à personne, puis on aime mieux ça comme ça.» (Spec01, femme)

Indépendamment du caractère familial des rapports, certains insistent sur la nécessité de bien distinguer l'individu de la fonction qu'il occupe en tant que médecin. Par exemple, un omnipraticien tient à tracer une ligne bien nette entre, d'une part, son statut de médecin qui ne doit valoir que dans le contexte de sa pratique et des soins qu'il dispense à la population et, d'autre part, sa position de citoyen comme les autres lorsqu'il quitte son lieu de travail :

« C'est important que les gens m'apprécient au travail, qu'ils apprécient ce que je fais, qu'ils trouvent que bon, ma pratique est adéquate et que ça soit *reconnu* localement au niveau de la population ; mais quand je quitte le travail, j'aime ne plus être docteur. (...) Je ne veux pas qu'on me considère comme le grand docteur [nom du répondant] en dehors de ce que je fais ici. Pour moi c'est deux choses. J'ai ma vie professionnelle, je suis médecin, je suis apprécié, tant mieux, mais en dehors, bon ils m'aiment pour ce que je suis [comme individu]. » (Omni10, homme)

Cependant, dans les diverses circonstances de la vie quotidienne donnant lieu à des interactions entre les gens et se situant en dehors du cadre de la consultation professionnelle, il peut arriver que l'on confonde le «docteur de la place» au service de la population avec l'individu vaquant comme les autres à ses occupations de loisirs. Ce qui confère parfois à ces rencontres informelles un caractère ambigu. En effet, l'on s'adressera familièrement à l'individu médecin en parlant avec lui de choses et d'autres, mais c'est au «docteur» que l'on finira par poser des questions faisant appel au contexte de la consultation, comme si l'on présupposait de sa part une sorte d'obligation morale à être toujours disponible ou à l'écoute des gens.

Néanmoins, pareilles situations ne surviennent pas systématiquement et sont loin de constituer une règle habituelle de conduite. Nombreux sont ceux qui insistent d'ailleurs sur le fait que les gens comprennent généralement le besoin qu'on les médecins de tracer la ligne ou évoque le respect qu'ils leur témoignent à cet égard :

« Les gens sont respectueux, ils savent que quand je suis au bureau je travaille, mais quand je suis chez nous ou quand je fais mon épicerie, je ne suis pas au travail. Je dirais que c'est pas mal respecté, puis ça pour moi c'était important au départ, j'avais un peu l'appréhension de ça, puis finalement ça s'est bien passé. » (Omni07, homme)

« La population est très respectueuse, on ne se fait pas accrocher par des gros «Docteur, je veux vous montrer quelque chose» non, du tout du tout. » (Spec12, homme).

Cela n'empêche pas les gens de s'arrêter pour faire un peu de conversation, ce à quoi se prête d'ailleurs volontiers la plupart des répondants. Et justement parce qu'ils perçoivent bien le caractère respectueux de ces échanges, il arrive que certains acceptent de se faire «accrocher» pour ce que l'un d'entre eux appelle des «brouilles» et qui ne valent pas que l'on s'en offusque :

« Je ne dis pas que de temps en temps il n'y en a pas un qui m'accroche à l'épicerie, et si c'est pas compliqué, je vais même lui répondre; mais habituellement, (...) je pense que les gens ont un certain respect... [ils comprennent que] t'es pas au travail. » (Omni15, homme)

« Les gens sont quand même assez respectueux, la majorité du temps là, les gens ne viennent pas nous accrocher, hé ! j'ai tel problème. Ça peut arriver, mais c'est plus anecdotique, et ça ne me dérange pas vraiment. » (Omni13, homme)

Un autre répondant se montre quant lui d'autant plus disposé à tolérer ce genre d'accroc à leur vie privée que les gens rendent souvent à leur tour toutes sortes de petits services :

« Les premières fois qu'un voisin vient te voir un samedi soir avec un enfant qui a mal aux oreilles, tu dis ah bon... Mais les gens te le rendent tellement bien, là. Je dis souvent à la blague que je regarde les oreilles de mon voisin qui l'hiver me déblaie mon entrée avec son tracteur. Les gens sont assez respectueux quand même, malgré tout. » (Spec09, homme)

Plusieurs admettent cependant avoir eu quelques difficultés à s'ajuster à ce type de rapports, mais aussi à une certaine forme de proximité qui rend moins aisé le contrôle de son intimité. Ils affirment néanmoins avoir appris avec le temps à composer avec ces inconvénients et aussi à établir leurs propres limites :

« On travaille ici mais on ne veut pas que nos patients nous volent notre intimité, alors c'est sûr qu'au début il y a eu des problèmes, (...) mais je pense que c'est rentré dans l'ordre maintenant. » (Omni09, homme)

« Au début, les gens [semblaient] connaître plus mon horaire que moi-même! (rire) Les gens savent tout sur tout le monde, tout se sait, ça fait que ça, c'est un petit peu plus compliqué quand t'es pas habitué à vivre avec ça. (...) Mais on apprend à fonctionner là-dedans, puis tranquillement, bien on ne le voit plus, ça finit par se tasser. » (Spec07, femme)

« C'est un peu un désavantage d'être dans une petite région, mais personnellement, je suis capable de vivre avec ça. Puis j'ai appris aussi avec le temps à établir mes limites. » (Spec01, femme)

« Les premières années, j'ai trouvé ça dur parfois parce que t'es comme le nouveau médecin, et là les gens se permettent des proximités, puis des appels chez vous, j'ai déjà vu même du monde venir chez nous. (...) Maintenant, c'est drôle mais je ne vis plus ça et pourtant je suis encore bien plus connue que quand je suis arrivée; parce que là les gens, bien ils apprennent à connaître tes limites, à connaître ce que tu ne veux pas puis ce que tu veux, puis je suis davantage capable de dire bien regarde, je suis chez Provigo, tu m'appelleras demain. » (Spec14, femme)

En résumé, la grande majorité des répondants disent apprécier la reconnaissance dont ils sont l'objet. Celle-ci se fonde sur l'établissement d'une relation de confiance avec les patients, mais aussi sur le fait qu'en région «tout le monde se connaît» et qu'aucun ne peut échapper à une certaine visibilité. Bien que les avantages de pareille situation l'emportent sur les inconvénients, la plupart des répondants évoquent l'importance de bien tracer la ligne entre le statut professionnel du médecin et la place qu'il occupe à titre d'individu comme les autres avec son droit à la vie privée. De façon générale, une telle ligne de partage entre les deux zones est respectée par les populations locales. De leur côté, les médecins apprennent avec le temps à mieux composer avec la proximité des petits milieux.

b) Statut social et implication dans le milieu

La reconnaissance sociale du médecin dans la communauté tient d'abord, on l'a vu, de son apport essentiel à titre de professionnel de la santé, ainsi qu'au lien de confiance qu'il établit au gré du temps avec la population. C'est donc d'abord à ce titre et dans ce contexte qu'il peut être appelé à investir dans la communauté. Quelques répondants correspondent à ce cas de figure, tel cette omnipratricienne qui a travaillé bénévolement à l'élaboration d'un projet d'établissement de soins spécialisés dans sa région :

« J'ai investi beaucoup bénévolement dans le projet et tout ça, c'est un bébé de longue date, là. Ça fait que mon bénévolat, il est là. En plus de mon travail là, j'ai une partie de bénévolat qui est là-dedans. » (Omni04)

Un autre omnipraticien dit avoir ouvert une clinique dans un esprit d'engagement social envers la communauté :

« Un des principes de la médecine de famille, c'est de s'intégrer pour servir ta communauté, puis bon, je pense que quand on a décidé d'ouvrir un bureau ici, c'est parce qu'on voulait s'intégrer un petit peu plus dans la communauté et rendre ce service-là. C'est comme ça qu'on participe à la vie sociale. » (Omni09, homme)

Indépendamment de ce type d'engagement, le médecin acquiert également une visibilité susceptible de l'amener à remplir d'autres fonctions et responsabilités liées aux intérêts de la communauté. Par exemple, une répondante qui se dit fière de ce qu'elle a accompli dans son milieu à titre de médecin omnipraticien, confirme dans la foulée être parfois sollicitée pour participer à l'organisation de telle campagne de financement et y répondre favorablement. Un autre établit également ce lien entre reconnaissance acquise et sollicitation par la communauté :

« C'est sûr que quand ça fait dix ans que t'es dans un milieu et que t'as fait des choses, t'es reconnu, t'es vu, on vient te chercher pour donner ton nom pour telle affaire [par exemple, une campagne contre le tabagisme], puis c'est correct; je trouve qu'on a aussi un rôle social [à jouer]. » (Omni02, homme)

Plusieurs, omnipraticiens autant que spécialistes, jouent ce rôle de diverses manières. La participation à un conseil d'administration de telle école pour handicapés ou l'organisation d'activités ponctuelles dans le système scolaire régulier (genre «journées santé») en sont des exemples. La plupart de ceux qui ont été approchés disent avoir répondu positivement. «Ils viennent te solliciter, puis en général, j'ai toujours dit oui», affirme par exemple une spécialiste. Au moins deux, qui prétendent n'avoir jamais été sollicités, n'excluent cependant pas une quelconque forme d'implication dans leur milieu à plus ou moins long terme. Certains par contre n'auront pas attendu qu'on les approche pour initier une démarche en ce sens.

Souvent de telles interventions pour le bien-être de la communauté touchent au domaine médical ou concernent l'amélioration de ses services de santé. Il peut s'agir de levées de fonds que l'on organise ou dans le contexte desquelles sont réalisées certaines activités à caractère socioculturel :

« Souvent parce que c'est des bonnes causes, c'est soit pour ramasser des fonds pour le comité de soutien à la pédiatrie qui eux vont ramasser des fonds pour aider les parents qui ont des enfants très malades, donc je trouve que c'est une bonne raison de s'impliquer. » (Spec04, femme)

« J'ai aidé à la campagne de financement de la Fondation [de l'hôpital] cette année, j'ai fait une parade de mode pour un groupe d'enfants, ils ramassaient des fonds ça fait que j'ai participé comme mannequin (rire) Oui, je pense que j'en fais des choses avec la communauté. » (Spec07, femme)

« J'ai eu l'occasion de me produire en public pour la Fondation, j'ai organisé des récitals, des choses que j'aurais jamais faites en ville. Je suis devenu une sorte de star de paroisse. » (Omni08, homme)

Certains s'intéressent activement à la question du recrutement des médecins en région, ou encore, y voyant une manière de s'impliquer, préfèrent s'en tenir à des tâches administratives inhérentes au milieu professionnel.

Au total, un peu plus des deux tiers des répondants ont, d'une manière ou d'une autre, répondu à l'appel de l'engagement social ou communautaire, ou à tout le moins, ont toujours souscrit à son principe et se disent disposés à y répondre en tout temps. Tel n'est cependant pas le cas de ceux restants (cinq omnipraticiens et quatre spécialistes) qui, pour leur part, ne voient aucun intérêt à s'impliquer de la sorte et préfèrent accorder la priorité à d'autres types d'activités. L'extrait suivant reflète exactement cette position :

« De s'impliquer dans la communauté, bien moi je ne le fais pas; d'une part j'ai pas beaucoup de temps, puis ce temps-là, je veux le passer à faire d'autre chose [notamment à des activités de plein-air]. » (Spec12, homme)

En résumé, dans la mesure où ils sont d'abord reconnus en tant que médecins, c'est donc à ce titre que ces derniers peuvent être appelés à s'impliquer dans la communauté d'une façon qui se veut conséquente, soit avec la notion de service à rendre à la population (création d'une clinique de médecine familiale par exemple), soit avec la vision que l'on a d'un rôle social à jouer en tant que personne en vue. Nombreux sont ceux parmi les répondants qui, naturellement, établissent un lien entre le statut dont ils jouissent au sein de la communauté et les sollicitations dont ils sont la cible et auxquelles ils répondent d'ailleurs volontiers. Cependant, le fait que près du tiers d'entre eux n'y répondent jamais de quelque manière indique que pareil engagement ne semble pas une condition nécessaire de l'intégration au milieu.

J. L'appartenance régionale

La place tenue par les médecins dans la communauté en tant que professionnel de la santé, mais surtout plus globalement, en tant qu'individu comme ou parmi les autres, amène à nous interroger sur le sens de leur appartenance au milieu régional.

Pratiquement tous les répondants se disent chez eux en région ou parfaitement intégrés à la fois à leur milieu de travail et au milieu de vie dans son ensemble. Par delà l'affirmation d'un tel lien s'exprime généralement un sentiment de bien-être ou d'attachement :

« C'est le fait qu'on se sente bien, qu'on se sente aussi bien au niveau de la famille, au niveau des activités sociales, au niveau du travail, c'est le bien-être. On est chez nous. » (Omni10, homme)

« J'ai mon point d'attache et de stabilité ici. (...) Je pense que c'est en dedans de moi; personnellement, je suis attaché à ce milieu-là, à ce genre de vie-là. » (Omni02, homme)

« J'ai quand même un sentiment d'appartenance au milieu [social], au travail, à l'environnement. » (Omni08, homme)

« Quand t'es heureux dans ta maison, dans tes choses, puis dans tes activités de tous les jours, c'est sûr que ça penche un petit peu [pour que tu te sentes intégrée]. » (Spec07, femme)

Pour d'autres aussi, le sentiment d'être bien chez soi à la maison semble compter pour beaucoup dans l'appréciation qui est faite du bien-être général. Par exemple, pour illustrer à quel point la région «c'est mon chez moi», une omnipraticienne parlera du fait qu'elle a «deux maisons : la mienne et la maison de soins [de santé].»

Quoique vraiment repérable chez une seule répondante, ce que nous appelons *l'appropriation affective* est une autre caractéristique du lien d'appartenance régional. La forme en est ici d'autant plus remarquable que l'individu concerné n'est pas originaire de l'endroit. Les termes utilisés pour décrire la nature du lien à la région (enracinement, fierté) traduisent une intensité particulière : «Quand je suis arrivée, je me suis enracinée très vite. (...) Je crois en la région, je suis fière de ma région, c'est ma région.» (Spec10, femme)

Une telle intensité n'est jamais aussi forte chez les quelques personnes originaires de l'endroit. Au mieux, les entend-on proclamer leur identité régionale comme s'il s'agissait d'une évidence se passant de toute explication : «je suis Abitibienne», dira par exemple l'une d'elle, «je suis chez moi ici».

Pour ceux qui proviennent de régions dites intermédiaires, le fait de se sentir chez soi n'est pas sans lien, dans bien des cas, avec le fait d'avoir déjà vécu dans des petits milieux ou d'être déjà familier avec certaines caractéristiques de l'environnement. Ainsi, ce répondant lui-même originaire «d'un coin où il y a beaucoup de lacs, etc.», dit se sentir bien et heureux dans sa région comme il pourrait l'être dans d'autres: «la région je l'aime, je suis bien ici et je suis heureux, mais je serais bien aussi dans d'autres endroits, dans les Laurentides, en Estrie, c'est toutes des belles régions pour moi.» (Omni13, homme)

On constate par ailleurs que nombre de répondants issus de milieux urbains affirment leur appartenance régionale par opposition aux liens qu'ils ont progressivement cessés d'entretenir avec la ville :

« Ça s'est concrétisé, confirmé, cristallisé au cours des années. En ce sens que ça pris peut-être 2-3 ans où quand j'allais en ville, j'avais de la nostalgie, puis j'avais pas hâte de revenir. Maintenant c'est tout à fait le contraire. » (Spec06, homme)

« Je dirais que ça m'a pris à peu près un an à ne plus traverser le pont de Québec et me dire j'arrive chez nous. Alors que maintenant, quand je revois la Baie-des-Chaleurs [en revenant], là j'arrive chez nous. » (Spec08, homme)

« Moi je pense que ça prend cinq ans avant de sentir que tu reviens chez vous, ici. Les premiers temps, je retournais à Laval puis il me semble que c'était chez nous, c'était le soleil de chez nous. Il y a eu quand même une adaptation nécessaire. Puis maintenant, bien on a hâte de revenir ici, de revenir chez nous. » (Omni05, femme)

Si le temps peut avoir varié selon les individus, il apparaît clair dans bien des cas que le nouveau «chez-soi» a fini par l'emporter sur le premier et devenir le premier lieu d'appartenance, les attaches au milieu urbain étant surtout tributaires des liens familiaux. Au moins trois d'entre eux, deux omnipraticiens et un spécialiste, se considèrent d'ailleurs comme des «ex-urbains».

D'autres n'en renient pas pour autant leurs origines urbaines et conviennent qu'ils sont, à bien des égards, demeurés des «gens de la ville». Il arrive d'ailleurs que cette identité urbaine soit rappelée à des répondants par les natifs de leurs régions, ce qui aurait pour effet de la renforcer en un sens. Par exemple, ce répondant qui se prétend à la fois un «gars de la ville» et chez lui

en Gaspésie ne manque pas, dans le même souffle, d'observer ce qui suit : «il y a encore des gens qui me disent que je ne suis pas un vrai gaspésien parce que je ne suis pas né en Gaspésie, là. [C'est] souvent des personnes plus âgées, là.»

Cette perception de l'étranger au milieu qui le restera toujours quoi qu'il fasse, bien qu'elle se limite à des personnes d'un certain âge, peut donc interférer jusqu'à un certain point dans la manière dont les médecins construisent leurs liens d'appartenance. Mais ils n'en font pas moins «partie de la place», comme cela a été souligné plus haut, notamment en raison du fait qu'ils ne sont justement pas les seuls en région à ne pas être, dans leur grande majorité, des natifs de l'endroit.

Plusieurs répondants, non seulement mentionnent ce dernier aspect, mais en font l'une des conditions importantes de leur intégration au milieu régional :

« Des natifs de Sept-Îles, bien il y en a de plus en plus là, mais il n'y en a pas tant que ça. C'est une ville jeune, (...) tout le monde qui sont à Sept-Îles sont venus pour travailler, et ils viennent d'un peu partout alors l'intégration a été très facile initialement. » (Spec12)

« Ici à Sept-Îles], les gens sont très accueillants avec ceux qui viennent de l'extérieur, parce que souvent, la majorité des gens sont déjà venus de l'extérieur v'là quelques années, ça fait que c'est facile de se faire intégrer ici. (...) Ce n'est pas un milieu fermé. » (Omni13, homme)

« Il y a des petits villages où on se serait installés qu'on aurait eu plus de difficulté à s'intégrer, de par la mentalité des gens qui sont peut-être plus centrés sur les gens de racine et ont tendance à exclure les gens qui viennent de l'extérieur. Mais dans le milieu où on s'est installé, c'est relativement cosmopolite pour la région [la Gaspésie]. C'est un milieu où il y a beaucoup de gens qui arrivent et qui repartent, qui viennent pour des raisons professionnelles. Donc ça été un milieu favorisant pour s'intégrer. » (Omni10, homme)

« Ici, les gens sont habitués de voir des étrangers arriver, alors qu'on me dit qu'au Lac St-Jean – c'est ce qu'on me dit, je ne suis jamais allée là – quand t'es un outsider, t'es un outsider. En Abitibi, t'es un outsider, mais ils sont contents de te voir arriver. (...) Le contact humain en Abitibi, c'est vraiment bien bien spécial. » (Spec05, femme)

Un autre répondant souligne par ailleurs que dans ces mêmes conditions d'accueil positif de l'«étranger», la constitution d'un réseau d'amis, au travail et hors travail, a été un aspect très important de sa propre intégration dans le milieu régional (gaspésien en l'occurrence).

La sociabilité en général, soit l'ensemble des liens sociaux formés aussi bien au travail que dans le milieu extérieur, joue de toutes les manières un rôle déterminant dans la construction d'un sens d'appartenance. En fait, pour qui se dit parfaitement intégré à son milieu régional, cette sociabilité semble couvrir toutes les sphères de la vie quotidienne, depuis les rapports avec les gens en général jusqu'aux relations amicales avec les collègues ou avec tout autre personne en dehors du milieu professionnel.

Comme corollaire à cette sociabilité se pose également comme condition de l'appartenance le fait d'être apprécié de ses patients et du personnel de la santé, mais aussi, plus largement, de toute la population en raison de son rôle attendu à titre de médecin. Mais la reconnaissance à l'égard du «médecin qui fait aussi autre chose» ou qui s'implique socialement de quelque manière est également un aspect susceptible de contribuer au développement du sens d'appartenance :

« Le milieu, à un moment donné, vous donne une certaine reconnaissance, vous reconnaît en tant qu'individu, en tant que médecin qui fait autre chose, et puis ça se fait graduellement. [Tout d'un coup

vous] faites partie d'un moule, vous faites partie d'une population, vous faites partie d'un décor, des meubles comme on dit. » (Omni08, homme)

En somme, s'il faut en croire une autre répondante, pour se sentir vraiment chez soi en région, il importe de créer des liens, de ne pas fréquenter que des médecins et aussi, de s'impliquer un minimum au sein de la communauté.

Dans la mesure cependant où tous n'y souscrivent pas, il semble que l'implication sociale ne soit pas une condition nécessaire de l'appartenance au milieu. Par contre, la fréquentation d'un réseau relativement étendu de connaissances en serait un incontournable, d'après ce que disent ou laissent entendre plusieurs personnes. Ce qui n'empêche pas une minorité d'individus qui n'ont pas développé un tel réseau²⁰ – du moins la plupart d'entre eux – de prétendre qu'ils se sentent chez eux en région, notamment en raison du rythme de vie et du cadre naturel qui leur procurent confort et bien-être. L'appartenance, en de tels cas, n'est pas tant à caractère social ou communautaire que définie avant tout suivant un critère d'ordre environnemental.

Par ailleurs, pour ceux qui peuvent compter sur la présence de famille (de leur côté ou sur celui de leur conjoint), l'existence d'un réseau étendu n'apparaît pas dans tous les cas aussi déterminante pour le développement d'un sens d'appartenance à la communauté régionale, bien qu'elle y contribue généralement. En fait, la seule présence d'un réseau familial combinée à de bonnes relations en milieu de travail peut suffire à assurer un tel ancrage, en plus de conforter le sentiment de bien-être induit par des facteurs environnementaux.

En résumé, l'appartenance régionale des répondants, qui s'exprime généralement par le sens d'être chez soi en même temps que par un sentiment de bien-être et d'attachement au milieu, se fonde principalement sur un critère d'ordre social. Sociabilité (familiale, professionnelle et extra-professionnelle), reconnaissance sociale (des patients, du personnel et de la population en général) et engagement communautaire (à titre de médecin ou en tant qu'individu) en constituent les trois dimensions. Un second critère est en cause, faisant appel essentiellement aux caractéristiques de l'environnement physique. Si les conditions d'une appartenance pleine et entière exigent la prise en compte simultanée des deux ordres de critère ainsi que de l'ensemble de leurs dimensions, peu de répondants peuvent être considérés comme ayant développé ce type de lien. Par contre, ils sont très nombreux à avoir établi le leur sur les bases suffisamment solides d'une sociabilité étendue ainsi que sur la jouissance du cadre naturel.

5.3.2. Les multiples facteurs du maintien

Parmi les conditions de l'appartenance au milieu régional, la sociabilité et la reconnaissance sociale sont d'autant plus centrales qu'elles concernent aussi bien le milieu de travail que le milieu de vie. Ces dimensions, dans les deux cas, colorent en quelque sorte le sentiment d'être chez soi en région. Un tel sentiment peut alors être considéré comme un facteur du maintien, mais pas nécessairement, car encore faut-il qu'une relation de cause à effet soit établie par l'individu lui-même entre l'expression de son appartenance à la région²¹ et sa volonté d'y demeurer.

²⁰ Voir section 4.3.1.2. B.

²¹ Laquelle appartenance pourrait prendre diverses formes, mais si l'on retient pour critères la sociabilité et la reconnaissance, cela peut se traduire par la paraphrase suivante : «c'est **ma** région, je m'y sens chez moi, à cause de sa population qui me reconnaît dans ce que je fais, et aussi en raison des gens que j'y fréquente dans mon milieu de travail et à l'extérieur.»

Par ailleurs, la sociabilité et la reconnaissance sociale (au travail et hors travail), tout comme l'engagement communautaire et la jouissance de l'environnement physique, ne sont pas que des conditions de l'appartenance régionale, elles le sont aussi, et plus généralement, du maintien ou de la rétention en région. S'ajoute à ces conditions la satisfaction à l'égard du type de pratique qui, à la lumière de nos données et contrairement à la sociabilité en milieu de travail par exemple (c.-à-d., les relations de soutien), n'est pas ressortie comme une condition de l'appartenance régionale proprement dite. Un certain nombre d'incitatifs financiers du gouvernement en font également partie.

De l'ensemble de ces conditions du maintien, se précisent, à la faveur de ce qu'avancent les répondants eux-mêmes, des facteurs décisifs que nous regrouperont ici, comme aux étapes précédentes de l'attraction et de l'installation, suivant quatre types distincts : professionnel, contextuel, personnel et financier.

Des facteurs professionnels omniprésents mais jamais seuls

Tout comme pour l'attraction et l'installation, ce qui explique le maintien au plan **professionnel**, concerne le *type* de pratique et les caractéristiques qui lui sont inhérentes (l'autonomie, la polyvalence, la prise en charge des patients, etc.). Dans cette perspective, ce qui diffère des étapes précédentes touche à l'*évolution* de la pratique, laquelle est susceptible de mener par exemple à plus de responsabilités administratives ou à de nouveaux défis au plan professionnel (engagement envers la communauté en tant que professionnel de la santé, par exemple en contribuant au développement de nouvelles infrastructures de soins de santé). Se greffent à cette dimension du type de pratique et de son évolution, les *conditions* d'exercice de la profession. Par là, nous entendons essentiellement la qualité des relations professionnelles (le lien social entre collègues ou le soutien des pairs, l'esprit d'équipe ou l'ambiance de travail), la reconnaissance du milieu (le personnel de la santé et les patients), ainsi qu'un accès aisé à des ressources médicales (équipement, sur-spécialités).

La qualité des relations entre collègues ou l'esprit d'équipe est sans aucun doute, de tous les facteurs d'ordre professionnel, celui qui est le plus fréquemment invoqué par les répondants pour justifier leur décision de demeurer en poste. Il est parfois le seul à l'être ou alors, il est généralement cité en bonne place parmi les autres et même, dans un cas, comme étant le facteur qui aura «fait toute la différence». Ce facteur recouvre en grande partie la notion de *qualité de vie au travail*, laquelle dépend aussi de la satisfaction à l'égard des deux autres conditions ainsi que des caractéristiques générales de la pratique.

Les facteurs d'ordre **contextuel** relèvent pour leur part, à l'instar de l'attraction et de l'installation, de critères liés au cadre de vie (environnement physique, social et culturel) et, dans le cas précis du maintien, au profit que l'on en retire, soit la jouissance des activités de plein-air et du spectacle de la nature ou de la quiétude qu'elle procure, ainsi que la mise à profit des ressources disponibles au plan culturel. Plus généralement, les facteurs contextuels du maintien sont tributaires d'une insertion réussie dans le milieu de vie des répondants et des membres de leur famille, essentiellement à travers la constitution d'un réseau de relations sociales, mais aussi à travers la satisfaction du conjoint à l'égard de son emploi et le bien-être des enfants. Le réseau social se conçoit ici en tant que lieu d'expression d'une sociabilité extra-professionnelle, mais aussi familiale, notamment pour ceux qui bénéficient de la présence de famille en région. En certains cas, la présence de famille représente d'ailleurs l'un des facteurs contextuels importants du maintien, sinon le seul en certains cas. Le fait d'être «connu et

reconnu» par les gens dans la vie de tous les jours se révèle également chez certains un facteur contextuel parmi d'autres de leur décision.

La notion de *qualité de vie hors travail* résume le sens général de cette catégorie particulière des facteurs du maintien. La qualité de vie dont il est ici question tient la sociabilité en général et le bien-être familial pour très importants dans l'appréciation des motifs qui jouent dans la décision de demeurer en région. Par exemple, un omnipraticien attribue une telle décision, en sus de facteurs d'ordre professionnel, à la «stabilité sociale» de sa situation : «moi je suis en couple, [ma femme est médecin elle aussi], j'ai des enfants et ça va bien, on a un groupe d'amis, un cercle d'amis qui est quand même bien aussi.» Mais la qualité de vie se réfère également à d'autres aspects, davantage liés au cadre naturel, tels «un milieu de vie sain pour les enfants et des activités de plein air», «la beauté du milieu», etc. Une spécialiste résume de la manière suivante ce qu'elle entend par cette notion :

« Ma qualité de vie, c'est quand je pars de chez nous à 9 heures moins 10 puis qu'à 9 heures je suis ici [à l'hôpital]. Je reste sur le bord de la mer, j'entends les baleines dans mon lit le soir, c'est extraordinaire; et puis c'est la nature, les gens aussi. » (Spec14, femme)

Pour ce qui est des facteurs d'ordre **personnel**, ils font appel, comme dans le cas de l'attraction, à des prédispositions individuelles (le sens du défi, l'ouverture à l'expérience, la capacité de s'adapter, etc.). Mais en tant qu'est concernée la décision de demeurer en région, ce qui prédomine a surtout à voir avec la capacité de se tailler une place dans le milieu régional et donc, de s'y réaliser ou d'y «faire son propre bonheur». Ce qui suppose, en l'occurrence, non seulement d'avoir su établir un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, mais aussi d'avoir cherché à concilier son statut de médecin avec les intérêts de la communauté en s'impliquant personnellement dans des activités autres que strictement médicales.

Tous ceux qui sont parvenus à un tel équilibre personnel ou qui ont pris à cœur les intérêts de la communauté ne sont pas nécessairement concernés par ce que nous appelons ici les facteurs d'ordre personnel. Le sont seulement ceux qui justifient le fait qu'ils soient demeurés en région par l'une ou l'autre de ces prédispositions ou encore, par le sentiment de s'être accompli à tout point de vue. Ces sentiments ou prédispositions sous-entendent dans pratiquement tous les cas des considérations d'ordre contextuel relatives à la famille et au milieu de vie en général, sans oublier la dimension professionnelle toujours présente. Est également sous-entendue chez quelques uns la conscience d'un lien très fort entre le sentiment d'être chez soi en région – l'expression d'un tel sentiment étant par définition personnelle – et le fait d'y demeurer («on est resté parce qu'on se sentait bien, parce qu'on se sentait chez nous»).

Quant aux facteurs d'ordre **financier**, ils concernent les mêmes incitatifs gouvernementaux que ceux retenus en tant que facteurs potentiels de la décision d'aller en région (l'attraction essentiellement), à savoir la rémunération majorée, les primes et le ressourcement. En ce cas, l'un ou l'autre de ces incitatifs ou l'ensemble semblent avoir exercé une influence positive sur la décision de demeurer. Ces incitatifs, constate un omnipraticien, «ce n'est pas ça qui a fait que je suis venu, mais c'est probablement ça qui fait que je ne pars pas, c'est sûr.» Et de préciser un autre omnipraticien : «[Ils] contribuent énormément à mon bien-être, au fait que je sois capable d'être une personne qui continue de se développer et à se réaliser et à n'être pas aigri par ci ou par ça.»

Ces mesures ont donc contribué de manière déterminante au maintien des médecins en région, selon certains d'entre eux. Elles sont vues comme une façon de reconnaître les conditions

particulières auxquelles est soumise leur pratique. L'extrait suivant illustre cette position du point de vue de la rémunération majorée et des primes :

« Si du jour au lendemain maintenant, on retombait à 100% puis que toutes les primes étaient retirées, là je dirais attends un peu, là, on va y penser. Ça ne serait pas la même *game*. (...) Moi pour pratiquer en région, j'accepte tel, tel état de fait. La fréquence des gardes, la non couverture dans différents spécialités qui seraient mon back up pour travailler, la lourdeur des tâches, tout ça, je veux dire comparativement à quelqu'un qui reste en ville, qui a besoin du cardiologue, il a juste à faire la feuille de consultation puis c'est fait. (...) Avec le pourcentage de 140%, moi je calcule que ça rentre là-dedans. (...) [et en plus avec les primes], ça aide quand même à rester. » (Spec11, femme)

Quant au ressourcement, il est considéré, suivant cette même optique de la reconnaissance, comme une mesure nécessaire à la «compensation des manques» (dont on a vu plus haut qu'elle pouvait faire figure de stratégie d'insertion²²), ouvrant en particulier à la possibilité de «se changer les idées» de temps à autres; ce qui, pour certains, contribue grandement à prolonger la durée du séjour en région et donc, à assurer une meilleure rétention.

Une spécialiste soutient à cet égard qu'une telle mesure est plus importante que la rémunération majorée, parce que, dit-elle, «ça oblige les gens à se dire, bon là il faut que je coupe.» (Spec07, femme) Un omnipraticien qui, pour cette même raison, dit beaucoup apprécier cette mesure, est on ne peut plus clair sur l'impact qu'elle a sur son choix de demeurer en région : «c'est aussi un des facteurs qui fait que je reste, parce que si je n'avais pas la possibilité de faire du ressourcement, possiblement que je réévaluerais ça.» (Omni07, homme)

Voyons maintenant comment chacun de ces divers ordres de facteurs se distribue en relation avec les autres.

Tableau 28 Distribution des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation

	I. Un seul facteur	II. Plusieurs facteurs				Total
	Profession OU Contexte OU Financier	Profession ET Contexte	Profession ET Personnel (contexte)	Profession ET Contexte ET Financier	Profession ET Personnel (contexte) ET Financier	
Omnis	--	3	2	7	4	16
Spécial.	--	4	5	6	1	16
Total	--	7	7	13	5	32

Le tableau 28 montre en fait que tous les répondants de ce groupe s'en remettent à plusieurs ordres de facteurs (volet II) pour justifier leur décision de demeurer en région, ce qui est bien

²² Voir section 4.3.1.2. B.

différent des stades de l'attraction et de l'installation où la multiplicité des facteurs en cause ne concerne respectivement que dix-sept et vingt-deux d'entre eux.

Ce qui attire l'attention est l'omniprésence des facteurs professionnels que vient compléter, dans tous les cas, au moins un autre ordre de facteurs. Les facteurs professionnels sont en effet invoqués par la totalité des médecins rencontrés ($n = 32$) et les facteurs d'ordre contextuel, par vingt d'entre eux. Douze autres (6 omnis et 6 spécialistes) mentionnent, en plus des références aux aspects relatifs au cadre de vie et à l'insertion familiale, des motifs d'ordre personnel.

En ce qui a trait aux facteurs d'ordre financier, ils prennent ici une place beaucoup plus importante qu'aux stades de l'attraction et de l'installation, puisqu'ils sont identifiés comme motifs déterminants du maintien par dix-huit répondants (dont 11 omnipraticiens).

La proportion plus élevée d'omnipraticiens qui s'en remettent à ce genre de facteurs pour justifier leur maintien en région, peut s'expliquer par le fait qu'ils éprouvent plus lourdement que leurs confrères spécialistes certaines conditions de leur pratique, qui en est d'abord une de première ligne avec tout ce que cela comporte dans le contexte des régions, et pour laquelle ils ressentent d'autant plus le besoin d'être clairement reconnus.

Dans tous les cas, les facteurs financiers interagissent avec ceux d'ordre professionnel ainsi qu'avec ceux d'ordre contextuel ou personnel. On constate par ailleurs que parmi les sept répondants qui, en plus des facteurs professionnels mais à l'exclusion de toutes considérations financières, invoquent des prédispositions ou sentiments personnels pour justifier leur maintien en région, cinq sont des spécialistes.

Fait intéressant, quatre de ces spécialistes donnent pour l'un des motifs de leur rétention un fort sentiment d'appartenance régional qui se fonde, plus particulièrement, sur leur implication au sein de la communauté à titre de médecin ou de personne en vue. Ce qui n'est pas le cas des deux omnipraticiens, ni d'ailleurs de trois des quatre autres figurant dans la dernière colonne du tableau, qui tous invoquent plutôt des qualités personnelles relatives à leur capacité de s'adapter ou à trouver un équilibre entre le travail et la vie familiale. Ce résultat nous incite à faire l'hypothèse du caractère à ce point gratifiant de l'engagement communautaire qu'en dehors des facteurs d'ordre professionnel ou relatifs à l'appréciation du cadre de vie ou à l'insertion familiale, aucun motif financier ne saurait être invoqué, sinon pour compenser, en définitive, le sentiment de ne pas être tout à fait chez soi.

La pratique d'abord, une qualité de vie toujours

Les facteurs professionnels, qui se rapportent au type de pratique et aux conditions favorables de son exercice, n'en demeurent pas moins les plus déterminants dans l'explication du maintien en région des médecins rencontrés. Non seulement sont-ils omniprésents dans le discours justificatif de ces derniers, ils arrivent aussi souvent au premier rang des motifs invoqués. Le tableau 29 montre d'ailleurs dans quelle mesure cette place est prépondérante par rapport aux autres facteurs.

Tableau 29 Hiérarchisation des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation

	1) Prof. 2) Ctext	1) Prof. 2) Pers.	1) Prof. 2) Ctext 3) Fin.	1) Prof. 2) Pers. 3) Fin.	Sous- total	1) Ctext 2) Prof.	1) Pers. 2) Prof.	1) Ctext 2) Prof. 3) Fin.	1) Pers. 2) Prof. 3) Fin.	Sous- total	Total
Omnis	1	1	4	3	9	2	1	3	1	7	16
Spéc.	1	4	6	1	12	3	1	0	0	4	16
Total	2	5	10	4	21	5	2	3	1	11	32

Il ressort de ce tableau que les facteurs d'ordre professionnel arrivent au premier rang chez *vingt-et-un* répondants (l'équivalent de l'attraction: 22; et de l'installation: 23) et au deuxième, chez *onze* (par rapport à seulement 4 pour l'attraction et l'installation). Ces données indiquent la stabilité du caractère prépondérant de ce facteur à travers les étapes, ainsi que la valeur qu'il semble acquérir avec le temps du fait d'être considéré au deuxième rang par près de trois fois plus de répondants qu'aux deux étapes précédentes.

Les facteurs d'ordre contextuel viennent quant à eux au premier rang chez huit répondants (par rapport à seulement 2 pour l'attraction et à 4 pour l'installation). Il occupe le deuxième rang chez douze d'entre eux (par rapport à 8 pour l'attraction et 17 pour l'installation). Somme toute, et sans aucune surprise considérant l'effet attendu du processus d'insertion sociale et culturelle, ce facteur prend encore plus d'importance qu'il n'en avait à l'étape précédente. Les facteurs d'ordre personnel sont quant eux cités au deuxième rang par neuf répondants (2 fois plus que pour l'attraction) et au premier, par trois (équivalent de l'attraction).

À l'instar de l'attraction et de l'installation, les facteurs d'ordre financier viennent toujours au troisième et dernier rang, mais sont souvent présentés comme un complément important des deux autres ordres de facteurs, puisque soulignés par la grande majorité des répondants :

« En troisième, c'est sûr que le mode de rémunération pèse dans la balance, mais si ce n'était que de ça, si au niveau professionnel, je ne me plaisais pas ici, bien ça ne serait pas assez pour me retenir, c'est certain. » (Spec12, homme)

« Ce n'est pas ça [la majoration et le ressourcement] qui me retient totalement, mais je suis bien consciente que j'ai juste connu ça, ça fait qu'aller en ville (rire) je trouverais que c'est un gros recul là; je ne reste pas juste pour ça, au contraire [il y a d'autres facteurs plus importants], mais je l'apprécie beaucoup. » (Spec14, femme)

« C'est un facteur qui m'influence, mais ce n'est pas le facteur majeur. » (Omni04, femme)

Un spécialiste exprime en proportion des autres facteurs cette place qu'il accorde aux incitatifs financiers : « 50% pour la qualité de pratique clairement, un bon 25-30% pour le milieu de vie – la [job de ma] conjointe, ça rentre là-dedans – et, pour les incitatifs, probablement que c'est un 20% qui joue. » (Spec08, homme)

Pour une autre spécialiste, qui situe elle aussi les facteurs professionnels au premier rang, la justification de la dernière place occupée par les incitatifs financiers tient à la fonction instrumentale qu'ils remplissent dans l'atteinte d'un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale (en gagnant plus on peut se permettre de travailler moins et de consacrer plus de temps à ses loisirs), lequel équilibre est ici associé à une prédisposition personnelle, c'est-à-dire à la capacité de s'organiser pour avoir la qualité de vie souhaitée. Cette fonction instrumentale des incitatifs financiers au service de l'amélioration d'une qualité de vie se retrouve également dans d'autres propos, comme par exemple chez cet omnipraticien : «c'est un des facteurs qui fait que ça devient intéressant, sûrement pas pour moi le plus important, (...) mais ça nous permet quand même un mode de vie.» (Omni09, homme)

Par ailleurs, lorsque les facteurs professionnels viennent au premier rang et qu'ils sont complétés au deuxième par des facteurs d'ordre contextuel ou personnel (avec ou sans les facteurs financiers – $n = 21$), c'est que l'atteinte d'une *qualité de vie au travail*, résolument centrale dans la détermination du maintien en région, aura trouvé son complément nécessaire dans l'atteinte d'une *qualité de vie hors travail*, ainsi que, en certains cas, dans la capacité d'y trouver la marque d'un équilibre personnel. Comme le souligne un spécialiste, résumant ainsi le sens général à donner à une telle complémentarité, «si je reste, c'est d'abord en raison de ce que le milieu professionnel m'offre pour m'épanouir – l'atmosphère de travail et la qualité de pratique – mais aussi à cause de ce que la région m'offre au niveau social, mon cercle d'amis, etc.»

Inversement, lorsque les facteurs contextuels ou personnel l'emportent sur les facteurs d'ordre professionnel ($n = 11$), concernant le plus souvent la satisfaction à l'égard des caractéristiques de la pratique en général, c'est que la région elle-même en est la cause, et ce essentiellement pour deux raisons : 1) la présence de famille pour huit de ces répondants – la leur ou celle de leur conjoint, ce qui a permis à certains de mieux supporter des conditions de pratiques allant en se dégradant (la charge de travail notamment), et aux autres, de les enraciner davantage au milieu en général ; 2) l'environnement naturel typique de la région, la Gaspésie en l'occurrence, mais aussi, dans un cas, la reconnaissance sociale du milieu hors travail, qui avec le temps sont devenus des sources de satisfaction d'autant plus grandes que, pour au moins deux des trois répondants concernés, certaines conditions de la pratique se sont détériorées (l'esprit d'équipe notamment).

En résumé, les facteurs professionnels, non seulement sont omniprésents dans l'explication de la rétention des médecins en région, ils occupent en outre le premier rang avant les facteurs contextuels ou personnel au deuxième, et les facteurs d'ordre financier au troisième et dernier. En fait, ils ne sont précédés par des facteurs contextuels ou personnels que lorsque se présentent des conditions particulières d'insertion sociale (présence de famille) ou, dans une moindre mesure, environnementale (jouissance du cadre naturel). Quoi qu'il en soit de la primauté des facteurs en cause, l'atteinte d'une qualité de vie au travail ou hors travail semble constituer un enjeu surdéterminant du maintien chez tous les répondants. Pour plus de la moitié d'entre eux, les incitatifs financiers apparaissent comme un instrument nécessaire pour mieux y parvenir et augmenter ainsi les chances de demeurer le plus longtemps possible.

5.3.3. Les mesures gouvernementales : un soutien réel

Des incitatifs financiers profitables

Le fait qu'une partie seulement des répondants considèrent que les mesures incitatives (rémunération majorée, primes et ressourcement) soient au nombre des facteurs expliquant leur maintien en région, ne signifie pas que les autres ne leur accordent aucune importance.

En fait, comme l'indique le tableau 30, les deux types de mesures exercent une influence positive qui les fait figurer au rang de facteurs²³. Ces mesures ont également une influence *a posteriori*, c'est-à-dire que, bien qu'elles n'exercent qu'une influence de troisième ordre sur la décision de demeurer, elles n'en sont pas moins appréciées comme une sorte de bonus compensatoire, utile à l'amélioration de la qualité de vie.

Tableau 30 Influence de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement selon le domaine de spécialisation

		Omnis	Spécial.	Total
Rémunération majorée et primes	Influence positive	10	6	16
	Influence <i>a posteriori</i>	4	6	10
	Influence nulle	2	4	6
Ressourcement	Influence positive	5	5	10
	Influence <i>a posteriori</i>	8	8	16
	Influence nulle	3	3	6

Les données du tableau relatives à l'influence *a posteriori* montrent que la rémunération majorée et les primes, d'une part, le ressourcement, d'autre part, exercent une telle influence sur dix et seize répondants respectivement. Dans les faits, six des dix répondants influencés *a posteriori* par la rémunération et les primes le sont également par le ressourcement. De la même manière, en ce qui concerne l'influence *a posteriori* du ressourcement, s'ajoute à ces six répondants un autre groupe de sept, lequel est cette fois positivement influencé (ou de manière déterminante quant à leur décision de demeurer en région) par la rémunération majorée et les primes.

En somme, six répondants sont influencés *a posteriori* par les deux types de mesures, et six autres le sont soit par la rémunération ($n = 3$) soit par le ressourcement ($n = 3$) avec influence nulle pour l'autre mesure (le ressourcement dans le premier cas et la rémunération dans le second). Ce total de douze répondants, qui n'ont donc été influencés positivement par aucune

²³ Rappelons que dix-huit répondants au total sont ici concernés, parmi lesquels huit considèrent sur le même plan les deux types de mesure, huit autres ne retiennent que la rémunération majorée et les primes, et deux ne mentionnent que le ressourcement. Les données du tableau 30 relatives à l'influence positive peuvent donc être lues de la manière suivante : seize répondants influencés par la rémunération majorée et les primes, dont huit le sont également par le ressourcement; et dix répondants influencés par le ressourcement, dont deux ne le sont que par cette mesure seulement (8 + 2).

des deux mesures²⁴, s'ajoutent ainsi aux dix-huit dont on a vu précédemment que l'une ou l'autre de ces mesures avait effectivement une influence déterminante sur leur choix de demeurer. En fait seulement deux répondants se montrent indifférents aux avantages potentiels des deux types de mesures.

Du point de vue de l'influence *a posteriori*, la rémunération majorée et les primes font essentiellement ressortir l'aspect financier compensatoire d'une pratique en région éloignée, le «petit velours de plus» dont on profitera d'autant mieux, disent certains, qu'il y a effectivement un coût à l'éloignement. D'aucune façon, cependant, ces mesures ne peuvent être invoquées au même titre que les facteurs incitant à demeurer si loin :

« C'est comme [d'autres professionnels], (...) ils ont un bonus parce qu'ils sont en région. Le coût de la vie en région est un peu plus élevé, les déplacements et tout ça, je pense que ça fait partie des pourcentages qu'on a de plus. (...) Honnêtement, je pense que le salaire qu'on a actuellement, moi qu'ils m'augmentent de 10%, ça ne changera rien dans ma vie. Ce n'est pas ça qui va faire la différence, c'est beaucoup plus la qualité de vie que j'ai ici puis le travail en équipe qu'on a, etc. (...) S'il y avait un départ de quelqu'un d'autre dans l'équipe, là ça remettrait peut-être plus les choses en question que le salaire lui-même. » (Omni13, homme)

« C'est sûr que c'est intéressant, ça fait une différence. Mais là, aujourd'hui, c'est pas ça qui fait que je reste ou pas, parce que j'aime mon milieu, mon mari est bien dans son travail, nos enfants sont bien avec leur gardienne. Je prends ça comme de la crème sur le gâteau. » (Spec02, femme)

« Moi je suis chanceuse, je profite de ça, mais ils me les enlèveraient demain matin, ça ne ferait pas que je partirais. Alors que certains de mes confrères (rire) je suis convaincue que ça ferait une différence. Mais moi, non. Personnellement là, on est bien, on a la famille, mon conjoint aime son travail, j'aime mon travail, donc que je les aie ou que je ne les aie pas, ça ne changerait pas grand-chose. » (Spec04, femme)

La rémunération et les primes sont également entrevues sous l'angle d'une certaine reconnaissance à accorder au médecin en région pour le travail qu'il accomplit, et que ce dernier prendra tel un bonus parce qu'il croit le mériter, sans pour autant que cela ne soit relié, encore une fois, à son choix de demeurer :

« Je ne vois pas mes patients pour leur dire, regarde, ton cholestérol est élevé, on va commencer une médication. Je fais ça au téléphone. Ça fait qu'il y a un grand bout que je fais là, que je ne suis même pas payée pour ça. Puis on n'a pas le temps de les voir ces patients-là. Mais en ville, ils sont vus. Puis ils font *shlouc-shlouc* mur à mur. (...) Les primes [qu'on peut nous donner pour reconnaître ça] on va les prendre, mais [ce n'est pas ça qui fait qu'on va rester], on ne manque de rien, on vit bien puis on s'amuse. Et puis mon travail est valorisant. » (Omni14, femme)

« La rémunération, je trouve que ça permet de compenser par rapport à une certaine pratique en ville qui est payante. (...) Mais est-ce que c'est ça qui fait que je suis encore ici ? Non, je ne pense pas que ça va jouer dans la balance. » (Omni15, homme)

En ce qui concerne le ressourcement, il s'agit, de l'avis des quelques seize répondants concernés, d'une mesure particulièrement appréciée, d'abord parce qu'elle facilite l'accès à la

²⁴ À noter que huit de ces douze répondants ont de la famille en région (la leur ou celle du conjoint), ce qui peut contribuer à rendre moins probable l'incidence directe des incitatifs financiers sur la rétention.

formation continue, ce qui, dans cette perspective, l'amène à être essentiellement vue comme une incitation au perfectionnement, plutôt qu'au maintien de la pratique en région :

« Il faut y avoir accès [à la formation continue]. Puis je pense qu'il ne faut pas se leurrer, on est à 600 quelques km, l'avion c'est pas donné, ou l'essence, il faut rester à l'hôtel quand on y va. Ça fait que ça, ça fait une différence. [C'est pas un facteur qui fait qu'on reste], mais ça aide à payer les dépenses. » (Spec02, femme)

« Si je l'avais pas, je serais ici pareil, sauf que pour ma qualité de pratique, en tout cas mon enseignement personnel, ça le prend. (...) C'est là, je le prends, ça fait partie de ma culture. » (Omni11, homme)

Mais cette mesure est également appréciée parce qu'elle permet de «joindre l'utile [les congrès médicaux] à l'agréable [les sorties en ville]» :

« C'est le fun d'en profiter, on descend pour un congrès, puis on connecte la famille avec ça. » (Omni14, femme)

« Je me dis bien coudonc... je l'ai, je vais le prendre, ça me permet de sortir puis ça me permet de faire d'autre chose. » (Spec03, femme)

L'idée de prendre quelque chose qui se trouve déjà là afin de profiter le plus possible de l'avantage qu'il procure, illustre le caractère *a posteriori* de l'influence qui est exercée sur les répondants. L'avantage en ce cas ci, bien qu'important et «faisant partie de la culture», n'en demeure pas moins accessoire dans l'appréciation des conditions nécessaires au bien-être et, à fortiori, du maintien.

Au total donc, il semble que les mesures incitatives de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement soient généralement très appréciées des répondants qui y voient pratiquement tous un soutien réel à leur situation d'éloignement. Certains les considèrent indispensables à leur rétention en région, alors que pour d'autres, il s'agit de compléments avantageux faisant naturellement partie des conditions générale de la vie en région.

Le «mal nécessaire» du dépannage

Une autre mesure gouvernementale, dont l'évaluation ne s'applique que dans le cadre de l'analyse des conditions générales du maintien, est le dépannage (auquel nous assimilons ici la mesure du remplacement chez les spécialistes). Pour les médecins déjà établis en région, cette mesure est moins un incitatif financier qu'une ressource indirecte mise à leur disposition pour parer au manque d'effectifs et tenter ainsi d'alléger leur charge de travail. Aussi, avons-nous cherché à dégager la nature de l'influence exercée par le dépannage sur le maintien de la pratique en région.

Le tableau 31 reprend la typologie des influences telle qu'utilisée pour les autres mesures aux différents stades de notre analyse.

Tableau 31 Influence des mesures de dépannage selon le domaine de spécialisation

	Omnis	Spécial.	Total
Influence positive	5	3	8
Influence <i>a posteriori</i>	4	5	9
Influence négative	0	6	6
Influence neutre	7	2	9
Total	16	16	32

Les données indiquent que les influences positives et *a posteriori* totalisent dix-sept répondants à peu près également répartis entre omnipraticiens et spécialistes, ce qui laisse entrevoir chez un peu plus de la moitié des répondants une appréciation plutôt favorable de la mesure du dépannage quant au soutien apporté. Pour le reste, les spécialistes semblent plus enclins à juger de l'inefficacité de la mesure (influence négative : 6 VS 0), et les omnipraticiens, moins susceptibles d'être concernés par celle-ci (influence neutre : 7 VS 2). Mais examinons plus en détail le sens de chacune de ces influences.

Du point de vue de l'**influence positive**, le dépannage est perçu comme une mesure «essentielle», sans laquelle les huit répondants ici en cause croient que leur qualité de pratique – ou celle des médecins en général – risquerait d'être compromise, rendant plus probable du même coup le projet de quitter la région.

« Ça permet à l'équipe pas juste de survivre, mais de vivre, en attendant (...) qu'on soit capable de recruter, là. Mais c'est un must [le dépannage]. C'est un must parce qu'on va perdre des joueurs. Ça c'est clair. » (Omni04, femme)

« C'est essentiel à mon avis. C'est ce qui nous permet de [rester]... je regarde mes tâches, c'est difficile pour moi d'en rajouter. Donc, s'il y a 25 trous par mois, bien là c'est sûr que je vais faire ma part, mais je ne pourrai pas prendre 8 gardes de plus, c'est impossible. Donc le dépannage, ça devient essentiel pour ne pas brûler l'équipe en place. » (Omni07, homme)

« Ça c'est une autre mesure qui nous permet d'avoir une belle qualité de vie, de par le fait qu'on n'a plus cette pression-là d'être obligés de boucher tous les trous à l'urgence. Donc le service de dépannage aide aussi à garder nos médecins en région, à leur donner un souffle. Ça leur permet de respirer. » (Omni10, homme)

« Les seuls moments où on a pensé partir, et qui pourrait encore nous faire partir, c'est le manque d'effectifs. Alors c'est sûr que quand on est en pénurie d'effectifs, ce qui vient nous sauver, c'est les remplaçants. Parce que vous vous imaginez bien que pendant 6 mois, je n'ai pas couvert la garde tout seul, (...) c'était impossible. Les médecins remplaçants, c'est notre bouée de sauvetage. » (Spec12, homme)

« Oui, [ça nous aide le remplacement]. Surtout quand je suis revenue [de mon congé de maternité] et que j'ai décidé que c'était maximum sept jours de garde, il fallait qu'ils trouvent un moyen, sinon moi je démissionnais. » (Spec01, femme)

Pour deux autres répondants, un omnipraticien et une spécialiste natifs des régions éloignées – et aussi pour la première omnipraticienne citée dont le conjoint est originaire de la région –, la démission envisagée n'impliquerait pas nécessairement de partir, mais de modifier son mode de pratique ou à en sacrifier certains volets. Aussi, le dépannage est-il vu comme un encouragement à poursuivre le type de pratique souhaité :

« [On a pas d'autre choix que de recourir aux dépanneurs car sans eux, au nombre qu'on est], on ne pourrait pas soutenir l'urgence ou on pourrait, mais ça voudrait dire que je ferais plus rien d'autre, puis ça, c'est pas le genre de pratique que je veux. » (Omni11, homme)

« Bien actuellement, si on n'avait pas de remplaçants, ça serait invivable, parce qu'on n'est que 2. Donc pour nous, c'est une mesure de survie. S'il n'y avait pas de remplaçants actuellement, moi c'est évident que je ne resterais pas dans une pratique comme ça. [C'est ça qui me permet] de rester ici [à l'hôpital], de continuer à faire une pratique qui est une pratique hospitalière. » (Spec04, femme)

En somme, l'influence positive du dépannage fait voir cette mesure comme une sorte de bouée de sauvetage permettant de survivre aux pénuries d'effectifs tout en assurant une relative continuité à sa pratique. Le dépannage exerce ici une influence d'autant plus déterminante sur les médecins qu'ils en ressentent immédiatement les effets sur leur qualité de vie.

Dans le cas de l'**influence a posteriori**, ici représentée par neuf répondants, le dépannage est reconnu comme une mesure intéressante, car elle contribue à une meilleure qualité de vie. Elle n'est cependant pas jugée essentielle à la «survie» au travail ou au maintien d'une relative diversité dans sa pratique. Le témoignage suivant illustre parfaitement ce point de vue :

« [C'est très utile les remplaçants.] Ils ne font que la garde, mais pour nous, juste le fait de ne pas avoir un bell-boy, puis de ne pas avoir à te déplacer la nuit, d'être capable de dire je fais du bureau, puis il n'y a personne qui peut me déranger pendant mon bureau. De ce côté-là, ça s'est allégé. Combien de temps on va [en profiter] ? Je ne le sais pas. Mais on va *prendre* ce qu'ils veulent nous donner. (...) Pour l'avoir connu depuis janvier, ça vaut la peine. Je pense qu'une garde sur 4 c'est vraiment un minimum pour avoir une qualité de vie qui a de l'allure. Avant, je ne pouvais pas le penser parce que je ne l'avais pas vécu, j'avais toujours vécu une sur 2, ou toute seule. » (Spec10, femme)

Encore une fois, revient l'idée propre à l'influence *a postérieure*, selon laquelle il faut *prendre* ce qui est offert ou mis à sa disposition de manière à se faciliter les choses («sans dépannage, c'est difficile», souligne d'ailleurs à cet effet un omnipraticien) ou à se rendre la pratique moins lourde. Il serait néanmoins possible de «faire sans» ce type de soutien si la situation devait l'exiger à nouveau.

On en profite d'autant mieux «pendant que ça passe», disent la plupart, que les dépanneurs (ou remplaçants) connaissent déjà le milieu ou qu'ils assument une certaine permanence. En règle générale, même si de telles conditions ne sont pas toujours au rendez-vous, on reconnaît volontiers que le dépannage constitue une «aide» précieuse. Il est aussi très apprécié de tous : «on est bien content», affirme une répondante qui, dans la même foulée, ne manque pas d'évoquer les limites d'un tel système («mais on ne peut pas fonctionner juste comme ça»).

Certaines de ces limites apparaissent clairement dans les justifications qui sont données, par des spécialistes uniquement (n=6), de l'**influence négative** du système de remplacement sur leur charge de travail. Ces répondants disent ou laissent entendre avoir besoin de remplaçants, mais se heurtent à un système qui ne contribue nullement à alléger une telle charge, au contraire.

Deux facteurs sont ici en cause : la gestion du système en lui-même et le manque d'implication des remplaçants. Le second facteur est présenté de la manière suivante par l'une des répondantes : «c'est du gros, gros patchage [ce système-là], puis souvent ça nous apporte plus d'ouvrage, parce que cette personne-là, elle n'est pas impliquée, elle ne revoit pas les patients,

elle ne fait pas de prise en charge. On éteint des feux.» (Spec05, femme) Quant à la gestion du système, elle soulève elle-même deux problèmes : l'annexe 102 (la règle du 50% des effectifs qui limite l'accès à la banque de remplacement), et la recherche de remplaçants laissée à l'initiative des médecins concernés (ce qui fait en sorte d'ajouter à la charge de travail). Les deux extraits suivants en témoignent respectivement :

« Ce n'est pas adéquat les remplacements parce que pour avoir droit à l'espèce de banque de remplacement dans les différentes spécialités, il faut que tu sois à 50% de tes effectifs. Puis 50%... ici on est 4 en [nom de la spécialité], ça veut dire qu'il faut que tu tombes à 2. Là on est 3. Quand il y en a un qui part en vacances, ça ne marche pas [on a plus de travail]. Il faut que ce soit permanent le manque d'effectifs, ça fait qu'on n'a pas droit à la banque de remplacement. » (Spec11, femme)

« Là ça va bien, mais si on tombe à 2 – ce qui risque d'arriver – bien avoir du remplacement, là, il faut que t'organises ça tout seul, je le sais parce que je l'ai vu pour mes collègues dans d'autres spécialités, et tu passes beaucoup de temps sur le téléphone, puis... c'est pas facile, il n'y a personne qui s'occupe de ça pour toi. » (Spec14, femme)

En somme, le système ne génère que des insatisfactions qui sont d'autant plus grandes que les besoins en remplacement sont réels ou appréhendés.

Quant à l'**influence neutre** du dépannage, qui concerne surtout des omnipraticiens (sept répondants sur neuf), elle implique que les médecins n'ont pas été directement touchés par cette mesure au cours des dernières années, ni par sa nécessité. De fait, ils n'en n'auront nullement bénéficié étant donné la nature même de leurs activités médicales (l'urgence ayant été cessée par exemple) ou la relative stabilité des effectifs prévalant dans leur localité. Ainsi, ne s'appliquant pas objectivement à leur situation, l'influence de cette mesure n'aura donc opéré d'aucune façon sur les répondants. Au mieux, dans la majorité des cas, ces derniers reconnaissent-ils, pour en avoir déjà profité, l'utilité du dépannage en général. Par exemple, un omnipraticien ne faisant plus d'urgence depuis des années, dira qu'il s'agit d'un «système de secours qui sauve» les médecins. Au pire, deux d'entre eux sont tentés d'y voir une mesure inappropriée aux besoins des régions, compte tenu de l'expérience qu'ils en ont eux-mêmes déjà eue. En témoigne le commentaire suivant :

« Ici, avec nos ressources, on n'a pas eu droit à des mesures comme ça. De toute façon, on les évite autant que possible, parce que je pense que c'est pas bon pour la communauté. Il y a quelques années, on avait deux urgentologues qui ne faisaient que ça, ils couvraient à eux deux plus du tiers des chiffres à l'urgence, et ils sont partis pratiquement en même temps. Ça fait que là, pendant un moment, on a eu droit à cette banque-là et je te dirais que ça a été difficile, donc je suis content qu'on n'en ait pas besoin en ce moment. » (Omni02, homme)

En somme, bien que l'influence du dépannage soit objectivement neutre, étant donné que la situation ne justifie pas d'y recourir ou ne la rend pas applicable à soi-même, le jugement sur le bien fondé de la mesure ou sur son efficacité ne l'est quant à lui en aucun cas, puisqu'il peut être tout autant positif que négatif.

En règle générale, quelque soit la nature de l'influence – positive, *a posteriori*, négative ou neutre –, rare sont ceux qui ne portent pas un jugement quant aux limites du système et aux conséquences déplaisantes qu'il peut entraîner. En fait, très peu voient dans ce système, en dépit du soutien qu'il apporte effectivement chez plus de la moitié des répondants et qui permet malgré tout de le voir sous un jour favorable, une panacée au problème des effectifs en général,

ou à celui de la charge de travail en particulier. En effet, loin d'être le remède attendu à cet égard, il se présente plutôt comme partie du problème, un **mal nécessaire**, pour reprendre l'expression utilisée par certains : «moi, je me dis que dans la situation où on est actuellement c'est un *mal nécessaire*.» (Omni13, homme) ; «le dépannage est un *mal nécessaire*, (...) ça soulage et [en même temps], c'est un irritant majeur.» (Omni12, femme)

Le dépannage qui soulage, c'est comme «un *plaster* sur un bobo», nous dit une autre répondante :

« [Le dépannage] c'est comme un *plaster* sur un bobo, mais ça ne règle pas le bobo en dessous. C'est comme une mesure de secours pour moi, mais ça ne règle pas la situation. Mais là, le *plaster*, quand ça saigne il faut le mettre, on ne peut pas s'en passer non plus. » (Omni05, femme)

Le «bobo», bien entendu, se réfère au problème de l'insuffisance des effectifs. Or, il se trouve, d'après les propos entendus, que le «*plaster*» censé soulager les effets d'une telle insuffisance sur la charge de travail du médecin serait lui-même de mauvaise qualité et ne tiendrait donc pas toujours ses promesses d'apaisement. En certains cas, il ne fait même qu'empirer le mal. Ce «problème» du dépannage – ou ce mauvais «patchage» – tiendrait essentiellement à deux causes inter reliées, lesquelles ont d'ailleurs été brièvement évoquées plus haut, soit la non permanence des dépanneurs, ainsi que leur manque d'implication au niveau du suivi des patients et des affaires médico-administratives en général.

L'efficacité du dépannage tient pour une bonne part à la permanence des dépanneurs, c'est-à-dire au fait de pouvoir compter sur les mêmes personnes chaque fois que l'on fait appel au service de dépannage. En effet, un dépanneur régulier, à défaut d'être un médecin «de la place», possède déjà une longueur d'avance sur un dépanneur qui ne vient qu'occasionnellement ou qui n'est jamais le même, car, nous dit une répondante, «il connaît les gens, il sait comment ça fonctionne.»

Certains répondants, influencés *a posteriori* ou de manière positive, ont mentionné avoir tiré profit d'une telle permanence ou être en train de s'organiser pour y compter :

« On est toujours sur la limite, mais je dirais qu'actuellement on a peut-être plus de moyens de compensation qu'on en avait. On a des médecins dépanneurs qui sont plus réguliers et plus fiables dans leur fréquence de visite et tout ça, ce qui fait qu'on a un meilleur soutien de ce côté-là pour les périodes un peu plus creuses, ça fait que ça nous donne un petit peu plus de latitude. » (Omni13, homme, influencé positivement)

« On a des dépanneurs qui viennent assez régulièrement, c'est à peu près toujours les mêmes. Ça fait que ça, c'est une stabilité qui est... que moi j'aime aussi. Parce que c'est du monde intéressant. » (Omni15, homme, influencé *a posteriori*)

« Ce qu'on essaie de construire actuellement, c'est d'avoir des itinérances sur une base régulière, c'est à dire avoir un itinérant qui revient une semaine par mois, ou 2 semaines par 2 mois, qui fait que finalement ça donne une petite équipe stable, avec des gens qui viennent ponctuellement, mais toujours les mêmes. » (Spec04, femme, influencée positivement)

D'autres cependant, parmi ces deux sous-groupes de répondants, n'ont pu bénéficier pleinement de la mesure en raison justement du manque de dépanneurs «réguliers et fiables» :

« C'est adéquat puis ça ne l'est pas. C'est que ça manque de continuité. On a été quasiment un an à changer de radiologiste à toutes les semaines. (...) La même chose en chirurgie, là on a juste un chirurgien, ça fait qu'il y a du remplacement régulièrement, mais on ne connaît pas toujours les gens, leurs forces, leurs faiblesses. » (Spec07, femme, influencée a posteriori)

« En général, c'est une bonne mesure, mais c'est sûr qu'on ne choisit pas nécessairement les gens qui viennent, (...) on ne sait pas toujours avec qui on a affaire, ça fait qu'on a eu quelques cas aussi insatisfaisants et qui causaient plus de problèmes que d'autre chose. » (Omni01, femme, influencée a posteriori)

Un exemple du genre de problème posé par ce manque de continuité est présenté dans l'extrait suivant :

« Il y a des inconvénients, il y en a déjà eu. (...) Grosso modo avec les années, il y a un certain moule qui s'est forgé, particulièrement à l'urgence, les gens, on pratique pas mal tous de la même façon, quand on va admettre un patient, souvent l'investigation est partie, les prescriptions sont faites, etc. Alors, on a eu des médecins dépanneurs qui sont venus, qui n'étaient pas dans ce moule-là, puis les patients étaient admis tout croches, pas d'investigation demandée, pas de prescription au dossier, des choses comme ça, ça fait que ça, c'est sûr que ça été désagréable. » (Omni07, homme, influencé positivement)

Par ailleurs, à en croire les propos d'une spécialiste influencée négativement, le système du remplacement est d'autant moins profitable qu'il ne permet justement pas d'assurer la continuité :

« Les banques de remplacement et tout ça, tant qu'à moi, ça ne vaut pas grand-chose. Ça vient parfois boucher un trou. Les remplaçants qu'on a présentement, j'en ai 2 qui viennent d'une façon assez régulière. La chance que j'ai, c'est que ces gens-là sont des jeunes en début de formation qui n'ont pas de famille encore. Mais je sais que la journée qu'ils vont avoir une famille, [ça sera fini]. » (Spec05, femme)

En ce dernier cas, il faudra alors tout recommencer et compter sur la possibilité d'une nouvelle chance, d'où l'expression d'un relatif découragement par rapport au système dans son ensemble.

La seconde dimension relative au problème du dépannage concerne la question de la prise en charge déficiente des patients et celle d'une implication pratiquement nulle dans le milieu. En particulier, l'insuffisante prise en charge ou l'absence de continuité dans le suivi des dossiers est un inconvénient que plusieurs considèrent majeur en raison du surcroît de travail que cela entraîne, et ce quelque soit la manière dont ils sont par ailleurs influencés.

Pour une spécialiste influencée négativement, on a vu que ce problème participait du «patchage» du système et que cela semblait suffire à rendre ce dernier en bonne partie responsable de l'alourdissement de sa charge de travail. Pour un omnipraticien non touché par cette mesure au cours des dernières années (influence neutre), cette dimension du problème est restée associée aux conditions particulièrement difficiles de ses premiers mois de pratique :

« Quand j'ai commencé ma pratique, c'était pas évident (...) entre autres parce qu'on avait du dépannage, puis j'avais beau faire mes 6 gardes d'urgence, je ne ramassais pas juste mes 6 gardes de patients, j'en ramassais 6 plus un autre 6 des dépanneurs. C'est sûr que c'était dur. » (Omni09, homme)

De leur côté, les répondants influencés positivement ou *a posteriori* ne manquent pas de souligner qu'en dépit du soutien apporté par les dépanneurs, la prise en charge et le suivi de leurs patients une fois partis reviennent complètement aux médecins demeurant sur place :

« Le dépannage, oui, il aide, mais d'un autre côté, il apporte plus d'ouvrage, dans un certain sens, que si c'était un de nous, un supplémentaire qui viendrait faire l'ouvrage que fait le dépanneur. Parce que le dépanneur, une fois qu'il a fini, bien ses laboratoires, c'est nous qui les voyons, ses suivis, c'est nous qui les voyons. Oui, ça apporte un répit pour combler l'urgence, mais en même temps, c'est pas l'équivalent d'un 8e ou un 9e médecin qui viendrait travailler parmi nous. » (Omni10, homme, influencé positivement)

« T'es bien content de les avoir pendant une semaine, mais quand ils s'en vont, c'est toi qui a l'ouvrage après. Puis les suivis et tout ça, eux autres ils s'en vont, et puis bye-bye. » (Spec13, femme, influencée *a posteriori*)

Enfin, à ce défaut de prise en charge de la part des dépanneurs est associé, chez au moins deux omnipraticiens, le problème de leur absence d'implication dans les affaires médico-administratives. La notion d'implication couvre ici davantage que cet aspect particulier, comme l'illustre le témoignage suivant d'un répondant qui se montre par ailleurs positivement influencé par la mesure:

« A mes yeux, je trouve que c'est des gens qui rendent un service important parce qu'ils empêchent des hôpitaux de fermer, mais à quelque part, ils ne réussissent pas à s'impliquer dans le milieu de façon importante. (...) On vient faire une tâche, on s'en va puis c'est tout, puis on n'a pas de responsabilité de rappeler des gens, de suivre des cas ou de s'impliquer pour que le milieu fonctionne mieux. (...) Dans un milieu, bien on a des réunions pour faire fonctionner les départements, pour que l'hôpital arrive, pour que les urgences fonctionnent comme il faut, il y a toutes sortes de tâches administratives qui vont autour de ça, alors qu'en itinérance, bien on n'en a pas de ces tâches-là. Ça fait que ça, c'est peut-être le côté moins agréable de [cette mesure]. » (Omni13, homme).

Le désagrément causé par cette mesure, quoique non négligeable, ne l'emporte pas ici sur l'avantage que le répondant en tire personnellement par rapport à la perspective de maintenir sa pratique dans des conditions à peu près acceptables en attendant l'installation de nouveaux médecins.

En résumé, le dépannage, même lorsqu'il est considéré sous l'angle de l'influence positive, représente un mal nécessaire pour la majorité des répondants ou, encore mieux, un pansement plus ou moins adapté selon les situations à un mal encore plus profond, celui de la pénurie des effectifs médicaux. Le dépannage permet en fait, soit de maintenir la pratique en région chez ceux qui, autrement, pourraient difficilement en supporter la charge (influence positive), soit de faciliter les conditions de cette pratique chez ceux qui, même sans ce soutien, saurait s'en accommoder (influence *a posteriori*). Ces deux cas de figure regroupent un peu plus de la moitié des répondants, omnipraticiens autant que spécialistes. Pour le reste, les spécialistes semblent plus enclins à juger de l'inefficacité de la mesure (influence négative), et les omnipraticiens, moins susceptibles d'être concernés par celle-ci dépendamment de la nature de leurs activités et de la situation des effectifs médicaux dans leur région (influence neutre).

6. La comparaison : des médecins ayant quitté les régions ou ne s'y étant jamais installés

Dans cette section, les données recueillies auprès des médecins des groupes 2, 3 et 4 sont examinées. Il s'agit des médecins ayant quitté les régions (groupe 2), de ceux qui en sont originaires mais n'y ont jamais pratiqué (groupe 3) et de ceux qui ne sont pas originaires de régions et qui n'y ont jamais pratiqué (groupe 4).

Plus précisément, les stades de l'attraction, de l'installation et du maintien seront analysés à la lumière des données recueillies auprès des répondants du groupe 2 (soit des médecins ayant vécu en région huit ans et moins). Pour chacun de ces stades, les résultats seront comparés aux principales tendances qui sont ressorties de l'analyse du groupe 1. Le cas échéant, ils seront commentés de façon plus spécifique et pourront amener à la formulation de certaines hypothèses. Pour ce faire, la séquence point par point du chapitre précédent sera réutilisée. Notons pour mémoire que chacun des stades ici considérés a été analysé suivant trois grandes dimensions qui sont les suivantes (voir les trois sous-sections de 5.1., 5.2. et 5.3.):

Les **conditions générales** de l'attraction, de l'installation et du maintien, à savoir le contexte personnel et professionnel de la décision d'aller en région (5.1.1.), les circonstances et modalités du choix d'un lieu de pratique (5.2.1.), ainsi que l'ajustement professionnel et au milieu régional dans son ensemble (5.3.1.).

L'**influence des mesures gouvernementales** : les bourses d'étude en médecine et de formation spécialisée, ainsi que les stages pré et post doctoraux (aux stades de l'attraction et de l'installation : 5.1.2. et 5.2.2.); la rémunération majorée, les primes et le ressourcement (aux stades de l'attraction, de l'installation et du maintien : 5.1.2., 5.2.2. et 5.3.3.); et le dépannage (au stade du maintien uniquement : 5.3.3.).

L'**identification et la hiérarchisation des facteurs** d'ordre professionnel, contextuel, personnel et financier aux stades de l'attraction, de l'installation et du maintien (5.1.3., 5.2.3. et 5.3.2.).

Quant aux données obtenues auprès des répondants des groupes 3 et 4, elles serviront à documenter ces trois dimensions, mais uniquement pour l'attraction.

6.1. L'attraction

6.1.1. Les conditions générales : le contexte personnel et professionnel de la décision

Les prédispositions personnelles

Dans le chapitre précédent, les prédispositions personnelles à vivre en région ont été analysées au moyen de deux variables : l'origine régionale des répondants et leur statut familial (seul ou avec conjoint). Dans le premier cas, il s'agissait d'examiner dans quelle mesure et pour quelles raisons la vie en région éloignée était susceptible d'attirer des individus issus pour la plupart de régions dites centrales ou intermédiaires. Dans le second, ce sont moins les attentes par

rapport au milieu de vie en région qui ont été considérées chez ces mêmes répondants que l'idée de s'y établir éventuellement compte tenu de leur situation familiale au moment de leur résidence.

A. L'origine régionale et les préférences de milieux de vie

Les résultats relatifs à l'origine régionale chez les répondants du groupe 1 montrent que la moitié d'entre eux (n = 16), en majorité des omnipraticiens, étaient dans l'ensemble fortement prédisposés à vivre en région à l'époque de leur résidence, dont trois parmi les cinq originaires des régions éloignées. Dix proviennent des régions centrales et leurs commentaires font état le plus souvent d'une attirance marquée pour «un autre mode de vie» et d'un goût particulier pour la nature et les grands espaces. Certains par contre font moins part d'une telle attirance que du besoin de ne plus «vivre en ville». Pour les seize autres répondants de ce groupe, les milieux de vie régionaux n'avaient rien de spécialement attirant et ils ne souhaitaient pas nécessairement ne plus vivre en ville, mais la perspective des «petits milieux» ne les rebutait pas non plus.

Les répondants du groupe 2 présentent un profil similaire. En effet, un peu plus de la moitié d'entre eux, soit dix (omnipraticiens autant que spécialistes), étaient particulièrement attirés par ce qu'avait à offrir le milieu de vie en région. Parmi eux se retrouvent la seule personne du groupe 2 à provenir d'une région éloignée, ainsi que sept autres originaires de régions centrales. Les commentaires vont dans le même sens que ceux du groupe 1 :

« L'idée d'aller en région, c'était beaucoup pour la qualité de vie, et la façon de fonctionner, j'étais quelqu'un qui aimait la campagne, (...) donc je voulais aller en région. » (Omni01, femme, région centrale, groupe 2)

« Je pense qu'on avait le goût d'un style de vie qui serait différent. On était tous les deux de Montréal, ce qui nous attirait de la région, (...) c'est qu'on est des gens qui aiment beaucoup le plein air, le vélo, la randonnée pédestre, donc le fait de vivre proche des milieux où on allait toutes les fins de semaine puis toutes les vacances, c'était comme quelque chose qui nous tentait. » (Omni09, femme, région centrale, groupe 2)

« [Les petites villes en région], je savais déjà c'était quoi un peu, le côté un peu sauvage, c'est quand même des petits milieux, [mais ça me plaisait], c'est plus facile de s'intégrer. » (Spec04, homme, région centrale, groupe 2)

D'autres, dans une proportion comparable à celle du groupe 1, disent ne pas avoir été attirés par la perspective de vivre dans des petits milieux, sans pour autant y avoir vu un inconvénient majeur. En d'autres termes, aucune attente, mais guère plus d'appréhension, ne semble avoir été entretenue chez ces derniers vis-à-vis du mode de vie en région éloignée. Cinq d'entre eux proviennent de régions centrales et les trois autres, de régions intermédiaires (de petites villes en l'occurrence) ou multiples (l'une étant une région éloignée).

Quant aux répondants du groupe 3 (originaires des régions éloignées), deux étaient fortement prédisposés au moment de leur résidence à revenir dans leur région, et la troisième était tout autant, sinon plus attirée par le mode de vie en milieu urbain. Inversement, à l'exception de l'omnipraticien qui admet avoir été «intéressé par les différentes possibilités de plein air»

qu'offraient les régions, les deux autres répondants du groupe 4²⁵ n'ont éprouvé aucune attirance particulière.

Les résultats des groupes 2, 3 et 4 concernant le rapport entre l'origine régionale et la prédisposition à vivre en région confirment ce que sous-entendent déjà les données du groupe 1 : le fait d'être originaire d'une région éloignée ou d'un petit milieu peut certes prédisposer les individus concernés à vouloir retrouver un certain mode de vie ou un type d'environnement qui leur est familier. Mais la tendance inverse s'observe également, soit le relatif désintérêt exprimé par des non citadins d'origine, sans compter la forte attirance à l'égard du milieu de vie régional de la part d'individus originaires ou ayant longtemps vécu dans des centres urbains. Par ailleurs, les profils similaires des groupes 1 et 2 n'autorisent certes pas à faire de l'attirance pour le milieu de vie en région un indicateur suffisant de la décision d'y demeurer longtemps (en l'occurrence plus de 8 ans pour ce qui nous concerne).

B. Le statut familial et l'idée d'aller en région

De fait, l'idée de vivre ailleurs qu'en milieu urbain n'apparaît pas de manière prédominante dans les deux principaux groupes comme devant obligatoirement s'inscrire dans la longue durée. Cette dernière tendance serait même minoritaire et s'observerait exclusivement dans les deux groupes parmi ceux qui étaient accompagnés de conjoints à l'époque de la décision d'aller en région (au cours de la résidence). Elle semble néanmoins un peu plus présente chez les vingt-trois répondants avec conjoint du groupe 1, puisque neuf d'entre eux (soit 39%) disent avoir nourri dès le départ le projet de s'établir à long terme en région, alors que dans le groupe 2, seulement cinq répondants sur seize avec conjoint avaient pareille intention (31%), dont quatre issus de petits milieux (régions éloignées ou intermédiaires) ou ayant vécu en région. Chez ces derniers, le projet d'établissement a également été considéré dans la perspective d'une stabilité professionnelle et familiale.

Ce résultat, s'il semble refléter la réalité du groupe 1 (rétention en région de plus de huit ans), n'en constitue pas moins une tendance générale commune aux deux groupes et dont le sens doit être relativisé par rapport à celui d'une seconde tendance qui, dans les deux groupes, se manifeste de manière tout aussi importante. Cette seconde tendance est en fait prédominante (autour de 72% des répondants dans chacun des groupes) et regroupe autant les célibataires que les gens accompagnés d'un conjoint. Elle s'exprime au moyen de la paraphrase «on y va et on verra» (plutôt que «on y va pour s'établir»).

L'ouverture à l'expérience des régions, à l'instar du groupe 1, mais surtout le goût de l'aventure et de la découverte sont des thèmes qui se retrouvent dans le discours des répondants du groupe 2 : «j'avais envie de partir, nous dit un omnipratricien, j'avais envie d'aller ailleurs, de monter dans ma voiture puis de dire bon bien je m'en vais pratiquer en région.» Plus encore semble-t-il que les répondants du groupe 1, ceux du groupe 2 ont vu dans cette expérience des régions une occasion de tenter autre chose et d'en profiter le temps voulu. Certains se sont vus partis le temps au moins de remplir leur engagement (bourses d'étude), d'autres, un nombre d'années relativement indéterminé (mais ne dépassant généralement pas les dix ans).

À noter que tous les répondants du groupe 4 et une omnipratricienne du groupe 3 se sont montrés ouverts à la perspective d'un séjour plus ou moins prolongé en région. Quant aux deux

²⁵ Rappelons que deux d'entre eux sont originaires d'une région centrale et que le troisième, un spécialiste, provient d'une région intermédiaire.

autres de ce dernier groupe, ils avaient très clairement en vue un projet d'établissement ou de retour définitif dans leur région d'origine.

En conclusion de l'analyse des prédispositions à aller en région, nous avons également examiné au chapitre précédent si des conditions relatives à la situation des conjoints eux-mêmes pouvaient y être associées, notamment du point de vue de leur propre origine régionale ainsi que de leur domaine de formation. Nous avons vu dans le cas du groupe 1 que de telles conditions pouvaient effectivement tenir un rôle. À titre indicatif, sur les vingt-trois conjoints présents au moment de la résidence, six étaient originaires de régions éloignées et six autres de régions intermédiaires; par ailleurs, des onze conjoints originaires de régions centrales, six étaient formés dans le domaine de la santé et quatre, dans des domaines adaptables aux régions.

Le groupe 2 fournit des données similaires. Des seize conjoints présents au moment de la résidence, sept étaient originaires de régions éloignées ou intermédiaires; à noter que cinq des répondants associés à ces derniers conjoints se sont dits attirés par le mode de vie en région. Par ailleurs, des neuf répondants originaires des régions centrales, trois étaient formés dans le domaine de la santé et au moins quatre, dans des domaines adaptables aux régions.

En résumé, rien fondamentalement ne permet de départager les répondants des groupes 1 et 2 du point de vue de leur perception du mode de vie en région. Dans l'ensemble, tous étaient prédisposés à partir, par intérêt pour la vie en région chez la moitié d'entre eux, mais plus généralement, pour tenter une nouvelle expérience et voir venir. Le projet de découverte d'un nouveau lieu pour un temps seulement semble toutefois plus présent parmi les répondants du groupe 2.

Un choix de vie professionnelle

C. Une idée de la profession et de la formation

Parmi les motifs invoqués dans le groupe 1 pour faire des études de médecine revient souvent le désir d'être en contact avec les gens ou de leur venir en aide. Ce dernier aspect est prédominant dans le discours à la fois des omnipraticiens et des spécialistes, auquel s'ajoute, chez certains, l'idée selon laquelle la médecine est une profession où «ça bouge beaucoup» et où la gratification par rapport aux gestes posés peut être immédiate.

En ce qui concerne le groupe 2, l'idée de la relation d'aide semble revenir moins souvent en première place – quoiqu'encore présente principalement dans le discours des omnipraticiens – au profit du principe de l'autonomie personnelle et professionnelle, du besoin de toucher à tout et de l'intérêt pour le caractère scientifique de la médecine; la mobilité sociale ou la stabilité occupationnelle ainsi que la possibilité d'exercer partout la profession sont aussi amenés en tant que critères du choix de carrière. Les extraits suivants résument l'esprit général :

« Je me suis dit que la médecine me permettrait d'atteindre des objectifs d'autonomie plus rapidement après avoir étudié. (...) La médecine me permettait d'aller travailler n'importe où, n'importe quand. » (Omni01, femme, groupe 2)

« Ma philosophie c'est d'être quelqu'un qui touche un peu à tout. (...) J'aime ça avoir une bonne maîtrise de différents domaines. (...) Je suis un scientifique qui ne voulait pas être dans un laboratoire. J'avais un côté ingénieur aussi, mais qui n'était pas comblé par le côté

des sciences, par le côté psychologie, par le côté philosophie. (...) Je trouvais que la médecine, ça rencontrait le plus de différents domaines, ça me poussait le plus dans différents endroits. » (Omni03, homme, groupe 2)

« [J'étais biologiste avant] mais je n'avais que des jobs contractuelles, alors si on pense avoir des enfants ou une maison, c'est trop incertain. (...) J'ai donc fait une demande en médecine [pour m'assurer une meilleure stabilité]. » (Spec04, homme, groupe 2)

« Il n'y avait pas de raisons particulières. J'ai été accepté et je trouvais que c'était une bonne job [dans le sens de job payante notamment]. » (Spec05, homme, groupe 2)

Par ailleurs, ces thèmes ainsi que leur caractère prépondérant par rapport à celui de la relation d'aide se retrouvent aussi chez les répondants des groupes 3 et 4.

Les différences entre le groupe 1 et les autres groupes quant aux motifs invoqués pour faire des études de médecine doivent être interprétées avec d'autant plus de prudence que les réponses apportées sont parfois évasives ou se réfèrent moins à la médecine en générale qu'au domaine de spécialisation proprement dit (médecine familiale ou spécialités de base). Les données obtenues amènent néanmoins à faire l'hypothèse d'un lien possible entre l'accent mis sur la relation d'aide chez les répondants du groupe 1 et le fait qu'ils n'aient pas renoncé à pratiquer dans des petits milieux où, comme on l'a vu, la relation médecin-patient déborde très souvent le cadre de la consultation en cabinet.

En ce qui concerne maintenant l'évaluation de la formation reçue (incluant les années de résidence), aucune différence n'est observée entre les groupes. En premier lieu, la formation dans leur domaine respectif semble avoir satisfait l'ensemble des spécialistes des groupes 1, 2, 3 et 4. Quant aux omnipraticiens des groupes 1 et 2, ils considèrent pour près de la moitié d'entre eux dans chacun des cas (7/16 vs. 4/9) avoir eu une formation répondant à leurs attentes ou aux objectifs généraux qu'ils s'étaient fixés par rapport à la pratique de la médecine familiale (autonomie, contact avec les patients). À l'instar du groupe 1, les répondants satisfaits du groupe 2 en donnent pour raison certains programmes ou milieux de résidence favorisant une meilleure responsabilisation.

D. La perspective de la pratique en région

a) L'information sur les régions

Parmi les répondants du groupe 1, la perspective d'une pratique en région éloignée a surtout été alimentée par une expérience sur le terrain au cours des études – pratiquement tous y ayant fait au moins un stage, avant ou pendant la résidence –, ainsi que par des informations transmises de manière informelle par des professeurs ou des collègues résidents.

Le groupe 2 ne diffère pas au chapitre de l'exposition sur le terrain, sinon que les spécialistes sont proportionnellement plus nombreux à n'avoir jamais fait le moindre stage en région (5 sur 9). Trois de ces spécialistes ont néanmoins été exposés d'une autre manière : l'un en tant qu'omnipraticien ayant pratiqué en région pendant quelques années avant de faire sa résidence en spécialité, et les deux autres en tant qu'itinérants (dépannage en médecine familiale pendant la résidence en spécialité et remplacement au cours d'une année de fellowship avant l'installation). Aucune de ces expériences cependant ne peut être vue comme ayant eu une influence directe sur la décision d'aller en région. En ce qui concerne l'exposition aux régions dans le cadre de la formation, au total, tous les omnipraticiens et quatre spécialistes l'ont été au moins une fois à l'occasion d'un stage pré ou post doctoral. Rappelons que tous les

omnipraticiens mais seulement deux spécialistes ont fait des stages post doctoraux (à Chicoutimi et à Rimouski dans le cas des spécialistes).

Les omnipraticiens du groupe 2, qui ont également pour la plupart été exposés avant la résidence, soutiennent avoir développé grâce à ces stages une relative connaissance des milieux et des caractéristiques de la pratique en régions éloignées. Peu soulignent cependant avoir été informés sur les régions par d'autres voies. Des spécialistes prétendent n'avoir rien su pendant leur formation de ce qu'était la pratique en région («les gens ne le savent pas ce que c'est, sauf ceux qui y vont») ou en avoir été informés de manière somme toute assez sommaire. Très peu font référence au fait qu'il ait pu y avoir des préjugés vis-à-vis de la pratique en région.

Quant aux répondants des groupes 3 et 4, tous ont été exposés au moins une fois et ont, généralement, une connaissance de base des milieux de pratique en régions éloignées.

Dans l'ensemble, l'information sur les régions est principalement transmise pour tous les groupes au moyen des stages pré et post doctoraux. Ceux qui n'en ont pas bénéficié, telle la moitié des spécialistes du groupe 2, ont trouvé pour la plupart à s'exposer autrement (itinérance). Le milieu universitaire proprement dit (professeurs et collègues résidents) en tant que source d'information privilégié, bien qu'informelle, sur les régions est davantage mentionné par les répondants du groupe 1 que par ceux des autres groupes. Cette différence ne semble toutefois rien changer de la perception ou des attentes que les répondants de tout groupe confondu peuvent avoir développé sur les régions.

b) La région comme alternative

Parmi les répondants du groupe 1, l'expérience acquise en ville comme en région au cours de la résidence a favorisé la comparaison entre les deux milieux, notamment chez les omnipraticiens. La région s'est présentée à ces derniers comme une alternative intéressante au plan professionnel, car ils étaient susceptibles d'y gagner en autonomie et en diversité ainsi que dans le sentiment d'être utile ou plus proche des patients et des «problématiques de tous les jours».

Quant aux spécialistes, une partie seulement (notamment les internistes et les pédiatres) semble avoir entrevu dans un tel projet un gain professionnel comparable (diversité, pratique de 2^e ligne), la plupart ayant plutôt démontré une relative indécision (préoccupés par la perspective d'un Fellow ou par l'envie de se mettre à travailler au plus vite: aller là où on peut, être ouvert à toute alternative).

Ce tableau d'ensemble ne varie guère pour l'essentiel chez les répondants du groupe 2. Ayant eu eux aussi l'occasion de comparer les milieux de pratique au cours de leur résidence, les omnipraticiens ont également vu dans la pratique en région une alternative avantageuse par rapport à ce qu'il connaissait de la médecine familiale en milieu universitaire. Outre les gains pressentis, à l'instar de leurs collègues du groupe 1, en termes d'autonomie professionnelle (prise en charge, etc.) et de diversité de la pratique, apparaît moins le souci d'être à l'écoute des gens et de leurs besoins (le relation d'aide) que la possibilité de consolider ses compétences et de devenir un meilleur médecin :

« Je voyais que c'était une pratique polyvalente, avec une profondeur de défi clinique ou scientifique important, donc la possibilité d'utiliser mes compétences acquises, et de les

développer même pour être capable de travailler aux soins intensifs, de faire de l'urgence, donc des choses « hot » du point de vue clinique. » (Omni02, homme, groupe 2)

« On voyait un petit peu c'était quoi la pratique de médecine familiale à Québec, on trouvait ça un peu moins intéressant de faire de l'hospitalisation dans un centre hospitalier où il y a un cardiologue, un gastroentérologue, un endocrinologue, où on n'a pas vraiment beaucoup à faire sauf que d'orienter les patients. Ça fait qu'on voulait, dans nos premières années, acquérir beaucoup de connaissances, donc plonger dans un milieu où on aurait plus de choses à faire. » (Omni08, homme, groupe 2)

« J'ai décidé d'aller en région, parce que je trouvais que c'était trop tôt, de tout de suite commencer à travailler dans un secteur trop pointu où je pouvais devenir meilleur mais où tout le reste, finalement, je ne pourrais pas le développer. Alors c'est pour faire de la médecine générale que je suis parti en région. J'aurais probablement pas fait de la médecine générale si j'étais resté ici. » (Omni05, homme, groupe 2)

Chez plusieurs omnipraticiens de ce groupe, il semble que l'expérience de la pratique en région soit appelée à être temporaire : ils veulent aller en région parce que ce qu'ils y développeront comme habiletés ne pourra que les servir au retour.

Quant aux spécialistes du groupe 2, quatre d'entre eux, dont deux pédiatres, ont vu un gain professionnel dans l'idée de pratiquer en région. Comme pour ceux du groupe 1, les avantages sont surtout associés à la diversité des actes médicaux et à une plus grande autonomie professionnelle (dans le sens de pouvoir «faire ses affaires à sa façon»). Pour d'autres, et à l'instar du groupe 1 encore une fois, la pratique en région ne comporte pas d'avantages particuliers et ne représente une alternative que dans la mesure où elle s'impose par rapport à un autre choix (le Fellow dans 2 cas, une pratique en ville pour les autres), compte tenu de circonstances particulières (poste à contrat, motifs familiaux ou contextuels, etc.)

En ce qui concerne les répondants des groupes 3 et 4, bien que la possibilité de pratiquer en régions éloignées ait finalement été exclue, elle n'en a pas moins été considérée par tous comme une alternative valable. Dans la plupart des cas, ce sont des considérations d'ordre familial qui auront fait obstacle à la décision.

En résumé, la pratique en régions éloignées s'est présentée à une majorité de répondants de tous les groupes comme une alternative intéressante par rapport à la perspective d'une pratique en centre universitaire. Une différence apparaît néanmoins entre les groupes 1 et 2 quant aux attentes spécifiques de plusieurs omnipraticiens qui semblent avoir considéré une telle alternative comme une occasion de mieux se former comme médecin en prévision d'un retour en ville dans des délais relativement courts. Ce résultat, qui permet de cerner un peu mieux le profil de répondants qui sont effectivement revenus au bout de quelques années, n'est peut-être pas sans lien avec une certaine idée préconçue de la profession médicale au moment d'entreprendre les études. (voir : 6.1.1.2.A.)

6.1.2. L'influence des mesures gouvernementales : de l'exposition aux régions à l'incitation financière

Les stages pré et post doctoraux : une influence certaine

Nous l'avons vu, l'exposition par les stages pré et post doctoraux a permis à la plupart des répondants dans l'une ou l'autre des situations, et pour tous les groupes, de se faire une

certaine idée des caractéristiques de la pratique en région, sans oublier des milieux de vie dans leur ensemble. L'analyse du groupe 1 a en outre montré que ces stages avaient exercé une réelle influence sur la décision d'aller en région et que cette influence était le plus souvent positive.

Le tableau 32 reprend les données du groupe 1 (tableaux 13 et 14) pour les comparer à celles des autres groupes.

Tableau 32 Influence des stages pré et post doctoraux selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		<i>PRÉ-doc</i>			<i>POST-doc</i>		
		Omnis	Spéc.	Tot.	Omnis	Spéc.	Tot.
GROUPE 1	Influence positive	6	6	12	8	4	12
	Influence <i>a posteriori</i>	3	2	5	7	1	8
	Influence négative	--	1	1	--	--	--
	Influence neutre	3	1	4	--	--	--
	Aucun stage	4	4	8	1	9	10
	NAP	--	2*	2	--	2*	2
	Total	16	16	32	16	16	32
GROUPE 2	Influence positive	6	1	7	3	--	3
	Influence <i>a posteriori</i>	1	1	2	5	--	5
	Influence neutre	--	1	1	1	2	3
	Aucun stage	2	5	7	--	6	6
	NAP	--	1*	1	--	1*	1
	Total	9	9	18	9	9	18
GROUPE 3-4	Influence positive	--	--	--	2	--	2
	Influence <i>a posteriori</i>	1	1	2	--	--	--
	Influence neutre	2	2	4	1	2	3
	Aucun stage	--	--	--	--	1	1
	Total	3	3	6	3	3	6

* Spécialistes ayant auparavant pratiqué en région en tant qu'omnipraticiens.

Ce tableau conduit à plusieurs constats. En premier lieu, l'écart favorisant l'influence positive dans le cas des stages pré doctoraux apparaît sensiblement le même entre les groupes 1 et 2 (12 et 5 vs. 7 et 2). On notera toutefois dans le groupe 2 la proportion importante des omnipraticiens qui se disent positivement influencés (6 sur 9); cette proportion étant moindre dans le groupe 1 (6 sur 15).²⁶ De plus, l'influence en ce qui concerne le groupe 2 n'est jamais neutre ou négative (sauf un cas), alors que le groupe 1 compte cinq cas de pareille influence. En somme, tous ceux du groupe 2 qui ont été exposés avant leur résidence, dont une large majorité d'omnipraticiens, semblent avoir été influencés de manière plus décisive à cette époque que leurs collègues du groupe 1.

²⁶ Rappelons que du point de vue de l'influence positive, les stages réalisés pendant les premières années d'étude ont généralement laissé une impression marquante dans la mémoire (une sorte d'empreinte), laquelle demeure déterminante pour le reste de la formation et pour le développement d'un projet d'établissement en région.

Ce résultat est d'autant plus parlant que l'influence des stages post doctoraux du groupe 2 semble avoir joué suivant un pattern différent, non seulement par rapport à celui des stages pré doctoraux, mais également en comparaison des stages post doctoraux du groupe 1. En effet, l'influence positive y est moins marquée chez les omnipraticiens, puisqu'elle n'est que de un sur trois (3/9) alors qu'elle est de deux sur trois (6/9) dans le cas des stages pré doctoraux, et complète (8/8) en ce qui concerne les stages post doctoraux du groupe 1; elle est par ailleurs inexistante chez les deux spécialistes exposés qui ont plutôt vu dans ces stages une expérience comme une autre (influence neutre). L'influence *a posteriori* prédomine en ce cas-ci, ce qui laisse entendre que pour tout près de la moitié des répondants du groupe 2 ayant été exposés au cours de leur résidence (5/11), la décision d'aller en région avait, en fait, été prise assez tôt.²⁷

Au total, ces données laissent entendre que pour les omnipraticiens du groupe 2, notamment, les stages pré doctoraux auraient eu un impact plus décisif que les stages post doctoraux sur la décision d'aller en région, alors que c'est plutôt l'inverse qui semble s'être produit chez ceux du groupe 1. Ce résultat peut difficilement être interprété autrement que par le caractère attirant de la pratique en région chez des gens qui, très tôt, ont su qu'une telle expérience à titre de médecin leur était nécessaire s'ils voulaient rencontrer leurs objectifs de formation et devenir meilleurs, les stages post doctoraux ne venant ensuite que confirmer leur décision d'aller en région. Cette interprétation paraît conséquente avec notre conclusion de la section précédente relative à la perception de la pratique en région chez les omnipraticiens du groupe 2. Elle ne doit cependant pas nous faire perdre de vue que l'expérience souhaitée des régions chez nombre de médecins s'appuie sur une appréciation positive de celles-ci en tant que milieu de vie, à laquelle auront entre autres contribué les premiers stages.

En ce qui concerne les répondants des groupes 3 et 4, l'influence a surtout joué du côté des stages post doctoraux où l'on constate qu'elle a été positive chez deux omnipraticiens, l'un du groupe 3 et l'autre du groupe 4. Dans les deux cas, l'expérience aura en effet été concluante au point de les inciter à aller en région, mais des considérations d'ordre familial les auront finalement empêchés. Les influences *a posteriori* des stages pré doctoraux sont le fait de deux répondants du groupe 3 qui, très tôt, avaient le projet de retourner dans leur région, sans qu'ils n'aient pu eux aussi s'y tenir par la suite. Enfin, la prédominance de l'influence neutre dans les deux situations de stages n'a ici rien pour étonner si l'on considère qu'une telle influence a effectivement été favorable dans le cas de ceux qui auront finalement été en région (groupes 1 et 2).

En résumé, les stages pré et post doctoraux exercent dans l'ensemble une influence certaine sur la décision d'aller en région. Cette influence est très souvent positive, en particulier lorsque l'exposition se produit au cours des premières années d'études. Au niveau post doctoral, elle vient plus souvent confirmer une décision déjà prise pour l'essentiel.

Les bourses d'études en médecine

Le tableau 35 montre que les répondants du groupe 2 semblent aussi enclins que ceux du groupe 1 à prendre les bourses d'études lorsque leur décision d'aller en région est déjà prise.

²⁷ Il est par ailleurs intéressant de noter que sept des neuf omnipraticiens du groupe 2 disent avoir été influencés positivement par l'un ou l'autre de leur stage pré ou post doctoral. Pour le groupe 1, cette proportion est de onze sur seize chez les omnipraticiens, et de huit sur treize chez les spécialistes. Sur les quatre spécialistes du groupe 2 exposés dans le cadre de stages pré ou post doctoraux, un seul a été influencé positivement.

L'influence positive est par conséquent très relative dans les deux cas. Dans l'ensemble, toutefois, l'influence nette des bourses sur l'attraction semble concluante chez les médecins des groupes 1 et 2.

Tableau 33 Influence des bourses d'études en médecine selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		Omnis	Spéc.	Total
GROUPE 1	Influence positive	2	1	3
	Influence <i>a posteriori</i>	4	2	6
	Influence nulle	2*	--	2
	Aucune bourse	8	11	19
	NAP	--	2**	2
	Total	16	16	30
GROUPE 2	Influence positive	1	1	2
	Influence <i>a posteriori</i>	4	2	6
	Influence nulle	1*	--	1
	Aucune bourse	3	5	8
	NAP	--	1**	1
	Total	9	9	18
GROUPES 3-4	Influence positive	--	--	--
	Influence <i>a posteriori</i>	1	1	2
	Aucune bourse	2	2	4
	Total	3	3	6

* Omnipraticiens ayant obtenu une bourse mais dont l'influence ne joue pas à ce stade.

** Spécialistes ayant auparavant pratiqué en région en tant qu'omnipraticiens.

Ce qui tend à confirmer la fonction de soutien financier que remplirait avant tout cette mesure auprès de répondants que la promesse d'un engagement à pratiquer en région arrange de toute façon, indépendamment du statut de rétention par la suite (partis ou demeurés), et qui souhaitent compléter leurs études dans les meilleures conditions possibles.²⁸

Un tel soutien est d'autant plus apprécié lorsque la décision est prise relativement tôt dans les études, tel que par exemple au moment de l'externat suite à un stage dont l'influence aura été positive. Ce cas de figure est d'ailleurs parfaitement illustré par l'exemple d'un omnipraticien du groupe 2 (l'un des six à avoir été influencés positivement par des stages pré doctoraux) :

« J'avais eu un stage d'externat extraordinaire. [Et comme] c'était dans une perspective où j'irais pratiquer en région de toute façon, ça fait que j'ai pris ces bourses-là. (...) En partie parce que moi, ça me donnait de l'autonomie financière. J'avais besoin d'une voiture pour faire l'externat à Québec, c'était infernal sans voiture. Et puis ça me permettait de couper le cordon avec la famille. » (Omni02, homme, groupe 2)

²⁸ Soulignons que dans le groupe 2, l'influence *a posteriori* compte pour les deux tiers de ceux qui ont bénéficié de ces bourses, soit légèrement plus que dans le groupe 1. Rappelons par ailleurs que la proportion des bénéficiaires est plus élevée dans le groupe 2 (53% vs. 40%), ce qui peut être en soi une indication du caractère plus valorisé de l'aspect financier chez les répondants concernés.

Par ailleurs, à l'instar du groupe 1, l'appréciation favorable du soutien financier que représentent les bourses est contrebalancée par une perception négative de cette mesure de la part de quatre des huit répondants n'ayant obtenu aucune bourse, soit une proportion équivalente à celle du groupe 1. Comme dans le groupe 1, ces personnes ont refusé de s'en prévaloir afin de préserver leur liberté : « moi je ne voulais pas avoir de contrainte qui brimerait ma liberté, raconte l'un d'eux, il fallait que ça soit un libre choix, que je puisse aller à l'endroit où je veux et pour la durée que je veux. » (Omni., homme)

Cette position de principe est également défendue par deux spécialistes du groupe 4 dont l'ouverture par rapport à la perspective d'aller en région n'aura pas été jusqu'à vouloir s'y engager. Quant aux deux cas d'influence *a posteriori*, ils relèvent du groupe 3. Il s'agit de répondants qui, dès le début de leurs études, prévoyaient revenir dans leur région et qui, par conséquent, n'ont pas hésité à prendre les bourses :

« J'ai pris la bourse parce que les 2-3 premières années, j'aimais pas Montréal, puis moi c'était clair que je retournais en région. Puis ça s'est estompé avec le temps. » (Omni01, femme, groupe 3)

Le second, qui a dû renoncer à son projet de retour pour des raisons familiales, se plaint des intérêts « déraisonnables » qu'il a dû défrayer en sus de son remboursement :

« C'est ça que je trouve dommage parce que quand j'en ai fait la demande, je voyais ça vraiment comme de l'aide, pour me rendre compte finalement, quand on voit ça de l'autre côté des choses, que c'est un peu biaisé comme façon de faire, [que ça peut être très pénalisant]. » (Spec02, homme, groupe 3)

En résumé, ce qui prédomine dans tous les groupes de l'échantillon est la dimension du soutien financier dont les répondants concernés semblent avoir d'autant mieux profité qu'elle les a encouragés, une fois obtenu, à maintenir leur décision d'aller en région. Une autre tendance forte qui apparaît dans tous les groupes est la réticence à profiter d'un tel soutien justement, en raison de la contrainte qui lui est associée – soit l'engagement à pratiquer en région – et qui est jugée inacceptable.

La rémunération majorée et autres incitatifs

Le tableau 34 invite à un premier constat général relativement à l'influence des incitatifs financiers, notamment la rémunération majorée, sur la décision d'aller en région. La combinaison des influences positive et *a posteriori* dans le groupe 2 représente 59% du total des répondants (10/17), alors qu'elle est de 50% dans le groupe 1 (15/30), ce qui constitue une légère augmentation.

Tableau 34 Influence de la rémunération et des autres incitatifs selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		Omnis	Spéc.	Total
GROUPE 1	Influence positive	6	2	8
	Influence <i>a posteriori</i>	1	6	7
	Influence nulle	9	6	15
	NAP	--	2*	2
	Total	16	16	30
GROUPE 2	Influence positive	2	3	5
	Influence <i>a posteriori</i>	3	2	5
	Influence nulle	4	3	7
	NAP	--	1*	1
	Total	9	9	18
GROUPE 3-4	Influence positive	--	--	--
	Influence <i>a posteriori</i>	--	1	1
	Influence nulle	3	2	5
	Total	3	3	6

* Spécialistes ayant auparavant pratiqué en région en tant qu'omnipraticiens.

Compte tenu des modifications apportées dans le temps à ce type de mesures et afin d'évaluer le mieux possible leur incidence sur l'attraction, nous avons écarté de notre calcul tous les répondants de l'échantillon arrivés en région avant 1991 et après 1996.²⁹ Il en ressort que des vingt-trois répondants retenus du groupe 1 (12 omnis et 11 spécialistes) et des dix restants du groupe 2 (4 omnis et 6 spécialistes)³⁰, la proportion des influences positive et *a posteriori* est demeurée à peu près la même, soit respectivement à 52% (6 influencés positivement et 6 *a posteriori*) et à 60% (3 influencés positivement et 3 *a posteriori*).

Ce résultat, confirmant l'intérêt que représentent les incitatifs financiers pour davantage de répondants du groupe 2, incite à nous interroger sur son lien possible avec le fait que ces derniers ne soient finalement pas demeurés en région. En l'occurrence, du point de vue de l'influence positive, la décision d'y aller pourrait avoir été déterminée en bonne partie par le désir de tenter l'expérience pour un temps seulement, afin de rembourser les dettes et aussi pour éviter la rémunération à 70%.

Dans ce dernier cas, qui est clairement évoqué par deux des répondants influencés positivement, il y aurait eu une sorte d'effet repoussoir (consistant à aller en région pour ne pas subir les mauvaises conditions en ville) que transparaît moins dans les propos des répondants du groupe 1. L'extrait suivant est d'autant plus parlant à cet égard qu'une échéance est clairement fixée pour le retour :

« À l'époque, à Montréal, il y avait une rémunération à 70%. Bon, moi, je me suis dit lorsque je fais de [nom de la spécialité], je la fais à 100%, je ne la fais pas à 70%. Je donne toujours mon meilleur et puis d'être payé 70%, je trouvais ça honteux, scandaleux. [Donc ça joué dans ma décision d'aller en région], je me suis dit, bien tant qu'à pratiquer, là j'étais pris

²⁹ Voir Tableau 4.

³⁰ Excluant les trois spécialistes ayant auparavant pratiqué en région en tant qu'omnipraticiens.

pour 2 ans, donc j'avais un contrat pour 2 ans officiel, après ça on s'était dit qu'on resterait 2 ans de plus. » (Spec04, homme, groupe 2)

Établissant lui aussi une échéance, un troisième répondant positivement influencé admet avoir décidé d'aller en région parce qu'entre autres «c'était payant» :

« Il y avait plein de primes avantageuses, puis ici [à Montréal] il y avait plein de primes désavantageuses. Ça fait qu'on a décidé de partir un an. » (Spec05, homme, groupe 2)

En ce qui concerne la question du remboursement des dettes, elle est invoquée par les deux omnipraticiens influencés positivement en tant que motif justifiant leur intérêt pour la rémunération majorée. Ce qui nous renvoie d'ailleurs à la situation des omnipraticiens du groupe 1 qui, rappelons-le, ont eux aussi été positivement influencés pour des raisons apparemment identiques.

À propos de l'influence *a posteriori*, elle se manifeste dans les deux groupes au moyen d'arguments semblables. L'interprétation à donner de ce type d'influence dans le contexte du groupe 2 se présente en fait comme une hypothèse : les gens sont influencés par la perspective d'avantages financiers comme si le réflexe consistant à profiter le plus possible de ce qui est offert participait d'une démarche dans laquelle «l'expérience de la région» en est une, justement, que l'on tente pour un certain temps seulement, mais dans les meilleures conditions possibles. En somme, ces incitatifs, bien que ne jouant pas dans la décision de partir, interviennent dans la planification du séjour projeté en tant qu'élément parmi d'autres d'un confort matériel à assurer.

Finalement, les données pour les groupes 3 et 4 n'indiquent, quant à eux, qu'un seul cas d'influence. Il s'agit d'un répondant du groupe 4 qui ne s'est pas montré totalement désintéressé par la perspective d'une majoration de son revenu après avoir jonglé avec l'idée d'aller en région.

En résumé, les incitatifs financiers exercent chez les répondants du groupe 2 une influence comparable à celle dont témoignent les répondants du groupe 1. Ces derniers sont cependant un peu moins nombreux que les premiers, proportionnellement, à y trouver une condition de leur décision d'aller en région (influence positive) ou encore, un avantage associée à cette même décision (influence *a posteriori*). Ce résultat est interprété différemment suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre des influences.

6.1.3. L'identification et la hiérarchisation des facteurs d'attraction : le choix des régions éloignées

Les facteurs en cause dans l'attraction

Les facteurs d'ordre financier, considérés sous l'angle de l'influence positive de mesures telles que la rémunération majorée, sont ici reconsidérés en relation avec les autres facteurs au sein du groupe 2.

Tableau 35 Distribution des facteurs d'attraction (seuls ou avec d'autres) selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		I. Aucun	II. Un seul facteur				III. Plusieurs facteurs				Total
			Profes.	Contexte ou Person.	Finan.	Sous- total	Profes. <i>ET</i> Contexte ou Person.	Profes. ou Contexte <i>ET</i> Finan.	Profes. <i>ET</i> Contexte ou Person. <i>ET</i> Finan.	Sous- total	
GROUPE 1	Omnis	0	5	--	--	5	5	1	5	11	16
	Spéc.	4	4	1	1	6	5	--	1	6	16
	Total	4	9	1	1	11	10	1	6	17	32
GROUPE 2	Omnis	0	1	3	--	4	3	1	1	5	9
	Spéc.	2	1	3	--	4	--	2	1	3	9
	Total	2	2	6	--	8	3	3	2	8	18
GROUPES 3-4	Omnis	1	--	1	--	1	1	--	--	1	3
	Spéc.	1	1	--	--	1	1	--	--	1	3
	Total	2	1	1	--	2	2	--	--	2	6

À cet égard, le tableau 35 montre que le facteur financier n'est jamais cité seul, mais qu'il accompagne dans deux cas l'un et l'autre des facteurs professionnel et contextuel, et surtout, à trois reprises, l'un ou l'autre de ces mêmes facteurs.³¹ Ce dernier élément, nouveau par rapport aux données du groupe 1³², laisse présager, compte tenu des observations de la section précédente relatives au caractère plus affirmé de l'aspect financier («je suis allé en région parce que c'était payant»), non pas un poids plus important, mais un intérêt peut-être mieux ciblé ou moins dilué pour ce genre de facteur.

En ce qui concerne la place relative tenue par les autres facteurs (d'ordre professionnel, contextuel et personnel), dont on retrouvera la définition dans le chapitre 4, le tableau 37 indique que les répondants des groupes 1 et 2 tendent dans des proportions comparables à en invoquer plus d'un (17/32 vs. 8/18) pour justifier leur décision d'aller en région. Par contre, lorsqu'un seul facteur est mis en cause, les répondants du groupe 2, à l'inverse de leurs collègues du groupe 1 qui ne donnent pratiquement que des raisons d'ordre professionnel (n = 9), accordent davantage leur préférence à la dimension contextuelle ou personnelle, voire dans deux des six cas, à une combinaison des deux alliant «le goût de l'aventure» (facteur personnel) à celui du mode de vie en région proprement dit (facteur contextuel). L'une des deux répondantes, une omnipraticienne, le résume ainsi : «j'aime l'aventure et puis (...) j'avais le goût de vivre les régions». La seconde, une spécialiste, renchérit en acquiesçant à une question de l'interviewer :

« [Le fait de vous dire « je pars à l'aventure, j'aime les voyages, j'aime le dépaysement», ça rentrait quelque part dans vos motivations pour aller en région ?] Tout à fait, c'est ce que

³¹ Pour un total de 5, soit le nombre de répondants ayant été influencés positivement.

³² Rappelons que six fois sur huit dans ce groupe, le facteur financier est associé à au moins deux autres (dernière colonne), ce qui indique la place très relative qu'il semble occuper.

j'essayais de dire. Quand j'étais plus jeune, j'ai voyagé pas mal, alors ça faisait partie de ça, l'espèce d'aventure aussi, de découvrir un nouveau milieu. (...) Il y avait vraiment l'envie d'aller vivre en région. » (Spec07, femme, groupe 2)

L'«envie d'aller vivre en région» est également exprimée par les autres répondants, moins par goût de l'aventure ou de la découverte que parce que l'on connaît déjà et que l'on apprécie certaines des caractéristiques du milieu de vie.

Ces données apportent un éclairage particulier en ce qu'elles font entrevoir des motivations personnelles, telles que le «goût de l'aventure» et, plus généralement, l'ouverture à l'expérience des régions, comme facteur non négligeable de l'attraction parmi les répondants du groupe 2. Si ce facteur d'ordre personnel ressort également des données du groupe 1, il n'en cède pas moins sa place à des motifs pour la plupart strictement professionnels (le type de pratique, la diversité, etc.) ou associés, dans nombre de cas, à des caractéristiques précises du milieu de vie (l'environnement, la qualité des relations sociales, etc.).

De fait, nous avons vu pour le groupe 1 que les facteurs d'ordre professionnel étaient mis en cause, seul ou en relation avec d'autres, par vingt-six des trente-deux répondants, et que les facteurs d'ordre contextuel l'étaient par dix-sept. Parmi ces derniers, seulement six (sur 32) ont invoqué des motifs personnels pour décider d'aller en région, tandis que dans le groupe 2, ils sont sept (sur 18) à l'avoir fait, soit plus du tiers, dont cinq omnipraticiens et deux spécialistes. Au total, la proportion des répondants ayant invoqué des motifs professionnels est moindre que chez ceux du groupe 1 (10/18 vs. 26/32), mais elle est plus élevée pour ce qui est des facteurs contextuels ou personnels (12/18 vs. 17/32). Notons que dans le groupe 2 les facteurs uniquement contextuels relatifs à l'appréciation des caractéristiques du milieu sont le fait de deux omnipraticiens et de trois spécialistes. Parmi eux, trois sont originaires de petits milieux (1 de région éloignée et 2 de régions intermédiaires).

Par ailleurs, le tableau 35 montre que pour deux répondants du groupe 2, aucun facteur ne serait en cause à ce stade de l'attraction. Il s'agit ici aussi de spécialistes : l'un a accepté d'aller en région dans le cadre d'un contrat (soit en échange de son admission dans sa spécialité) ; l'autre, dans le contexte particulier du choix d'un lieu de pratique pour des raisons familiales (stade de l'installation). Aucune autre raison n'est donnée relativement au type de pratique en général ou aux caractéristiques du milieu de vie régional dans son ensemble.

L'absence de facteurs en cause au niveau de l'attraction représente, sans surprise, le tiers des répondants des groupes 3 et 4. Une omnipratricienne du groupe 3 et un spécialiste du groupe 4 ne témoignent en effet d'aucune sorte d'attirance pour le milieu de vie en région éloignée, ni pour le type de pratique. Pour eux la région en général, indépendamment de lieux de pratiques spécifiques, aura au mieux été considérée comme une alternative possible. Dans le cas du spécialiste, une pratique en région intermédiaire était en fait le premier choix, mais de bonnes conditions de pratique en milieu universitaire auront finalement permis d'en décider autrement. Pour l'omnipratricienne, des considérations d'ordre professionnelles peuvent avoir joué, mais elles relèvent davantage de l'installation dans la mesure où il s'agissait de sa localité d'origine : la qualité de l'équipe de travail a bien failli jouer dans la balance. Ce qui a finalement décidé de son choix pour une pratique en milieu universitaire est l'impossibilité pour son conjoint d'exercer son métier en région, les habitudes de vie prises en ville et un type de pratique répondant mieux à ses attentes.

Les deux autres répondants du groupe 3 ont, quant à eux, invoqué comme motifs majeurs de leur intention d'aller en région éloignée, à la fois les caractéristiques de la pratique en région

(autonomie pour l'une et 2^{ème} ligne pour l'autre) et le fait qu'ils étaient des gens de région et non de ville. Dans ces deux cas également, l'employabilité du conjoint en région s'est posée comme obstacle majeur à la décision et ont conduit à y renoncer.

Enfin, un omnipratricien et un spécialiste du groupe 4 ont exclusivement invoqué, pour l'un, des raisons personnelles («plus par défi et par expérience personnelle, pas d'enfant et tout ça en terminant la résidence, ça aurait été le moment d'aller essayer quelque chose») et, pour le second, des motifs professionnels («c'était attirant d'aller en région parce que tout n'est pas structuré comme en ville et qu'on a une marge de manœuvre»). Dans le premier cas, encore une fois le manque de perspectives d'emploi pour le conjoint à l'époque, mais aussi la possibilité de faire en ville «une pratique répondant aux attentes et posant suffisamment de défi pour qu'il ne soit nécessaire d'aller en chercher encore plus ailleurs» ont mis fin à toute velléité d'aller en région. Dans le second, c'est l'incertitude quant à la possibilité de revenir en ville et de trouver une place dans le réseau qui semble avoir été la seule raison de l'abandon du projet.

En résumé, pour plus du tiers des répondants, dont une majorité d'omnipratriciens, des facteurs d'ordre personnel paraissent influencer sur la décision d'aller en région dans un sens (le goût de l'aventure, du voyage ou des expériences nouvelles) qui laisse présager un séjour d'une durée plus ou moins déterminée mais de toute façon temporaire. Au total, les facteurs d'ordre personnel ou contextuel tiennent dans le groupe 2 une place un peu plus importante que celle des facteurs d'ordre professionnel (12 vs. 10), ce qui constitue une différence notable par rapport au groupe 1 où l'inverse est observé mais avec un écart plus grand (17 vs. 26).

Un facteur professionnel moins influent

Le tableau 36 reprend, encore une fois pour tous les groupes de l'échantillon, les données du tableau précédent relatives à la combinaison de plusieurs facteurs. Il permet de les hiérarchiser à partir de l'ordre établi par les répondants eux-mêmes.

Tableau 36 Hiérarchisation des facteurs d'attraction selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		1) Profes. 2) Contexte ou Person.	1) Profes. 2) Finan.	1) Profes. 2) Contexte ou Person. 3) Finan.	Sous- Total	1) Contexte ou Person. 2) Profes.	1) Contexte et Person. 2) Finan.	1) Contexte ou Person. 2) Profes. 3) Finan.	Sous- Total	Total
GROUPE 1	Omnis	4	1	4	9	1	--	1	2	11
	Spéc.	4	--	--	4	1	--	1	2	6
	Total	8	1	4	13	2	--	2	4	17
GROUPE 2	Omnis	1	1	1	3	2	--	--	2	5
	Spéc.	--	1	--	1	--	1	1	2	3
	Total	1	2	1	4	2	1	1	4	9
GROUPES 3-4	Omnis	--	--	--	--	1	--	--	1	1
	Spéc.	--	--	--	--	1	--	--	1	1
	Total	--	--	--	--	2	--	--	2	2

Une première observation fait état, dans le groupe 2, de la primauté relative des facteurs d'ordre professionnel, d'une part, et contextuel ou personnel, d'autre part. Ce qui contraste, bien évidemment, avec la primauté quasi absolue du facteur professionnel dans le groupe 1. Si l'on prend en compte les six répondants qui, dans le groupe 2, tiennent le facteur contextuel ou personnel pour seul responsable de leur décision d'aller en région, ainsi que les neuf qui, dans le groupe 1, font de même avec le facteur professionnel, le profil se modifie encore davantage.

Ainsi, au total pour le groupe 2, le facteur contextuel ou personnel est évoqué seul ou au premier rang par dix répondants (autant omnipraticiens que spécialistes) et le facteur professionnel, par six autres (dont 4 omnipraticiens). Ce résultat tend à confirmer la prépondérance de motifs d'ordre personnel ou contextuel chez des médecins dont le séjour en région n'aura finalement jamais perduré au delà de huit ans. Il convient d'ailleurs de souligner à cet effet que des six répondants pour qui le facteur professionnel a constitué le premier déterminant de leur décision, cinq y ont vu une occasion de poursuivre leur apprentissage ou de faire momentanément l'expérience d'une pratique dont ils ne pourraient que tirer avantage au retour. Deux d'entre eux ont en outre invoqué des motifs d'ordre personnel (le «goût de partir, d'aller pratiquer ailleurs» ou l'envie de faire sa part en région pour un temps).

Quant aux répondants pour qui le facteur personnel ou contextuel a prédominé dans leur décision d'aller en région, certains qui en sont originaires ou y ont vécu disent avoir voulu retrouvé une qualité de vie qu'ils associent à l'atmosphère de la campagne ou des petits milieux ; d'autres affirment avoir eu besoin de s'affranchir de certaines attaches familiales ou, littéralement, de prendre le large (tel ce spécialiste qui a donné pour premier motif de son départ en région la possibilité de faire de la voile), ou encore, tout simplement, de «vivre d'autre chose» avec le conjoint. Le facteur professionnel, lorsque placé au second rang (3 cas), ne constitue en fait qu'un complément à la réalisation de ces besoins ; il n'est qu'un élément de ce que l'on veut aller chercher en région, certainement pas l'aspect qui se démarque comme étant le plus intéressant. À noter que cette logique est aussi celle que démontrent les deux répondants du groupe 3 (voir tableau), dont nous avons vu dans la section précédente qu'ils se définissaient comme des gens de région et non de ville.

Si la qualité de vie et les facteurs contextuels en général ont une telle importance pour nombre de répondants du groupe 2, alors comment concevoir qu'ils ne soient finalement pas demeuré en région ? La réponse réside peut-être en partie dans le caractère somme toute éphémère du projet consistant à vouloir «vivre autre chose». Mais elle n'est pas la seule possible si l'on considère les quelques individus qui, au départ, avait envisagé de s'établir en région (voir 6.1.1.1.B.).

Peut-être que, de façon générale, le peu d'importance accordé au facteur professionnel par les dix répondants concernés, voire même son exclusion totale chez six d'entre eux des facteurs en cause dans la décision d'aller en région, aura-t-il fini par avoir un effet sur leur capacité à se maintenir en place. Cette hypothèse s'appuie notamment sur les résultats d'analyse du groupe 1 qui ont démontré la satisfaction généralement éprouvée à l'égard du type de pratique en région et surtout, la généreuse part d'investissement qui lui est consacrée. On peut donc penser qu'en l'absence d'un tel «attachement» pour la pratique, que ne sont certes pas en mesure de favoriser des conditions de charge de travail trop lourdes par exemple, le projet de «vivre autre chose» en région et surtout, de s'y maintenir, risque de ne pouvoir tenir le coup.

6.2. L'installation

6.2.1. Les conditions générales : les circonstances et modalités du choix

L'occasion de choisir

Les trois types de circonstances ou d'occasions de choisir un lieu de pratique qui ont été identifiés pour le groupe 1 valent également pour le groupe 2. Ce sont, rappelons-le, les stages post doctoraux réalisés dans les lieux de pratique finalement choisis, les liens personnels et familiaux existants dans ces mêmes localités, et les contacts officiels auprès d'agents responsables du recrutement.

1) Les *stages post doctoraux* réalisés dans les localités choisies :

Dans le groupe 1, le stage en résidence aura été l'occasion première, pour sept omnipraticiens et un spécialiste, de les amener à choisir leur lieu de pratique ou, dans un cas, de confirmer une décision déjà prise lors d'un stage pré doctoral réalisé au même endroit (*influence a posteriori*).

Dans le groupe 2, l'influence d'une telle exposition au cours de la résidence s'est avérée positive pour seulement deux omnipraticiens. L'un d'eux en donne, entre autres raisons, les médecins rencontrés sur place avec qui il a eu des affinités. L'autre est à cet égard moins enthousiaste, mais n'en souligne pas moins le rôle joué par son stage de résidence dans le choix de son lieu de pratique :

« C'est là que je suis allé faire mon stage, et que j'ai rencontré des gens avec qui j'ai eu des affinités. (...) [Et aussi le type de pratique], j'ai vu que c'était quelque chose qui m'intéressait énormément. Et puis oui, il y avait des besoins là. (...) [Alors], j'ai choisi cette région-là, j'ai choisi cet hôpital-là et les gens qu'il y avait là. » (Omni05, homme, groupe2)

« Je ne suis pas tombée en amour nécessairement avec les gens là-bas. (...) Mais d'avoir fait mon stage là, moi, ça me convenait comme point de départ. (...) Le fait d'aller là-bas, ça faisait comme une continuité, une espèce de sécurité. Je savais où je m'en allais. » (Omni07, femme, groupe 2)

La différence de ton entre les deux extraits est instructive en ce que le second, en particulier, révèle une attitude ou un état d'esprit que l'on ne retrouve pas dans le groupe 1. L'occasion du stage, en ce dernier cas, sert moins à conditionner le choix du lieu (en créant des liens avec les membres d'une équipe de travail par exemple) qu'à la voir comme un «point de départ» permettant d'assurer la transition entre un lieu de formation et un lieu de pratique.

On trouve par ailleurs dans le groupe 2 un seul cas de stage pré doctoral ayant influencé positivement la décision d'installation dans la localité où il a eu lieu. Un stage de résidence réalisé dans la même région, mais dans une autre localité, par un omnipraticien y ayant par ailleurs conservé des liens de parenté (voir ci-dessous)³³, ne lui aura pas laissé une impression aussi favorable que la première expérience. C'est donc celle-ci, en définitive, qui déterminera le choix final. Ce cas de figure diffère quelque peu de ses équivalents du groupe 1 en ce qu'il

³³ Il s'agit d'un cas originaire de «régions multiples», en l'occurrence un répondant né dans la région, mais l'ayant quitté assez tôt avec ses parents pour venir vivre en ville. La présence de parenté dans la région l'a amené à y choisir son lieu de stage.

introduit la question du choix d'un lieu de pratique comme résultat d'une comparaison entre au moins deux endroits de stage au sein de la même région.

2) *Les liens personnels ou familiaux :*

Parmi les répondants du groupe 1, ce sont surtout des spécialistes (10 vs. 4 omnipraticiens) qui ont été amenés à choisir leur lieu de pratique en tout premier lieu grâce à des amis ou à la présence de membres de leur famille ou de celle du conjoint.

Dans le groupe 2, un total de six répondants, autant omnipraticiens que spécialistes, ont fait leur choix en passant d'abord par les mêmes intermédiaires. À l'exception du cas cité plus haut (premier type de circonstance), dont la présence de membres de la famille élargie dans la région l'a amené à la choisir comme lieu de stage pré doctoral, aucun autre n'a pu compter sur un réseau familial - le sien où celui du conjoint (dont aucun n'était originaire de la région choisie), ni donc en être influencé au moment de la décision d'installation. En fait, la seule dimension familiale qui ait joué a trait à la présence sur place du conjoint. Trois répondants en effet, dont une omnipraticienne originaire d'une autre région éloignée et deux spécialistes³⁴ issus de milieux urbains, ont choisi leur lieu de pratique parce que leur conjoint (dont un médecin) y était déjà en poste et qu'elles souhaitaient l'y rejoindre.

Quant aux trois autres répondants, leur choix a d'abord été guidé par des amis ou des connaissances qui, dans tous les cas, se trouvaient déjà sur place.

3) *Les contacts officiels :*

Ces contacts, rappelons-le, sont initiés par des agents locaux (DSP et autres responsables du recrutement dans les régions concernées) ou par les répondants eux-mêmes auprès de ces agents (en centres universitaires ou en régions). Pour les répondants ici concernés des deux groupes, ils ont représenté l'unique moyen de faire leur choix de lieu de pratique. En comparaison du groupe 1, ceux du groupe 2 sont proportionnellement plus nombreux. En effet, la moitié d'entre eux, soit neuf (dont six spécialistes), y ont eu recours, contre moins du tiers chez ceux du groupe 1. Tous, sauf un spécialiste, étaient boursiers ou avaient un contrat de pratique en région.

En résumé, bien que les circonstances du choix procèdent des mêmes trois types pour chacun des groupes, deux observations nous paraissent intéressantes à relever. La première concerne le rôle joué par les stages post doctoraux pour le quart des répondants du groupe 1 (sans compter chez d'autres, l'influence relative de stages pré doctoraux) : non seulement ont-ils exercé une influence positive sur le choix de leur lieu de pratique, ils ont également favorisé un début d'insertion réussie dans le milieu, voire même une appropriation enthousiaste de certaines de ses caractéristiques ; ce qui semble moins le cas parmi les répondants du groupe 2 qui sont de toute façon très peu nombreux en comparaison.

La seconde observation touche aux deux autres types de circonstances. Il apparaît en effet que le nombre de répondants du groupe 2 ayant eu recours aux contacts officiels soit de proportion comparable à ceux qui sont d'abord passés par des contacts personnels ou familiaux dans le

³⁴ Pour référence, rappelons ici que dans le groupe 1, ce sont surtout les spécialistes qui passent par des liens familiaux pour choisir leur lieu de pratique (et bien souvent, pour faire le choix de la région comme milieu de vie et de pratique en général).

groupe 1 (9/18 vs. 14/32). Dans ce dernier cas, les circonstances du choix sont largement à teneur affective ou informelle (retourner dans sa région d'origine ou celle du conjoint de l'époque, retrouver des membres de la famille ou des amis qui s'y sont installés eux-aussi), ce qui dès le départ contribue en principe à créer des conditions d'insertion favorables, alors que dans le groupe 2, elles ont un caractère généralement plus formel : on va en région parce qu'on a envie d'en faire l'expérience ou de retrouver une ambiance que l'on connaît déjà (celle des petits milieux en général), mais le choix du lieu particulier dépendra surtout de la capacité des responsables du recrutement à en démontrer l'intérêt.

L'intérêt des lieux

Comme nous l'avons vu dans l'analyse du groupe 1, le choix d'un lieu de pratique dépend pour beaucoup de ce qu'il a à offrir. Il y a la manière d'offrir (**l'accueil préparatoire**), il y a le contenu de ce qui est offert (les **avantages** de la région) et il y a certaines conditions qui accompagnent l'offre d'installation proprement dite (**l'insertion du conjoint**, le logement, etc.).

A. L'accueil préparatoire

L'accueil préparatoire à l'installation participe des efforts consacrés au recrutement et il est donc implicite au démarchage des candidats ou à leur sollicitation par les instances concernées. Par contre, il survient dans l'après-coup lorsque le choix a d'abord été induit par des amis ou membres de la famille.

Quel que soit le cas de figure, les tout premiers contacts et, plus encore, les visites organisées dans ce cadre ont laissé une impression marquante à nombre de répondants. Il n'y a pas à cet égard de grandes différences entre les groupes 1 et 2, sinon que ceux du groupe 2 ont été un peu plus nombreux à ne pouvoir compter que sur ce type d'accueil (et moins sur celui d'un réseau personnel ou familial). Plusieurs notent, dans les deux groupes, que le vrai déclic dans la décision s'est produit dans de telles circonstances, à la faveur principalement de rapports jugés chaleureux avec les agents concernés. Un spécialiste du groupe 2 résume parfaitement à cet égard ce que d'autres affirment ou laissent entendre dans les deux groupes :

« On avait déjà une idée d'aller en région et puis le choix de la région, c'est le DG qui a fait la différence. Il nous a bien vendu son patelin. C'était quelqu'un qui aime les gens et donc ça a cliqué. » (Spec04, homme, groupe 2)

D'autres laissent entendre avoir été moins impressionnés par le caractère organisé de l'accueil proprement dit que par les contacts informels établis sur place avec les collègues médecins et autres membres du personnel de la santé.

B. Les avantages

Quel que soit le groupe de l'échantillon, les régions ou localités choisies ont été, dans bien des cas, comparées à d'autres en termes de leurs avantages respectifs. Nombreux sont ceux, cependant, qui ne cherchent pas à comparer; ils s'en tiennent plutôt à ce qu'ils connaissent déjà – notamment grâce aux stages post doctoraux (surtout parmi les répondants du groupe 1), ou à l'impression que leur ont laissée les premiers contacts.

Les avantages sont surtout évalués dans les deux groupes par rapports aux conditions de la pratique, notamment la *promesse d'un soutien apporté par les autres* (compte tenu des effectifs en place) et la *possibilité de pratiquer suivant ses attentes ou de rencontrer des défis*. Ce dernier aspect ressort de manière relativement distincte chez plusieurs omnipraticiens du groupe 2 qui, outre la diversité attendue, disent avoir été séduits dans au moins trois cas par la qualité professionnelle des médecins en place ou par le sentiment de partager une même vision de la médecine, et donc, par la possibilité de faire avec eux des choses intéressantes. Quant aux spécialistes, deux d'entre eux, à l'instar de quelques uns de leurs collègues du groupe 1, disent avoir été attirés par le défi professionnel que représentaient leurs nouvelles fonctions. En règle générale, parmi les conditions qui reviennent le plus souvent chez les répondants du groupe 2 se trouvent un nombre suffisant de médecins, la qualité des relations au sein de l'équipe de travail et un accès aisé aux ressources spécialisées ou à de l'équipement.

Les conditions du choix se rapportent par ailleurs, dans les deux groupes, aux caractéristiques du milieu de vie, ainsi qu'à des considérations telles que l'accès à un minimum de services, la proximité relative des grands centres (aéroports) et la taille de la communauté.

C. L'insertion professionnelle du conjoint

Le choix d'un lieu de pratique a été facilité chez plusieurs répondants des deux groupes par les conditions d'insertion professionnelles qui étaient proposées au conjoint. Pour certains (deux dans le groupe 1, et trois dans le groupe 2 – tous des spécialistes sauf un), elles étaient même déjà assurées avant la décision d'installation.

Six des conjoints du groupe 1 avaient un poste de médecin en arrivant, et onze avaient un emploi assuré ou probable dans les domaines de la santé et des services sociaux (nursing, travail social), de l'éducation et de l'ingénierie (au total, 17 sur 23). En ce qui concerne le groupe 2, six avaient un poste de médecin, et cinq avaient un emploi assuré (dont un qui ne dépendait pas des ressources de la région) dans des domaines divers (au total, 11 sur 16). Dans les deux groupes, la plupart des conjoints sans perspective d'emploi n'en étaient pas affectés au moment de prendre la décision, certains d'entre eux ayant même choisi de s'occuper des enfants.

6.2.2. L'influence des mesures gouvernementales : des incitatifs locaux

Les bourses d'études et de formation spécialisée

Le tableau 37 montre que l'influence des bourses d'étude à ce stade de l'installation ne joue guère plus pour le groupe 2 que pour le groupe 1, sauf en ce qui a trait à l'influence nulle, dont on sait que les huit répondants concernés ont été influencés positivement ou *a posteriori* au stade précédent de l'attraction, et qui est ici un peu plus marquée que dans le groupe 1 (8 sur 9 ayant obtenu des bourses vs. 8 sur 11 pour le groupe 1). C'est cependant moins un tel écart qui attire l'attention, selon nous, que le résultat global indiquant que les bourses d'études en médecine ne sont appelées à véritablement jouer leur rôle qu'au stade de l'attraction.

Tableau 37 Influence des bourses d'études en médecine selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		Omnis	Spéc.	Total
GROUPE 1	Influence positive	--	--	--
	Influence <i>a posteriori</i>	3	--	3
	Influence nulle	5	3	8
	Aucune bourse	8	11	19
	NAP	--	2*	2
	Total	16	16	30
GROUPE 2	Influence positive	--	--	--
	Influence <i>a posteriori</i>	1	--	1
	Influence nulle	5	3	8
	Aucune bourse	3	5	8
	NAP	--	1*	1
	Total	9	9	18

En ce qui concerne le cas d'influence *a posteriori* du groupe 2, il est à l'image de ses trois exemples pour le groupe 1. La bourse a également été prise ici après qu'ait été choisi le lieu de pratique, en ce cas une bourse d'un an pour la dernière année de résidence :

« J'ai bénéficié d'un an, ça été à ma dernière année de résidence où là mon conjoint était déjà sur place, puis c'était clair, là. (...) C'était un engagement d'un an, puis j'étais certaine de faire au moins un an. » (Omni06, femme, groupe 2)

Ce cas d'influence illustre une fois de plus l'intérêt de pareille mesure pour soutenir une décision déjà prise d'aller en région. Par rapport au stade de l'attraction, un tel soutien apparaît davantage comme une sorte de préparation à une installation imminente dont on sait par ailleurs qu'elle aura des chances de perdurer.

Les bourses régionales de formation spécialisée semblent fonctionner suivant une logique comparable dans la plupart des cas.³⁵ À l'exception du groupe 1 où l'on a vu qu'elles pouvaient exercer une influence positive, les autres exemples incluant les quatre cas d'influence *a posteriori* du groupe 2 (tableau 38), indiquent en effet que le choix du lieu de pratique est généralement acquis lorsque la bourse est accordée.

³⁵ Elle est même identique dans le cas d'une spécialiste du groupe 1 ayant bénéficié de cette bourse la dernière année de sa résidence, sachant qu'elle viendrait rejoindre son conjoint (voir chapitre 5).

Tableau 38 Influence des bourses régionales selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		Spécialistes
GROUPE 1	Influence positive	2
	Influence <i>a posteriori</i>	5
	Aucune bourse	9
	Total	16
GROUPE 2	Influence positive	--
	Influence <i>a posteriori</i>	4
	Aucune bourse	5
	Total	9

En ce qui concerne ceux qui n'ont pas bénéficié de telles bourses, deux ont pris leur décision d'installation après avoir complété leur résidence et un autre s'était déjà engagé par contrat avant sa résidence en échange d'une place en spécialité. Les deux autres mentionnent ne pas avoir fait de démarches en ce sens.

La rémunération et les primes

Le tableau 39 permet ici aussi d'établir la comparaison entre les groupes 1 et 2, cette fois du point de vue de l'influence de certains incitatifs sur l'installation.

Tableau 39 Influence de la rémunération et des primes selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		Omnis	Spéc.	Total
GROUPE 1	Influence positive	1	--	1
	Influence <i>a posteriori</i>	--	9	9
	Influence nulle	15	5	20
	NAP	--	2*	2
	Total	16	16	32
GROUPE 2	Influence positive	--	3	3
	Influence <i>a posteriori</i>	1	1	2
	Influence nulle	8	4	12
	NAP	--	1*	1
	Total	9	9	18

Un constat global s'impose : à l'instar du groupe 1, bien qu'en moindre proportion, les spécialistes du groupe 2 demeurent plus nombreux que les omnipraticiens (4 vs. 1 et 9 vs. 1) à avoir été influencés positivement ou *a posteriori*, mais à l'inverse de leurs collègues du groupe 1, ils le sont davantage positivement. Deux remarques en découlent. En premier lieu, le fait que plus de spécialistes dans les deux groupes soient influencés dans un sens ou dans l'autre et, qu'en contrepartie, plus d'omnipraticiens ne le soient aucunement, tend à confirmer le caractère plus attrayant de ces mesures pour les premiers. Par contre, et c'est l'objet de notre seconde remarque, dans le groupe 2 ce caractère attrayant des mesures s'exprime à travers l'influence

positive qu'elles exercent sur les répondants concernés, et non au moyen d'une influence *a posteriori*.

Ce résultat pourrait en partie s'expliquer par le fait que l'on retrouve moins de spécialistes dans le groupe 2 dont le choix d'un lieu de pratique coïncide avec la décision d'aller vivre en région et qui, de ce fait, ne sont en position d'évaluer les mesures que dans l'après-coup d'une décision d'installation prise pour de toutes autres raisons (voir chapitre 5). Or, des deux seuls répondants qui correspondent à ce profil, aucun ne dit avoir été influencé de quelque façon par quelque mesure que ce soit, car n'y accordant aucune importance. En règle générale, n'ayant pas de motifs personnels ou familiaux de s'installer autres que leurs motivations propres, les spécialistes du groupe 2 se retrouveraient donc plus que ceux du groupe 1 en situation de poser comme condition de leur installation le bénéfice de certains avantages financiers. L'extrait suivant illustre un tel exemple d'influence positive :

« Lorsqu'on parle de ces primes-là, oui, c'est une aide à l'installation, c'est un peu comme ça moi que je le vois. Je m'étais fait dire par un fonctionnaire de la Régie Régionale, que c'était comme un cadeau qu'on nous faisait. Non, non, c'est pas un cadeau, j'ai dit, c'est une aide à l'installation. (...) [S'il n'y avait pas eu cette aide-là], ça m'aurait coûté, [je me serais dit] bien pourquoi pas rester ici à 70-80%. Ça aurait pu remettre en question ma décision (...) Je ne me serais pas appauvri pour aller quelque part. » (Spec04, homme, gr. 2)

Les primes sont clairement perçues comme un appoint nécessaire pour qui prend la peine d'aller s'installer «quelque part». Elles s'ajoutent aux autres avantages de rémunération et participent ainsi de l'évaluation globale des mesures, mais elles s'en distinguent néanmoins en ce qu'elles servent à reconnaître un moment charnière de la décision d'aller vivre en région.

En résumé, la différence d'appréciation de l'influence des incitatifs chez les spécialistes des groupes 1 et 2, paraît mettre en lumière deux réalités différentes. Pour les spécialistes du groupe 1, les mesures ne sont jugées intéressantes que dans l'après coup seulement d'une décision d'installation qui coïncide avec celle de vivre en région. Pour ceux du groupe 2, la rémunération majorée exerce une influence d'autant plus positive que le pas à franchir ne trouve aucune justification en dehors de motivations personnelles associées à l'envie de tenter l'expérience des régions.

6.2.3. L'identification et la hiérarchisation des facteurs d'installation : décider d'un lieu de pratique

Les facteurs en cause de l'installation

Par rapport au stade de l'attraction, le facteur financier demeure relativement important au sein du groupe 2 (3 vs. 5 répondants). Par ailleurs, du point de vue de la décision d'installation, il intervient uniquement chez des spécialistes, comme nous venons de le voir.

Le tableau 40 montre que ce facteur financier accompagne dans tous les cas des facteurs d'ordre professionnel ou contextuel. Ces deux derniers facteurs sont l'un et l'autre responsables de la décision d'installation de neuf répondants dont seulement trois spécialistes, lesquels sont, à l'inverse, proportionnellement plus nombreux dans le groupe 1 que les omnipraticiens. Lorsque seul en cause, chacun de ces facteurs compte par ailleurs un nombre équivalent de répondants dans chacun des groupes. Au total, les groupes 1 et 2 produisent des données similaires lorsqu'est pris en compte un seul facteur (le tiers des répondants : 10/32 vs. 6/18) ou la combinaison de plusieurs (les deux tiers).

Tableau 40 Distribution des facteurs d'installation selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		I. Un seul facteur			II. Plusieurs facteurs			
		Profession	Contexte	Sous-total	Profession <i>ET</i> Contexte	Profession ou Contexte <i>ET</i> Finance	Sous-total	Total
GROUPE 1	Omnis	3	4	7	8	1	9	16
	Spéc.	2	1	3	13	--	13	16
	Total	5	5	10	21	1	22	32
GROUPE 2	Omnis	2	1	3	6	--	6	9
	Spéc.	1	2	3	3	3	6	9
	Total	3	3	6	9	3	12	18

En ce qui concerne le sens particulier de ces facteurs dans le contexte de l'installation, ils ne varient guère d'un groupe à l'autre selon qu'ils sont seuls en cause ou non.

Les motifs d'ordre professionnels se réfèrent généralement au dynamisme de l'équipe médicale et à son potentiel de soutien, ainsi qu'à la disponibilité générale des ressources spécialisées. De la manière dont elle est présentée, la notion de dynamisme de l'équipe fait davantage ressortir, notamment auprès de quelques omnipraticiens du groupe 2, l'importance de la qualité professionnelle ou intellectuelle de ses membres :

« Il y avait deux médecins entre autres, qui étaient nos responsables de stage [à l'externat], qui nous avaient beaucoup marqués, puis c'est ça qui nous a poussés à revenir dans ce coin-là. Deux belles personnalités de médecins. Quasiment des *role models*, des modèles de pratique. » (Omni03, homme, groupe 3)

« C'est là que je suis allé faire mon stage et que j'ai rencontré des gens avec qui j'ai eu des affinités. (...) Ça a cliqué si je puis dire. (...) Puis c'est un peu ce qui m'a attiré. Il y avait des

médecins qui étaient là qui étaient d'une qualité exceptionnelle. (...) Je ne m'en allais pas dans un endroit perdu où t'as une gang de monde qui sont là, puis que ça fait je ne sais pas combien de temps qu'ils ne sont pas allés en congrès. Non, il y avait des gens brillants. C'était stimulant au point de vue intellectuel. J'allais rejoindre des gens pour lesquels j'avais de la considération au point de vue intellectuel. » (Omni05, homme, groupe 2)

Par ailleurs, deux spécialistes du groupe 2, à l'instar de plusieurs du groupe 1, disent avoir été attirés par le défi professionnel que représentaient dans les milieux considérés les perspectives de développement de leur spécialité respective.

En ce qui concerne les motifs d'ordre contextuel, ils relèvent pour leur part dans les deux groupes de critères spécifiques à la région ou localité concernée (taille de la communauté, accès à des services de base, aéroports, cadre physique et milieu de vie), ainsi que de considérations à caractère plus personnel ou familial (occasion d'emploi pour le conjoint, rapprochement avec la famille, etc.). Dans le groupe 2, ce dernier critère comporte ses spécificités : le rapprochement avec les membres de la famille élargie (un cas), la possibilité de rejoindre des proches (conjoint déjà sur place dans trois cas, une amie dans un cas) et la prise en compte d'un certain imaginaire de son rapport à la région (tel le fait d'y avoir passé les premières années de l'enfance, mais sans plus aucun liens familiaux aujourd'hui). Dans le groupe 2, spécialistes et omnipraticiens se réfèrent en nombre équivalent aux deux types de critères ; dans le groupe 1, on l'a vu, les spécialistes semblent privilégier davantage le critère personnel ou familial.

Au total, le facteur professionnel est invoqué, seul ou en relation avec un autre, par vingt-sept répondants du groupe 1 et quatorze du groupe 2 (soit sensiblement le même nombre qu'à l'étape de l'attraction dans les deux cas). Le nombre de ceux pour qui le facteur contextuel est intervenu dans leur décision est quant à lui de vingt-six dans le groupe 1 et de quinze pour le groupe 2, soit pratiquement autant dans les deux cas que pour le facteur professionnel, mais neuf de plus qu'à l'étape de l'attraction pour le groupe 1, et seulement trois pour le groupe 2. Pour les répondants du groupe 1, les critères du choix liés au contexte semblent donc avoir pris plus d'importance par rapport au stade de l'attraction que cela n'a été le cas pour ceux du groupe 2 qui, eux, lui en ont accordé autant. Certains parmi ces derniers n'auront fait que compléter le sens relativement abstrait du critère personnel au niveau de l'attraction (de l'ordre des motivations ou prédispositions personnelles) par un autre plus concret ou fournissant le prétexte recherché dans la perspective d'une installation (rejoindre un conjoint). On en donnera pour exemple une spécialiste qui dit avoir eu envie d'aller en région pour le dépaysement et le goût de l'aventure, mais dont le choix d'un lieu de pratique aura finalement été déterminé par la présence sur place du conjoint.

La priorité de l'installation : un bon milieu de vie et de pratique

La hiérarchisation comparée des facteurs selon les combinaisons fournies par les vingt-deux et douze répondants des groupes 1 et 2 respectivement (volet II du tableau 40) apparaît dans le tableau 41.

Tableau 41 Hiérarchisation des facteurs d'installation selon les groupes de l'échantillon et le domaine de spécialisation

		1) Profes. 2) Contexte	1) Profes. 2) Finan.	1) Profes. 2) Finan. 3) Contexte	Sous- Total	1) Contexte 2) Profes.	1) Contexte 2) Finan.	1) Contexte 2) Finan. 3) Profes.	Sous- Total	Total
GROUPE 1	Omnis	8	1	--	9	--	--	--	--	9
	Spéc.	9	--	--	9	4	--	--	4	13
	Total	17	1	--	18	2			4	22
GROUPE 2	Omnis	2	--	--	2	4	--	--	3	6
	Spéc.	1	--	1	2	2	1	1	4	6
	Total	3	--	1	4	6	1	1	8	12

Les données pour le groupe 2, en association avec celles du volet I du précédent tableau, montre un pattern fort différent de celui qui se dégage du groupe 1. En effet, ce sont les facteurs contextuels qui ont ici préséance venant seuls ou au premier rang chez onze répondants (sur 18), alors que dans le groupe 1, ils ne sont au total que neuf (sur 32) à le tenir pour prépondérant (seul ou au premier rang). Parmi ces onze répondants du groupe 2 qui invoquent avant tout le facteur contextuel pour justifier leur décision d'installation, cinq s'en remettent à des motifs d'ordre personnel ou familial et six, à des caractéristiques spécifiques du milieu de vie.

Ce résultat confirme par ailleurs celui relatif à la prépondérance des facteurs d'*attraction* d'ordre contextuel ou personnel chez les répondants du groupe 2. En effet, tous ceux qui se sont installés pour des motifs qui relèvent avant tout de leur intérêt pour des aspects particuliers du milieu de vie, avaient manifesté au niveau de l'attraction une attirance de premier ordre pour les milieux régionaux en général («avoir envie de vivre les régions»). Par ailleurs, trois des cinq répondants ayant décidé de s'installer pour des motifs personnels ou familiaux avaient d'abord invoqué des motifs d'ordre personnel ou contextuel au stade de l'attraction.

Par rapport au facteur contextuel, la place tenue par les motifs d'ordre professionnel au sein du groupe 2 demeure somme toute très relative et semble devoir se justifier essentiellement par la qualité des premiers contacts avec les futurs collègues, laquelle vient soutenir la qualité de vie que l'on attend avant tout du milieu en général et de sa vie personnelle ou familiale en particulier :

« C'est sûr que c'était [d'abord] une question de milieu de vie, moi j'aime l'eau, particulièrement la mer. Je suis sûre qu'il doit y avoir eu un déclic à ce niveau-là qui s'est fait, puis pourtant, ils étaient en crise, je m'en allais dans une crise, ils étaient seulement quatre docteurs, c'était un peu l'enfer. (...) Il faut dire que l'équipe, le petit noyau qu'il y avait là-bas, ça a été comme si on se connaissait... ça allait de soi. » (Omni04, femme, groupe 2)

« Je dirais que ce qui a vraiment joué, c'est 1) le site, c'est un site vraiment... parfait (rire) 2) le fait qu'il y ait un aéroport, donc facile de, quand même relativement facile de revenir à Montréal, parce qu'on commence à être plus loin. Puis troisièmement ce qui a joué beaucoup, c'est (...) l'accueil, (...) les gens qu'on avait rencontré en une fin de semaine. (...) C'est quelque chose de rencontrer des gens et de se dire ah bien c'est du monde qui me ressemblent, (...) parce qu'ils ont une vision différente, (...) peut-être plus globale de ce qu'est la médecine. » (Omni09, femme, groupe 2)

Quant aux quatre répondants du groupe 2 qui placent le facteur professionnel au premier rang, ils s'en remettent essentiellement au dynamisme de l'équipe et font du facteur contextuel une dimension complémentaire, mais non prioritaire de leur choix (par exemple, un accès satisfaisant à des biens et services, ou un certain imaginaire associé à la région). Chez l'un des deux spécialistes, cet aspect contextuel vient même au troisième rang, après les motifs d'ordre financier qui, il est intéressant de le noter, se retrouvent également deuxième chez les deux autres spécialistes, mais à la suite du facteur contextuel cette fois.

Notons par ailleurs que des sept répondants du groupe 2 qui, au total, invoquent seul ou au premier rang le facteur professionnel, quatre, dont trois omnipraticiens, ont fait de même au stade de l'attraction. Ces trois omnipraticiens, mais aussi un quatrième qui a d'abord fondé sa décision d'installation sur des motifs d'ordre personnel, sont précisément ceux dont on a vu, au stade de l'attraction, que la pratique en région représentait pour eux une occasion de parfaire leurs compétences et de devenir de meilleurs médecins en prévision d'un retour en ville. Dans cette perspective, la référence au dynamisme de l'équipe, ou à la qualité professionnelle de ses membres, pour justifier le choix de son lieu de pratique prend ici tout son sens.

En résumé, l'analyse comparée des facteurs d'installation montre que le facteur contextuel lié à des caractéristiques spécifiques du milieu de vie ou à des motifs d'ordre personnel ou familial occupent dans le groupe 2 une place beaucoup plus importante que dans le groupe 1, et tout aussi prépondérante qu'au stade de l'attraction. Le facteur professionnel lui demeure relativement soumis, alors qu'au contraire dans le groupe 1, il reste prédominant malgré une présence un peu plus marquée du facteur contextuel par rapport au stade précédent.

Ce résultat global amène à nous interroger à nouveau sur le lien possible entre le relatif désinvestissement professionnel dont semble témoigner les répondants du groupe 2 (incluant ceux qui mettent ce facteur professionnel au premier rang, mais un peu à la manière d'un objectif de formation à atteindre avant de passer à autre chose) et le fait que ces derniers ne soient finalement pas demeurés en région. C'est, entre autres, ce que le prochain chapitre propose de documenter et de clarifier.

6.3. Le maintien

Outre la principale variable considérée jusqu'à présent, relative au domaine de spécialisation, l'analyse des conditions générales du maintien, de l'influence des mesures incitatives et des facteurs en cause, sera également réalisée en tenant compte de la durée de rétention. Celle-ci comporte trois niveaux (voir tableau 5) : 1 à 2 ans (2 omnipraticiens et 3 spécialistes); 3 ans ½ à 5 ans (5 omnipraticiens et 4 spécialistes); et 6 à 8 ans (2 omnipraticiens et 2 spécialistes).

6.3.1. Les conditions générales : l'ajustement au milieu régional

L'ajustement au milieu de travail

Dans le chapitre précédent, l'ajustement professionnel a été traité sous trois angles: la **confiance en ses capacités** (l'auto-efficacité) ; les **conditions de la pratique** ; et les **clés de l'ajustement**. Chacun sera maintenant réexaminé à la lumière des données du groupe 2.

A. La confiance en ses capacités (l'auto-efficacité)

Au moment de débiter leur pratique, la plupart des répondants des groupes 1 et 2 croyaient avoir ce qu'il fallait pour exercer en région éloignée, en raison de prédispositions personnelles (*confiance innée*) ou de la formation reçue (*confiance acquise*).

Les spécialistes des deux groupes pensent généralement que leur formation les a bien préparés à «pratiquer n'importe où» et, en particulier, à faire de la 2^e ligne. À l'instar de leurs collègues du groupe 1, ceux du groupe 2 ne manifestaient aucune inquiétude particulière à l'arrivée et étaient plutôt sûrs de leurs moyens. De dire l'un d'eux : «je pense que quand t'as fini ta formation, t'es prêt à faire face à toutes sortes de choses». «On est formé à 100%», confirme un autre, «j'étais sûr de moi (...), je savais que je pouvais tout faire». En somme, ils connaissaient leurs forces, mais savaient également qu'ils pouvaient compter sur les ressources nécessaires en cas de besoin (accès aux sur-spécialités, etc.). Les propos suivants reflètent l'état d'esprit général et font en outre ressortir la dimension du défi à relever que l'on retrouve également chez quelques répondants du groupe 1 :

Je ne m'en faisais pas, je ne voyais pas ça négatif du tout, moi je me disais je vais m'adapter puis ça va être le fun. (...) Je me disais que je pourrais faire les choses un peu à ma façon, justement. Qu'ils n'avaient rien, et donc que je pouvais apporter quelque chose. (Spec06, femme, groupe 2)

Trois autres du groupe 2 – demeurés comme la dernière citée plus de quatre ans en région, à l'exception d'une seule – disent aussi avoir été animés par le désir de relever les défis qui se présentaient. L'une d'entre eux fait néanmoins remarquer, comme le font certains du groupe 1, que la formation, malgré tout, ne répond pas toujours aux besoins d'une pratique en région :

Tout l'aspect administratif, tout l'aspect gestion de personnel, pfff, on ne touche pas à ça pendant notre résidence. (...) J'avais pas mesuré l'élément humain, le fait que dans l'hôpital, il n'y avait jamais eu de psychiatrie avant, que personne n'avait de culture de c'est quoi un patient psy, que les nurses avaient zéro formation en psy. (Spec07, femme, groupe 2)

Cet aspect du manque de formation du personnel dans certaines spécialités est soulevé de la même façon par une pédiatre du groupe 1 et donné comme exemple d'une préparation insuffisante des spécialistes à des problématiques spécifiques aux régions éloignées.

Par ailleurs, environ la moitié des omnipraticiens dans chacun des groupes ne considèrent pas avoir été suffisamment préparés. Ils sont quatre dans le groupe 2 à penser une telle chose, et ont tous une durée de rétention de plus de 4 ans.³⁶ Au moins deux d'entre eux ont affirmé, à l'instar de certains répondants du groupe 1, avoir pu compenser ces lacunes par une *confiance innée* (ou acquise par expérience personnelle) en leurs capacités.

Oui, il y a un certain challenge [dont il faut avoir le goût personnellement] parce que la réalité, c'est qu'on est pas nécessairement préparé dans les hôpitaux universitaires à faire ce qui nous attend en région. (Omni04, femme, groupe 2)

³⁶ Ceux qui ont décidé d'aller en région et y sont demeurés plus de quatre ans (incluant les répondants du groupe 1) ou qui, au contraire, y ont renoncé, peuvent avoir en commun de penser qu'ils n'ont pas été préparés adéquatement à la pratique en région, comme en témoigne cet extrait de l'omnipraticien du groupe 4 : «une formation ne peut jamais être parfaite, mais les lacunes que je ressentais en finissant [malgré les stages que j'avais faits], me faisaient hésiter à relever le défi des régions.» La différence en ce cas tiendrait, entre autres choses, au degré de confiance innée (avoir le sens du défi) que n'auraient pas eu autant ceux qui ont finalement décidé de ne pas aller en région.

Moi, je suis pas tellement le genre à subir des chocs parce que dans ma vie, j'ai comme relevé beaucoup de défis, mais pour un jeune qui sort de l'école et qui a pas eu trop de misère dans la vie, oui, lui il est en choc. (Omni01, femme, groupe 2)

L'autre moitié des omnipraticiens, toujours dans l'un et l'autre groupes, prétendent, quant à eux, avoir eu une formation adaptée à une pratique de région, en raison de conditions particulières (résidence à Verdun ou à Cité de la Santé; stages optionnels) les préparant à plus d'autonomie. Dans le groupe 2, Ils sont au nombre de cinq³⁷, parmi lesquels se trouvent les deux omnipraticiens n'ayant pas fait plus de deux ans en région :

Ça ne me faisait pas peur. La seule chose, en me lançant à l'urgence, c'était l'idée de passer à côté de quelque chose qui était dangereux pour une personne. Donc je me disais que ça me prenait beaucoup d'exposition. Ça fait que pendant la résidence, ma dernière année, j'ai fait beaucoup de stages d'urgence, j'ai rencontré des gens qui m'ont enseigné très bien, puis mis en confiance aussi. (Omni08, homme, groupe 2, 2 ans)

J'étais allé me chercher une formation, parce qu'on a des stages à options en médecine. Tu choisis des stages durs, c'est ça qu'il faut faire pour apprendre. Puis c'est ça que j'ai fait, puis oui, j'étais en selle quand je suis arrivé en région, j'avais ce qu'il me fallait, puis non, je ne trouvais pas qu'il y avait des lacunes à ma formation, pour ce qui est de faire la grosse partie du travail. (Omni05, homme, groupe 2, 4 ans)

À Verdun, on avait beaucoup d'exposition aussi en résidence, sur les étages et tout ça. On était très exposés, il n'y avait pas de résidence senior en spécialité, on était les seuls résidents dans l'hôpital. Donc on gérait tout, la nuit, ce qui pouvait se passer, on gérait les soins intensifs et l'unité coronarienne. (...) Je me sentais bien préparée moi pour aller en région. (Omni09, femme, groupe 2, 6 ans)

Tous témoignent par ailleurs de qualités personnelles qui les ont préparés à faire face au défi de la pratique en région («il faut être fait fort», dira l'un d'eux). Un tel degré de confiance innée et de confiance acquise chez ces répondants ne semble toutefois présager en rien d'une rétention prolongée.

B. L'évolution des conditions de la pratique

Nous avons vu que parmi les conditions de la pratique qui, pour les répondants du groupe 1, semblaient au fil des ans en avoir facilité le maintien, la qualité des relations professionnelles figurait au premier plan, tant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes. En effet, la coopération et la solidarité, le caractère familial des rapports auraient permis de compenser largement une charge de travail souvent trop lourde en raison surtout d'effectifs insuffisants, ainsi qu'un accès très relatif à des équipements et à une expertise médicale plus étendue (spécialistes et sur-spécialistes).

La qualité des relations professionnelles est également jugée importante par la majorité des répondants du groupe 2, du point de vue des rapports familiaux entre collègues ou avec les membres du personnel ainsi que du soutien apporté par l'équipe en général. Un tel climat favorable ne parvient pas toujours cependant à compenser les problèmes reliés au manque d'effectifs. Pour certains, c'est le climat en lui-même qui aura été source de difficulté.

En fait, la qualité des relations professionnelles et, plus généralement, du soutien apporté est jugée déficiente par quatre des cinq répondants n'ayant pas séjourné plus de deux ans en

³⁷ À noter que quatre d'entre eux ont par ailleurs témoigné de leur souci de faire l'expérience des régions afin de mieux se former (voir : 5.1.1.2.B.b) La région comme alternative).

région. Le manque de soutien a été d'autant plus éprouvé qu'il y aurait eu dans leur cas pénurie d'effectifs ou accès problématique à des ressources médicales spécialisées. Une spécialiste évoque, à ce dernier propos, l'*isolement professionnel* qu'elle a vivement ressenti, malgré la présence d'un collègue de la même spécialité, et en ce qui concerne le climat général, les rapports très tendus, non pas avec les collègues médecins et autres membres du personnel, mais avec l'administration qui «ne respectait pas les médecins» au point de rendre l'atmosphère de travail invivable. Les deux autres spécialistes, qui se sont retrouvées seules de leur spécialité, disent avoir durement éprouvé, en raison d'un manque de ressources en personnel médical, non seulement un sentiment d'isolement professionnel, mais surtout une charge de travail beaucoup trop lourde.

De son côté, l'un des deux omnipraticiens dont le séjour n'a pas dépassé deux ans, tient entre autres pour responsable du mauvais climat de travail que lui et sa conjointe médecin ont eu à subir et, éventuellement, de leur décision de partir, les différences de mentalité entre les jeunes médecins et ceux établis «depuis 8-10 ans» :

Très vite on est tombés en pénurie, puis là on s'est aperçu que la répartition de la charge de travail était pas égale, donc (...) quand il manquait des gens à l'urgence, c'est toujours les mêmes qui finissaient par travailler plus, à l'hospitalisation. (...) Puis les gens là-bas, je dirais que la majorité, à part les 3-4 qui étaient rentrés dans les 2 dernières années, c'était tous des gens qui étaient là depuis 8 ans, 10 ans même, et ils n'avaient pas nécessairement l'idée de changer beaucoup la pratique qu'ils faisaient. Donc quand on amenait des idées comme répartir mieux les gardes d'urgence, [il y avait des résistances de leur part]. (...) Ça fait que je pense qu'après un an, on savait déjà qu'on était pour partir de là. (Omni08, homme, groupe 2)

Les autres répondants du groupe 2 se disent en grande majorité satisfaits de la qualité des relations professionnelles ou du soutien reçu pendant leur séjour en région, deux d'entre eux allant jusqu'à laisser entendre qu'elle aura contribué à les faire rester «plus de deux ans». En fait, parmi les neuf dont la rétention a été de plus ou moins 4 ans (catégorie des 3 ½ - 5 ans), seulement deux mentionnent avoir eu quelques tensions avec des collègues (dans le cas d'une omnipraticienne) ou n'avoir pu compter sur une équipe de travail efficace ni même sur un soutien extérieur adéquat (dans le cas d'un spécialiste). Quant aux quatre répondants ayant séjourné au moins six ans (catégorie des 6-8 ans), une seule dit avoir été affectée, mais seulement vers la fin de son séjour alors qu'elle avait changé de lieu de pratique, par l'absence d'esprit d'équipe et, plus généralement, par un soutien logistique inadéquat.

En résumé, les résultats du groupe 2 confirment le rôle que semblent tenir les relations professionnelles ainsi que le soutien logistique en général (incluant le travail d'équipe et l'accès adéquat à des ressources spécialisées) dans le maintien, au moins à moyen terme (quatre ans et plus, en l'occurrence), de la pratique en région.

C. Les clés de l'ajustement professionnel

Trois clés de l'ajustement professionnel en région ont été identifiées à partir des propos tenus par l'ensemble des répondants du groupe 1. Elles rendent compte de la capacité de s'adapter à une charge de travail trop lourde pourvu que certaines conditions soient présentes, ainsi que de la réalisation d'ambitions professionnelles malgré les contraintes du milieu. Chacune se réfère aux **possibilités** qui sont données aux médecins de **se débrouiller** avec ce qu'ils ont, de **fixer des limites** et de **faire des choix**.

a) *Se débrouiller*

Les gens se débrouillent avec ce qu'ils ont et le supportent d'autant mieux que le permettent un climat et des conditions de travail acceptables. En fait, peu importe que la débrouillardise participe des prédispositions naturelles des individus ou qu'elle soit graduellement acquise, elle apparaît cruciale pour faire face aux limites du milieu et pouvoir malgré tout en tirer le maximum. Elle serait, en quelque sorte, le moyen par lequel s'exerce la confiance (innée ou acquise) en ses capacités, mais encore faut-il lui offrir les conditions d'un tel exercice (ressources, effectifs suffisants), sinon elle risque d'être inopérante.

La débrouillardise transparaît tout autant chez les répondants du groupe 2 que chez ceux du groupe 1. Elle semble toutefois moins affirmée chez ceux dont le séjour n'a pas dépassé 2 ans, à l'exception d'un omnipraticien qui dit ne jamais avoir beaucoup aimé la routine et préférer «être un peu déstabilisé». Cette prédisposition personnelle lui aura d'ailleurs servi le peu de temps qu'il sera demeuré en région, tout en profitant, il faut le dire, de conditions de pratique acceptables (effectifs suffisant et qualité de l'équipe). L'autre omnipraticien a pu lui aussi bénéficier de pareilles conditions, insistant même sur leur caractère rassurant en début de pratique, sans par ailleurs démontrer une même prédisposition à s'ajuster à certains changements par la suite (baisse d'effectifs). Pour les trois spécialistes de cette catégorie des 1-2 ans, l'inexistence de conditions favorables leur aura rendu impossible toute velléité de «faire avec» les ressources disponibles. «Je me suis comme embarquée dans un truc qui me dépassait», raconte par exemple une spécialiste que le défi de mettre entièrement sur pied un département avait séduit au départ, mais que l'absence de ressources et de soutien adéquats ont très rapidement empêchée d'agir.

Parmi les neuf répondants de la catégorie des 3 ½ - 5 ans, des omnipraticiens témoignent du fait qu'ils ont dû littéralement «plonger» et assumer leur rôle de médecin, notamment du point de vue de la complète prise en charge des patients. L'une d'entre eux établit le parallèle entre la débrouillardise et l'autonomie au plan professionnel :

Pour pratiquer en région, ça prend un investissement, (...) être capable de dire bien cette personne-là, je la prends en charge puis c'est moi qui est responsable. C'est aussi [d'être capable d'aller] à l'extrême de tes connaissances, plutôt que de dire [à ton patient] bon bien consulte pour telle affaire, bien de prendre le livre et de lire ou d'appeler quelqu'un, essayer de te débrouiller. Il faut être débrouillard en ce sens-là. (Omni09, femme, groupe 2)

La débrouillardise apparaît surtout comme une prédisposition personnelle qui participe de la confiance que l'on a au départ en ses capacités. Les spécialistes n'y échappent pas non plus. «Je suis quelqu'un d'assez débrouillard», de dire l'un d'eux. Un autre est très explicite sur les limites d'une telle prédisposition lorsque certaines conditions de pratique ne sont pas réunies, mais que parvient néanmoins à compenser le défi de la tâche elle-même :

Je savais en partant qu'il n'y aurait pas beaucoup de soutien, mais je pensais que j'allais être bon pour me débrouiller, pour le supporter justement. (...) Et là je me suis rendu compte que non, c'était en bas de ce que je considérais, moi, le minimum. (...) Mais oui, [c'était stimulant quand même], c'était du nouveau que j'avais jamais fait, ça oui, c'était un défi. (Spec09, homme, groupe 2)

La débrouillardise a également ses limites, selon une omnipraticienne demeurée tout près de huit ans en région, dans le sens où elle ne doit pas être confondue avec la tendance à vouloir prendre des risques ou à se voir comme «un interniste payé pas cher» :

Des fois, t'es pris avec les moyens du bord, t'as pas de cardiologue à ta disposition, il faut que tu saches te débrouiller. [Mais c'est pas l'idéal]. Le risque en région, ça ne devrait pas, tu ne devrais pas être obligé d'être un interniste payé pas cher. (...) C'est fascinant la pratique de région, pas parce que c'est plus épeurant et dangereux, mais parce que c'est plus complet. Il y a un souci de finition. (Omni01, femme, groupe 2)

Savoir se débrouiller, pour les omnipraticiens, consiste en somme à assumer le plus complètement possible sa fonction de médecin tout en diversifiant sa pratique, mais toujours à l'intérieur des limites de ce que peut couvrir le domaine de la médecine familiale.

Cette conscience des limites imposées par son domaine de spécialisation, mais à l'intérieur duquel la débrouillardise doit tenir un rôle de premier plan lorsque certaines ressources sont moins accessibles, est aussi présente chez l'un des deux spécialistes de la catégorie des 6-8 ans en région. Pour les deux, la débrouillardise semble en outre s'être traduite dès le départ, et pour toute la durée de leur séjour, par la volonté de «faire les choses à [leur] façon» tout en s'adaptant aux contraintes du milieu.

b) Fixer ses limites (la relativisation)

Si la débrouillardise suppose la prise en compte des limites inhérentes au domaine de spécialisation, la deuxième clé de l'ajustement consiste pour sa part à concevoir la limite comme une manière de protéger la pratique elle-même ainsi que le sentiment de s'y réaliser contre les excès d'une charge de travail et les pressions du milieu en général. En fixant leurs limites, les médecins adoptent une attitude qui leur permet de «prendre ça un jour à la fois» et de trouver un équilibre entre ce qui est exigé d'eux et ce qu'ils sont en mesure d'offrir.

Une telle attitude dite de «relativisation» est propre, on l'a vu, à l'ensemble des répondants du groupe 1. En ce qui concerne le groupe 2, elle est présentée ou sous-entendue comme impossible à adopter chez ceux qui ne sont demeurés qu'un an ou deux. En fait, il semble que la plupart d'entre eux n'aient pas même eu le temps de s'ajuster grâce à ce moyen, ou y aient renoncé, ayant de toute façon décidé dès le départ qu'ils ne resteraient pas longtemps. Ainsi en est-il par exemple de l'un des deux omnipraticiens³⁸ qui, avec sa conjointe médecin, ont rapidement confirmé leur décision de partir au bout de deux ans après avoir tenté en vain d'établir des règles plus équitables en termes de répartition de la charge de travail. De plus, les trois spécialistes parlent explicitement de la difficulté à tenir le coup en région si on ne sait pas fixer ses limites. Deux d'entre elles évoquent leur propre incapacité à le faire, non pas en raison de traits de personnalité, mais à cause des conditions de la pratique : «c'était très lourd, j'avais de la misère à mettre des limites».

Chez la plupart des autres répondants, dont la durée de séjour en région a été de quatre ans et plus, la question des limites à établir n'est jamais présentée comme un principe n'ayant pu être appliqué. Certains n'ont pas eu à le faire, car les conditions de charge de travail étaient généralement supportables ou n'étaient lourdes à porter que par périodes. Deux spécialistes de la catégorie des 3 ans ½ - 5ans admettent néanmoins avoir été fortement incommodés par la fréquence des gardes, ce qui, «définitivement», pour reprendre le terme de l'un d'eux, a fini par peser, et a joué dans leur décision de ne pas prolonger indument un séjour en région qu'aucun des deux, au départ, ne voyaient de toute façon dépasser les 8-10 ans. Sachant qu'il partirait, ils auront pour ainsi dire enduré ces conditions jusqu'à la fin, sans éprouver le besoin de réagir.

³⁸ Cité plus haut sur la question de l'évolution des conditions de la pratique (5.3.1.1.B.)

Des omnipraticiens de cette même catégorie des 3 ans ½ - 5ans ont, de leur côté, fixé des limites et, plus généralement, appris à composer avec le manque de ressources en acceptant, comme le dit l'une d'elle, «qu'on ne pourra pas combler tous les besoins». Et d'ajouter :

C'est *tough* à faire ça parce que la pression vient de partout, des directeurs, des autres travailleurs, des infirmières qui nous disaient qu'on ne travaillait pas autant que les bons vieux docteurs dans le temps qui ne faisaient rien que ça. (...) Mais j'ai quand même réussi à tenir mon bout et à dire: non, moi je suis là pour la qualité de vie, je ne vais pas commencer à travailler 70 heures par semaine, sinon je vais partir dans six mois.» (Omni09, femme, groupe 2, 5 ans)

Une de ses collègues, dont le séjour a également été de cinq ans mais qui serait demeuré plus longtemps si cela n'avait été de son conjoint, a pu quant à elle compter totalement sur son équipe de travail pour établir de telles limites :

On travaillait en équipe, puis l'équipe médicale fait des choix par rapport aux effectifs, et à un moment donné, pour les heures de sans rendez-vous, on n'était plus ouvert jusqu'à 8h le soir, on arrêtais à 5h, bien ça je veux dire déjà, côté vie, c'était mieux. Donc (...) on évaluait ce qu'on était capable d'offrir comme services médicaux, puis on ajustait en fonction de ça. Je n'ai jamais eu peur de me sentir vraiment dépassée, submergée, je n'ai jamais pensé que je serais en *burn out* dans 2 ans si ça continuait comme ça. Je n'ai jamais envisagé ça comme ça. Je me disais bon, on fait un petit bout, puis quand ça devient invivable, on se re parle puis on [met une autre limite quelque part]. (Omni06, femme, groupe 2)

Deux des répondants de la catégorie des 6-8 ans, un omnipraticien et une spécialiste, laissent entendre également, dont l'un de manière explicite, avoir dû «mettre des limites» pour s'ajuster aux conditions souvent difficiles de leur pratique et pouvoir ainsi demeurer en place :

Il y a eu des périodes très difficiles, où j'ai travaillé beaucoup, donc ça créait une tension, mais je réussissais malgré tout à mettre des limites, ce que n'ont pas toujours fait certains de mes collègues qui ont d'ailleurs dit à un moment donné, bien là [ça suffit, on s'en va]. (Omni02, homme, groupe 2)

c) *Faire des choix*

Nous avons vu dans le précédent chapitre que la capacité de *faire des choix* consistait à pouvoir varier sa pratique ou à modifier avec le temps ses activités, tant pour éviter de subir les contrecoups d'une charge trop lourde que pour se consacrer à une pratique selon ses vœux. Dans cette dernière perspective, il s'agit généralement pour les omnipraticiens comme pour les spécialistes de «pouvoir s'ajuster selon ses désirs» (suivant la formule d'un répondant du groupe 2), mais aussi de développer de nouveaux créneaux ou champs d'intérêt, en somme de «se tailler une place» qui soit littéralement à la mesure de leurs aspirations premières ou des défis qu'ils se sont posés.

Cette clé particulière de l'ajustement caractérise principalement les répondants du groupe 1, ainsi que tous ceux du groupe 2 qui sont restés entre 6 et 8 ans en région. Elle se retrouve par ailleurs chez deux omnipraticiens de la catégorie intermédiaire (31/2 à 5 ans), et chez un seul autre n'étant pas demeurés plus de deux ans (son profil, sur ce point comme sur les deux précédents, correspondant davantage à celui des médecins dont le séjour en région aura été plus long³⁹).

³⁹ Il faut cependant insister sur le fait que son intention au départ était clairement, quoi qu'il advienne, de ne pas demeurer plus de deux ans et que ses conditions de pratique ont toujours été favorables pendant ce temps.

Ces données indiquent que la capacité de faire des choix semble s'exercer d'autant plus que l'on demeure longtemps en région. Les deux exemples de la catégorie intermédiaire concernés par cette clé de l'ajustement révèlent autant un désir de choisir des activités en fonction de ses intérêts professionnels particuliers que celui de se concentrer sur certaines afin de diminuer la charge de travail ou d'éviter de subir la pression que d'autres peuvent exercer :

Rapidement, bien j'ai vu ce qui m'intéressait le plus et ce qui m'intéressait le moins, puis je me suis rendu compte qu'il fallait dormir, ce qui fait qu'il a fallu arrêter certaines choses. Alors j'ai arrêté l'obstétrique au bout de 2 ans, et le bureau, pour faire de l'urgence et de l'hospitalisation, parce que c'est ce que je préférais d'une part, et d'autre part, je manquais de temps, et il manquait de docteurs à l'hôpital. Alors j'ai concentré mes activités finalement à l'hôpital, pour les 2 années qui ont suivi. (Omni05, homme, groupe 2, 4 ans)

Avec le temps, ce qui m'a comme drainé les nerfs, c'est l'urgence, après 2 ans là. (...) Bon, c'est pas le style de pratique qui me convient, je ne performe pas bien sous pression comme ça. Donc ça, à un moment donné ça a commencé à me peser et c'est là où j'ai dit bien moi, je voudrais arrêter l'urgence, je ne suis plus capable. (...) Puis finalement c'est ce qui est arrivé, j'ai laissé l'hôpital [pour me concentrer sur d'autres activités]. (Omni09, femme, groupe 2, 5 ans)

Pour chacun de ces répondants, des modifications à leur pratique se sont produites au bout de deux ans, comme si ce seuil marquait une première étape de l'ajustement au milieu de travail, avant de passer à une autre plus engageante et susceptible de prolonger la durée du séjour.

Les quatre répondants de la catégorie des 6-8 ans ont également été appelés à faire de tels choix et à rencontrer des défis en s'investissant de diverses manières au plan professionnel. Deux d'entre eux établissent clairement le lien entre pareil investissement et le fait qu'ils soient demeurés aussi longtemps :

Pour moi, ça, ça n'a jamais été un problème [les fluctuations d'effectifs], dans la mesure où j'ai pu ajuster ma pratique. Il faut dire que j'ai toujours été [actif, notamment au plan médico-administratif]. Une partie de mon implication, c'est probablement d'avoir eu un certain sentiment de contrôle, d'action, de ne pas être resté dans l'impuissance. Probablement que si je m'étais senti complètement impuissant, à un moment donné j'aurais dit bien là c'est assez, je suis écœuré. (Omni02, homme, groupe 2)

Je me suis retrouvé tout seul à un moment donné, j'ai trouvé le temps long, mais j'ai finalement pu recruter 2 résidents. Alors c'est pour ça que je suis resté plus longtemps. J'aurais probablement fait juste 4 ans, mais à ce moment-là, le vent a tourné, puis c'était optimal, je me suis retrouvé chef de département, c'était un département sur mesure pour moi. (Spec01, homme, groupe 2, 6 ans ½)

En résumé, la capacité de faire des choix représente la clé qui, plus que les deux précédentes, semble associée à un prolongement du séjour en région au-delà d'un certain seuil. La capacité de se débrouiller ou de «faire avec les moyens du bord», ainsi que celle consistant à mettre ses limites ne suffisent pas de leur côté à faire demeurer bien longtemps si des conditions minimales de pratique ne sont pas réunies.

L'ajustement au milieu de vie : composer avec l'environnement

D. L'évolution de la situation familiale

Dans le groupe 1, seulement trois des neuf répondants arrivés seuls en région l'étaient toujours au moins huit ans plus tard, et un autre l'était devenu. Vingt-huit, au total, avaient un conjoint (voir tableau 27).

Pour le groupe 2, un seul des deux répondants arrivés comme célibataire l'était toujours au moment de quitter la région (en l'occurrence cinq ans plus tard), et deux autres n'avaient plus de conjoint (tableau 42).

Tableau 42 Répartition des médecins selon le domaine de spécialisation et le statut familial au moment du départ (groupe 2)

	Seuls	Avec conjoint	Total
Omnis	--	9	9
Spécialistes	3	6	9
Total	3	15	18

Parmi les neuf omnipraticiens avec conjoint au moment du départ des régions, un seul était célibataire et trois avaient un autre conjoint lors de leur arrivée. Les quatre conjoints ont été rencontrés au bout d'un an ou deux d'un séjour qui, au minimum, en a duré quatre. Deux d'entre eux étaient originaires des régions concernées.

Au total, sur les quinze conjoints au moment du départ, sept étaient originaires de régions centrales et quatre de régions éloignées. De ces derniers, seulement deux laissaient des membres de leur famille (parents, etc.).⁴⁰ Neuf des quinze conjoints occupaient des emplois, trois n'en avaient jamais eu (dont deux par choix depuis l'arrivée 4 ans auparavant), un n'en avait plus, et deux vivaient en ville (dont un pour y faire des études)⁴¹. Par ailleurs, au moment de partir toujours, neuf répondants (5 omnipraticiens et 4 spécialistes) avaient des enfants, quatre d'entre eux ayant eu tous les leurs en région.

E. Des stratégies d'insertion

Nous avons vu que pour les répondants du groupe 1, l'insertion des membres de la famille était présentée comme ayant été généralement réussie, notamment en ce qui concerne les conjoints. Quant aux enfants, c'est essentiellement sous l'angle de la qualité de l'encadrement scolaire que cette insertion a été jugée, le plus souvent très favorablement, par l'ensemble des individus concernés (c'est-à-dire ayant des enfants d'âge scolaire).

Cette dernière question ne prend pas autant d'importance dans le contexte du groupe 2, étant donné que seulement quatre répondants avaient des enfants d'âge scolaire au moment de partir ; deux d'entre eux ont d'ailleurs émis des doutes quant à la qualité des écoles en région.

⁴⁰ Rappelons que dans le groupe 1, quinze répondants pouvaient compter sur une telle présence.

⁴¹ Tous deux étaient de nouveaux conjoints, l'un originaire de la région et l'autre, d'une région centrale.

Quant à l'insertion socio-professionnelle des conjoints, elle apparaît satisfaisante, voire très satisfaisante aux yeux de la plupart des répondants concernés, sauf pour trois d'entre eux, tous de la catégorie des 3½-5 ans : l'un, sans occupation depuis le début, a fini par s'ennuyer à la fin du séjour; un deuxième est devenu sans emploi et, malgré une bonne insertion sociale, en a été affecté; le troisième, enfin, avait un poste mais sans perspective d'avancement à moyen terme.⁴²

Au-delà de ce portrait sommaire de la situation des conjoints, d'autres données relatives aux trois principales stratégies d'insertion qui ont été dégagées dans le contexte de l'analyse du groupe 1 – à savoir la constitution du réseau social, la mise à profit des ressources du milieu et la compensation – viennent confirmer l'importance tenue par chacune dans le processus du maintien.

En ce qui concerne la constitution du réseau social, les résultats obtenus pour le groupe 1 ont montré qu'une vie sociale «bien remplie» – au travail et hors-travail – était une condition souhaitable, voire nécessaire, de l'insertion au milieu de vie. Lorsqu'en plus d'un réseau social étendu et dynamique, la famille des répondants ou de leur conjoint assure en quelque sorte les arrières, les conditions du maintien apparaissent beaucoup plus solides.

Les données pour le groupe 2 sur cette question tendent effectivement à valider le sens général de cette conclusion, puisque parmi les onze répondants (dont huit omnipraticiens) qui ont constitué un tel réseau étendu, sept sont demeurés entre quatre et cinq ans en région (sur 9) et trois, de six à huit ans (sur 4). Par contre, parmi ces dix répondants au total, seulement deux ont pu en outre bénéficier de la présence d'un réseau familial, ce qui proportionnellement ne compte que pour le cinquième, alors que dans le groupe 1, cette proportion est de tout près de la moitié (11 sur 24⁴³). Quant à ceux qui n'ont pas prolongé leur séjour au-delà de deux ans, ils sont quatre (sur 5), dont les trois spécialistes, à n'avoir pu compter que sur un réseau restreint formé uniquement de collègues de travail.

Ces données indiquent que les répondants du groupe 1 auraient été davantage incités à demeurer plus longtemps que leurs collègues du groupe 2 en raison à la fois d'un soutien familial et de relations sociales extraprofessionnelles dont ils auraient profités en plus grand nombre. Cela dit, les répondants du groupe 2 demeurés quatre ans et plus, et en particulier les omnipraticiens, n'en ont pas moins été actifs du point de vue de la constitution de leur réseau social à l'extérieur de leur milieu de travail, «des liens qui ont été créés et qui ne partiront jamais», comme le souligne l'une d'entre eux. À l'instar des répondants du groupe 1, ces liens ont été créés à travers des activités de plein air ou à caractère socioculturel.

Ce qui nous amène à la deuxième stratégie d'insertion, soit la mise à profit des ressources du milieu. L'analyse du groupe 1 a montré que l'environnement physique et le rythme de vie n'avait nécessité que peu d'ajustement de la part des répondants. Au pire, il aura fallu à certains «apprendre ce que le milieu pouvait donner». Pour d'autres, il aura été l'occasion de «développer des centres d'intérêt et des passe-temps» et, pour la majorité, de faire des activités correspondant à des goûts personnels. En ce qui concerne l'accès aux biens et services de consommation courante et de loisirs, l'on apprend généralement à composer avec

⁴² Il s'agit d'ailleurs, mais en ce dernier cas seulement, du principal facteur de départ.

⁴³ Nonobstant quatre autres répondants qui ne s'en sont tenus qu'au seul réseau familial, ce qui ne s'observe en aucun cas dans le groupe 2.

leur indisponibilité relative et même, à profiter de certaines occasions de se divertir comme on ne l'aurait peut-être jamais fait en ville (aller voir les spectacles ou les films qui passent).

Ce profil ne varie guère chez les répondants du groupe 2, sinon que, quelle que soit la durée de leur séjour en région, de nombreux spécialistes (n = 6) ne semblent pas avoir tiré parti de ce que le milieu avait à leur offrir, sauf, au mieux, pour trouver un espace de vie correspondant à certaines attentes et à s'en satisfaire. Les omnipraticiens de leur côté, à l'exception des deux n'étant pas demeurés plus de deux ans et n'ayant développé aucun intérêt particulier à ce chapitre, disent avoir pleinement profité de leur séjour et avoir su parfaitement s'accommoder de certaines insuffisances au plan culturel.

En ce qui concerne la compensation (aller en ville pour se ressourcer ou faire le plein de provisions), dont on a vu dans le cadre de l'analyse du groupe 1 qu'elle servait souvent de complément nécessaire à la stratégie de mise à profit des ressources du milieu, on la retrouve également chez plusieurs répondants du groupe 2 remplissant la même fonction.

Une autre dimension s'ajoute cependant, qui fait davantage apparaître la compensation comme une stratégie de survie ou, à tout le moins, un moyen obligé pour satisfaire chaque fois que cela est possible (et non pas de temps en temps pour compléter), et par des voyages répétés, des besoins d'ordre social ou culturel impossibles à combler autrement. L'idée dominante ici est bien rendue par l'énoncé suivant : «moi, quand je ne travaillais pas, je n'étais pas là». Trois des répondants de la catégorie des 1-2 ans (dont les deux omnipraticiens) y souscrivent à des degrés divers, ainsi que deux spécialistes de plus longue rétention. L'un d'eux explique ce que cette «stratégie du voyage» permettait de compenser :

Quand je sortais de [la région], c'était pour aller à Montréal, New York ou Paris. J'ai jamais chassé et j'ai été pêcher deux fois. C'était pas mon lot. Pourtant, j'étais très heureux là-bas, parce que j'y travaillais et que j'y avais [malgré tout développé] un réseau social intéressant. (Spec01, homme, groupe 2, 7ans)

La compensation ici ne complète pas, elle remplace un type d'activités typique des régions par un autre que supposent les séjours dans des grands centres urbains. Mais elle n'enlève rien à ce qui procure malgré tout le plaisir de vivre en région, à savoir le travail et «un réseau social intéressant».

En résumé, la constitution d'un réseau social semble l'une des clés importantes de l'ajustement au milieu de vie ; plus il s'étend et plus il devient un indicateur de durée prolongée du séjour en région. Par ailleurs, des cinq répondants du groupe 2 qui, non seulement n'ont pas constitué un tel réseau étendu, mais qui en outre ne semblent pas avoir profité pleinement des ressources de leur milieu, trois ne sont pas demeurés plus de deux ans et un autre a fait quatre ans parce qu'il y était tenu par contrat.

L'ajustement en général : la recomposition de l'identité

F. L'atteinte d'une qualité de vie (l'équilibre personnel)

L'analyse du groupe 1 a montré que la qualité de vie constituait un enjeu important de l'ajustement au milieu régional en général et du sentiment de s'y «réaliser». L'atteinte d'une telle qualité de vie passe par la possibilité de négocier un équilibre entre la vie au travail et celle à l'extérieur. Cet équilibre peut également être entrevu sous l'angle de la compensation de certaines conditions lourdes de la pratique (v.g, la charge de travail) par des conditions

«ressourçantes» du milieu de vie. Dans tous les cas, l'équilibre à atteindre fait appel à la capacité de s'adapter à certaines conditions du milieu en vue d'y «faire son bonheur». En règle générale, le bilan que font les répondants du groupe 1 de leur expérience à ce chapitre est plutôt positif, malgré les efforts constants que certains ont dû déployer.

Les propos qui ressortent du groupe 2 font également état d'une évaluation positive de «l'expérience» de la région dans son ensemble, y compris chez ceux qui ne sont pas demeurés plus de deux ans. Ainsi l'un de ces derniers la qualifie d'«enrichissante» et un autre, une spécialiste, affirme qu'elle lui a «appris beaucoup sur le plan humain». D'autres répondants demeurés plus longtemps, des omnipraticiens pour la plupart, témoignent dans le même sens :

La région pour moi, ça été une chance, j'ai découvert plein d'affaires sur des modes de vie différents, sur la campagne, l'agriculture, le poisson, ça m'a ouvert l'esprit aussi à plein d'autres réalités que celle de Montréal. Puis pour moi, ça été vraiment une opportunité, parce que j'en connais d'autres qui auraient voulu vivre ça, mais qui ne sont pas partis parce que leur chum ne pouvait pas, ou parce qu'ils avaient trop besoin de leurs parents ou pour toutes sortes de raisons. (Omni09, femme, groupe 2, 5 ans)

J'ai été très bien en région. J'ai eu beaucoup de bonheur, ça été des belles années. (Omni07, femme, groupe 2, 5 ans)

On aimait ça, on trouvait qu'il y avait une belle qualité de vie, on trouvait que le milieu était agréable, le milieu médical, le milieu social ; le plein air était extraordinaire. (Spec05, homme, groupe 2, 5 ans)

Un omnipraticien demeuré sept ans se réfère explicitement, quant à lui, au «facteur personnel» que représente «la capacité de s'imaginer et de s'épanouir dans un environnement qui est celui de la région», cette capacité étant jugée indispensable à la réussite de son expérience en région.

Comme pour le groupe 1, la recherche d'un équilibre entre le travail et la vie personnelle ou familiale est au fondement d'une telle réussite. Quatre des cinq répondants qui sont demeurés de un à deux ans n'y sont pas parvenus en raison, comme on l'a vu, de difficultés à fixer leurs limites au plan professionnel. Certains parmi les autres ont supporté les effets indésirables de la charge de travail sur leur vie personnelle, sachant qu'ils finiraient par partir ou que de meilleurs moments étaient à prévoir ; dans un cas, la perte d'un tel équilibre sera même directement responsable du départ. Dans l'ensemble, cependant, un équilibre relatif aura été atteint et maintenu pour toute la durée du séjour.

G. Reconnaissance sociale, engagement et appartenance à la communauté

L'analyse du groupe 1 a révélé que la grande majorité des répondants appréciaient la reconnaissance dont ils étaient l'objet à titre de médecin, celle-ci étant notamment fondée sur l'établissement d'une relation de confiance avec les patients, mais aussi sur le fait qu'en région «tout le monde se connaît» et qu'aucun ne peut échapper à une certaine visibilité. Néanmoins, le droit à la vie privée des médecins serait généralement respecté par les populations locales.

Les propos recueillis auprès des répondants du groupe 2 conduisent aux mêmes observations. Peu disent avoir vraiment souffert du manque d'anonymat, à l'exception de deux omnipraticiens, dont un n'est pas demeuré plus de deux ans et le second donnant entre autres motifs de son départ au bout de cinq ans le fait d'avoir été d'autant plus connu et envahi dans sa vie privée que son conjoint était originaire de l'endroit. Autrement, pratiquement tous disent avoir apprécié ou, à tout le moins, ne pas avoir été dérangé par cette atmosphère de proximité

propre aux petits milieux. Au pire, et compte tenu des inconvénients que cela peut parfois entraîner, «on prend le tout et on vit avec», conclut encore un autre.

Par ailleurs, l'analyse du groupe 1 a également montré que plusieurs répondants associaient leur statut social de médecin à la vision d'un rôle à jouer à ce titre au sein de la communauté, et qu'ils tendaient à répondre favorablement aux sollicitations qui leur étaient faites en ce sens. Le groupe 2 confirme une telle tendance, mais seulement pour la catégorie des 6-8 ans où l'on retrouve un omnipraticien et un spécialiste ayant été particulièrement impliqués tout au long de leur séjour, et de diverses manières, dans les affaires de la communauté. Ce résultat semble renforcer l'hypothèse d'un lien probable entre l'engagement dans la communauté et une rétention prolongée en région.

L'engagement communautaire (à titre de médecin ou en tant que simple individu) et la reconnaissance sociale ont, en plus de la sociabilité professionnelle et extra-professionnelle, été identifiés dans l'analyse du groupe 1 en tant que critères de définition d'un sens d'appartenance régionale. Il est également ressorti que cette appartenance s'exprimait par le sentiment d'être chez soi en même temps que par celui d'un bien-être et d'un attachement au milieu de vie dans son ensemble (incluant l'environnement naturel).

Ces observations valent également pour le groupe 2, mais de manière plus restreinte. En effet, elles ne paraissent s'appliquer pour l'essentiel qu'à la plupart des omnipraticiens demeurés quatre ans et plus en région. En fait, ces derniers mentionnent comme principal critère d'appartenance leur attachement au réseau social qu'ils ont constitué pendant leur séjour. Deux d'entre eux en particulier, à l'instar de plusieurs de leurs collègues du groupe 1, soulèvent le fait que leur intégration sociale ait été facilitée par la forte présence au sein de la population de personnes non natives :

Dans notre groupe d'amis, la majorité était des gens de l'extérieur. Il y en a qui étaient là depuis dix ou quinze ans, mais ils n'avaient pas de famille comme tel sur place. (...) Alors, notre groupe, c'est comme si ça remplaçait la famille. (...) Il y avait une solidarité qui s'était créée. (Omni09, femme, groupe 2, 5 ans)

Fait intéressant, les spécialistes dans leur ensemble (quelle que soit la durée du séjour) évoquent moins l'attachement au milieu en général que le confort ou les avantages relatifs qu'il leur aura procuré, y compris au plan social. Pour l'une d'entre eux, seul le milieu de travail aura été investi de ce point de vue. Un autre, bien qu'il admette s'être intégré à la communauté grâce aux amis qu'il s'est fait à travers ses activités de loisirs, ne reconnaît pas s'être senti chez lui pour autant : «c'était plus un trip, dit-il, je l'ai fait et donc il était temps de passer à autre chose.» Pour un troisième, même son implication dans la communauté et, de son propre aveu, la satisfaction qu'il en a retirée, n'auront freiné son besoin de retourner le plus souvent possible chez lui, c'est-à-dire en ville.

En résumé, le sens d'appartenance au milieu régional chez les répondants du groupe 2 se fonde principalement sur le même critère de sociabilité que chez leurs collègues du groupe 1, mais cela ne concerne pratiquement que les omnipraticiens ayant eu une durée de rétention minimum de près de quatre ans en région. Quant à la reconnaissance sociale et à l'engagement communautaire, ils n'interviennent que secondairement dans la construction de cette appartenance chez les personnes concernées du groupe 2. Par ailleurs, l'effet de proximité propre aux petits milieux qui accompagne la reconnaissance n'est pas perçu comme un inconvénient majeur.

6.3.2. L'identification et la hiérarchisation des facteurs à l'étape du maintien

Les facteurs en cause dans le maintien

Rappelons que les facteurs d'ordre professionnel, contextuel, personnel et financier jouant au niveau du maintien diffèrent des étapes précédentes sur certains points.

Ce qui retient l'attention au plan professionnel a surtout à voir avec l'évolution de la pratique, susceptible par exemple de mener à la réalisation de nouveaux défis, mais aussi avec les *conditions* d'exercice de la profession, soit essentiellement la qualité des relations professionnelles, la reconnaissance du milieu (le personnel de la santé et les patients), ainsi qu'un accès aisé à des ressources médicales. La dimension contextuelle renvoie surtout au profit que l'on retire du cadre de vie, soit la jouissance des activités de plein air et du rythme de vie, ainsi que la mise à profit des ressources disponibles au plan culturel. Plus généralement, les facteurs contextuels du maintien sont tributaires d'une insertion réussie dans le milieu de vie des répondants et des membres de leur famille (constitution d'un réseau social, reconnaissance du milieu, etc.). Contrairement au groupe 1, cependant, la présence de famille en région ne participe nullement ici d'une telle insertion et rend donc plus problématique la question de l'éloignement par rapport au milieu d'origine. Au plan personnel, ce qui prédomine a surtout à voir avec la capacité de se réaliser ou de «faire son propre bonheur» en région. Ce qui en l'occurrence suppose, pour motif de rétention, l'atteinte d'un équilibre entre vie professionnelle et familiale. Finalement, l'aspect financier, considéré du point de vue de son influence positive, ne touche essentiellement que la rémunération majorée et le ressourcement.

Le tableau 43 montre la distribution, pour les groupes 1 et 2, des facteurs du maintien selon qu'ils ont été identifiés seuls ou avec au moins un autre.

Tableau 43 Distribution des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon

		I. Un seul facteur		II. Plusieurs facteurs		
		Profession	Contexte ou Personnel	Profession ET Contexte ou Personnel	Profession ET Contexte ou Personnel ET Financier	Total
GROUPE 1	Omnis	--	--	5	11	16
	Spéc.	--	--	9	7	16
	Total	--	--	14	18	32
GROUPE 2	Omnis	1	--	3	5	9
	Spéc.	4	2	2	1	9
	Total	5	2	5	6	18

Si l'on observe les données pour le groupe 2, la principale différence avec le groupe 1, où plusieurs facteurs interagissent toujours, est qu'un peu plus du tiers des répondants n'en invoquent qu'un seul, le plus souvent professionnel. Sur le total des sept, trois ne sont pas demeurés plus de deux ans en région (sur cinq). Cette dernière observation tend à montrer que plus l'on demeure en région, plus nombreux sont les facteurs susceptibles d'intervenir dans la décision de s'y maintenir. De plus, six des sept médecins sont des spécialistes, et quatre d'entre eux n'invoquent que le facteur professionnel. Ces derniers sont d'ailleurs tous demeurés au moins quatre ans : ils disent avoir bénéficié de bonnes conditions de pratiques (équipe de travail) ou avoir pu réaliser d'intéressants défis, mais ne pas avoir eu le temps de profiter des ressources du milieu ; un aspect qui, du reste, ne participait pas nécessairement de leurs attentes initiales.

Par ailleurs, le facteur contextuel est invoqué au total par un peu plus des deux tiers des répondants ($n = 13$). De ce nombre, seulement deux omnipraticiens (parmi les cinq de la dernière colonne : 5 ans et 7 ans de rétention) mentionnent également des motifs d'ordre personnel (avoir eu la capacité de s'épanouir en région ou d'atteindre un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle; le sentiment d'avoir développé une appartenance); ce qui constitue une autre différence par rapport au groupe 1 où leur proportion est beaucoup plus importante (12/32 : tableau 28).

Quant au facteur financier, sa place dans le groupe 2 est équivalente à celle qu'il occupe à l'étape de l'attraction, étant identifié comme enjeu déterminant du maintien par six répondants. Par contre, en comparaison du groupe 1 où plus de la moitié des répondants ($n = 18$, en majorité des omnipraticiens) l'invoquent comme motif, son importance est moindre puisque seulement le tiers d'entre eux (presque exclusivement des omnipraticiens) considèrent qu'il a joué un rôle dans leur décision de demeurer un certain temps. Et de fait, il n'est mentionné par aucun des cinq individus dont le séjour en région n'a pas dépassé deux ans. Ce qui nous amène à faire l'hypothèse que plus les médecins demeurent en région et plus les incitatifs deviennent importants. Fait intéressant à souligner, cependant, cinq des six répondants accordant une importance aux facteurs financiers ne citent que le ressourcement au rang des incitatifs ayant contribué à leur maintien. Ainsi la rémunération majorée et les primes ne jouent pratiquement pas dans le groupe 2, alors qu'elles sont déterminantes pour la moitié des répondants du groupe 1.

Les motifs premiers du maintien et du départ

Le tableau 44 rend compte pour les groupes 1 et 2 de la hiérarchisation des facteurs du maintien selon les répondants.

Tableau 44 Hiérarchisation des facteurs du maintien selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon

		1) Profes.	1) Profes. 2) Contexte ou Person.	1) Profes. 2) Contexte ou Person. 3) Finan.	Sous- Total	1) Contexte	1) Contexte ou Person. 2) Profes.	1) Contexte ou Person. 2) Profes. 3) Finan.	Sous- Total	Total
GROUPE 1	Omnis	--	2	7	9	--	3	4	7	16
	Spéc.	--	5	7	12	--	4	--	4	16
	Total	--	7	14	21	--	7	4	11	32
GROUPE 2	Omnis	1	--	3	4	--	3	2	5	9
	Spéc.	4	1	--	5	2	1	1	4	9
	Total	5	1	3	9	2	4	3	9	18

Son examen conduit à un constat d'importance : la prépondérance du facteur professionnel est beaucoup moins marquée dans le groupe 2 qu'elle ne l'est dans le groupe 1. En effet, le groupe 2 le place au premier rang un même nombre de fois que le facteur contextuel (9 vs. 9), alors que dans le groupe, il occupe cette position deux fois plus que le facteur contextuel (21 vs. 11).

Ce résultat tend à valider l'hypothèse selon laquelle, au stade de l'attraction, l'idée d'aller en région pour les répondants de ce groupe répondait davantage au besoin de tenter globalement une expérience qu'à un choix professionnel. D'ailleurs, ceux qui accordent leur préférence au facteur professionnel pour justifier le temps qu'ils y ont passé – telle une occasion de poursuivre un apprentissage ou de faire momentanément l'expérience d'une autre pratique – sont en partie les mêmes que ceux qui lui ont accordé priorité à l'étape de l'attraction. Cela concerne en effet trois des quatre omnipraticiens et deux des cinq spécialistes. Pour un autre spécialiste, aucun facteur d'attraction n'a été identifié, et en ce qui concerne les deux derniers, l'un a invoqué le facteur personnel du «goût d'essayer autre chose» et le second, celui contextuel d'un mode de vie à retrouver (mais qui n'aura finalement pu être celui de sa région d'origine).

À l'inverse de ce dernier individu, citons le cas d'un autre spécialiste qui soutient avoir été attiré en région, d'abord par besoin de s'éloigner du milieu universitaire et de faire un certain temps l'expérience d'une autre pratique, et en second lieu, par intérêt pour la nature et les possibilités d'activités de plein air. Mais l'expérience en elle-même aura eu pour effet d'inverser l'ordre :

On a trouvé qu'il y avait une belle qualité de vie, puis on trouvait le milieu agréable. (...) Le plein air était extraordinaire. (...) Ça duré plus longtemps qu'on pensait, honnêtement. (...) C'était un an ou deux qu'on s'était dit, puis après on va voir. Mais on a tellement aimé ça qu'on a dit bon, on continue une autre année, puis une autre année, puis c'était bien. (Spec05, homme, groupe 2, 5 ans)

Le facteur contextuel, dans ce dernier cas, est en effet devenu le premier déterminant du maintien, suivi par le facteur professionnel qui finira par perdre de son intérêt («ça devenait plate»), ainsi que par le facteur financier, surtout représenté dans son cas par la rémunération majorée.

Parmi les huit autres répondants qui placent le facteur contextuel au premier rang des facteurs du maintien, soulignons que quatre ne sont pas demeuré en région plus de deux ans (sur 5), ce qui paraît conséquent avec l'hypothèse de la relation entre un investissement professionnel de premier plan et une rétention prolongée en région (comme le laissent entendre les résultats obtenus pour le groupe 1). Pour trois d'entre eux, des spécialistes, le cadre naturel, la maison au bord de la mer et, dans deux cas, l'insertion socioprofessionnelle parfaitement réussie du conjoint (qui se trouvaient déjà en région au moment de l'installation), sont les facteurs contextuels qui ont joué de manière déterminante, sinon exclusivement, sur le maintien, et qui ont même permis de compenser, jusqu'à un certain point, les difficultés éprouvées au plan professionnel. À noter que pour deux de ces trois individus, les facteurs d'attraction étaient d'ordre personnel ou contextuel (l'envie de découvrir et retrouver l'atmosphère des régions). En ce qui concerne le quatrième répondant n'ayant pas fait plus de deux ans, si ses motifs pour aller en région (attraction) étaient avant tout d'ordre professionnel (mieux se former), et pour s'y installer, d'abord contextuel (présence de membres de la famille éloignée), c'est encore la dimension du contexte – et en particulier, l'existence d'un réseau social étendu et très dynamique – qui sera la plus déterminante dans le fait de demeurer tel que prévu ces deux années et d'en conserver le souvenir d'une bonne expérience.

Ce qui amène à conclure cette section sur les facteurs du départ proprement dit, lesquels ne concernent bien entendu que le groupe 2. Deux ordres de facteurs sont ici retenus : professionnel et contextuel. Dans le premier cas, les motifs du départ peuvent être liés aussi bien au type qu'aux conditions de la pratique ; dans le second, ils renvoient autant à des considérations familiales (dont la situation du conjoint et l'éloignement des membres de la famille) qu'à des contraintes du milieu de vie.

Tableau 45 Hiérarchisation des facteurs du départ selon le domaine de spécialisation (groupe 2)

		1) Profession	1) Profes. 2) Contexte	Sous- Total	1) Contexte ou Personnel	1) Contexte 2) Profession	Sous- Total	Total
GROUPE 2	Omnis	--	2	2	4	3	7	9
	Spéc.	1	5	6	--	3	3	9
	Total	1	7	8	4	6	10	18

Le tableau 45 fait principalement ressortir la prépondérance des facteurs contextuels dans la décision de quitter la région (n = 10), notamment chez les omnipraticiens (n = 7). Les spécialistes, quant à eux, fonctionnent à l'inverse puisqu'ils sont six à avoir invoqué au premier plan des motifs d'ordre professionnel pour justifier leur décision. En fait, aucun des neuf spécialistes ne fait l'économie des facteurs professionnels, alors que ceux-ci ne sont nullement pris en compte par près de la moitié des omnipraticiens (n = 4).

Le facteur professionnel invoqué au premier rang fait appel à trois types de motifs : 1) les conditions lourdes de la pratique et le manque d'un soutien adéquat pour y faire face ; 2) l'ennui ou l'insatisfaction par rapport au type de pratique exercé et le besoin de se spécialiser davantage ; et 3) l'appel de nouveaux défis en centre universitaire malgré les postes de responsabilité occupés en région. Le premier cas de figure regroupe trois spécialistes et un omnipratricien de la catégorie 1-2 ans (au total donc, 4 des 5 répondants de cette catégorie ciblent avant tout le facteur professionnel pour motif de leur départ) ; le deuxième, deux spécialistes de la catégorie 3 ans ½ - 5 ans ; et le troisième, un omnipratricien et un spécialiste de la catégorie 6-8 ans.

Pour chacune de ces catégories (ou périodes de rétention), prédomine donc un type particulier de motif professionnel, ce qui n'exclue pas toutefois son interaction avec au moins un autre :

Je pense que c'est le **type de pratique** générale justement, qui ne me convenait pas. (...) [Mais il y a surtout les **conditions** dans lesquelles j'ai pratiqué]. Ça m'a frustrée beaucoup, ça m'a épuisée, puis je ne voyais plus d'avantage à rester là. Ça a tellement été fort comme 6 mois, quand tu ne dors pas tes nuits pendant une semaine, tu te lèves à toutes les nuits pour aller à l'hôpital, bien veut, veut pas l'être humain se fatigue puis ça vient que tu ne vois plus rien de positif, là. Donc je suis convaincue que si on avait eu un système où je couvrais une nuit sur 4, il y aurait eu des avantages autres à rester là, puis probablement que la décision aurait été différente. (...) Je pense que c'est définitivement le facteur le plus important [soutien insuffisant] qui a enclenché toutes sortes d'autres réactions (...) et l'envie d'aller faire un fellowship. Parce que je n'avais jamais pensé à ça de tout mon cours. (...) J'y ai pensé juste quand j'étais à [nom du lieu de pratique en région], puis que toutes sortes de mauvaises choses arrivaient une par après l'autre. (Spec08, femme, groupe 2, 2 ans)

Ce témoignage d'une spécialiste demeuré seulement deux ans en région montre bien que le facteur déterminant de son départ était relié aux conditions particulièrement lourdes de sa pratique et que, dans ce contexte, s'est développé une insatisfaction par rapport à un type de pratique «qui [lui] convenait moins», ainsi que le besoin d'aller se spécialiser en centre universitaire (deuxième type de motif). Inversement, le deuxième type de motif peut être déterminant mais être renforcé par un autre, en l'occurrence celui relatif aux conditions de la pratique :

En général, la charge de travail était légère, même si les gardes, c'était ... ouf ! On était de garde aux 2, 3, 4 jours, dépendant du nombre qu'on était. (...) Toujours un paget, ça devenait lourd. (...) [Mais le pire c'était la pratique elle-même]. Ça devenait routinier pour moi. Pas après 2 ans, parce qu'on avait tellement d'autres trips [plein air, etc.], mais après 3-4 ans, là, je n'avais plus d'intérêt professionnel, je trouvais ça juste plate. (...) Là j'ai décidé d'aller en fellowship pour faire ma spécialité, pour pas rester là-bas justement, pour revenir dans le milieu universitaire. (Spec05, homme, groupe 2, 5 ans)

Quant au troisième type de motif, il est illustré par l'extrait suivant, auquel s'ajoutent en second lieu des motifs d'ordre contextuel :

Professionnellement pour moi, il y avait la dimension enseignement qui me manquait de plus en plus, j'étais mûr pour ça. (...) L'aspect professionnel était très important, on m'offrait également en région des opportunités intéressantes (...) mais pour moi l'enseignement, je ne pouvais pas retarder ça indéfiniment. (...) En même temps, au niveau familial, ça devenait aussi de plus en plus important. On sentait le besoin de se rapprocher des familles, puis il y avait, je dirais, en termes de timing, c'est probablement le début de l'école, on a dit bon, c'est peut-être le temps, si on ne veut pas avoir à déraciner les enfants de leurs amis, etc. (Omni02, homme, groupe 2, 7 ans)

Lorsque invoqués à la suite du facteur professionnel, les motifs d'ordre contextuel font généralement état de considérations personnelles ou familiale (éloignement ou sentiment d'isolement, bien-être des enfants, séparation d'avec le conjoint) qui sont prises en compte en tant que complément de la décision, ou dont le «timing» est parfait étant donné la raison première du départ.

Lorsqu'ils viennent au premier rang ($n = 6$), ou qu'ils sont invoqués seuls ($n = 4$) les facteurs contextuels du départ prennent également la forme de motifs personnels ou familiaux (retrouver un conjoint vivant en ville; meilleure occasion d'emploi ou de mobilité professionnelle pour le conjoint en milieu urbain; rapprochement avec la famille très peu présente en région, contrairement à la situation des répondants du groupe 1; etc.), mais ils sont en outre dans de nombreux cas associés à des conditions du cadre de vie (perte d'anonymat importante car trop connu du milieu en région; effritement graduel du réseau social en raison des amis qui partent; absence d'écoles privées pour les enfants ayant atteint le niveau secondaire; situation socioéconomique défavorable de la localité; besoin de retrouver le milieu de vie de la grande ville; etc.). Au total, neuf des dix répondants concernés sont demeurés au-delà de deux ans en région, dont sept entre 3 ans $\frac{1}{2}$ et 5 ans (parmi lesquels se trouvent 5 omnipraticiens et 2 spécialistes), comme s'il existait un seuil critique de la rétention se situant autour de quatre ans, et par rapport auquel les facteurs contextuels seraient appelés à jouer un rôle central. À la lumière des données, ces facteurs contextuels qui seraient en cause dans la décision relative à la poursuite ou non du séjour en région au bout de 4-5 ans concerneraient principalement la situation familiale et, en particulier, les aspirations professionnelles du conjoint. En effet, les cinq omnipraticiens et l'un des deux spécialistes font intervenir parmi les motifs premiers de leur départ la situation de leur conjoint (en plus, en certains cas, de l'éloignement de la famille et de l'éducation scolaire des enfants).⁴⁴

Des six répondants qui mettent le facteur professionnel au second rang des motifs du départ (3 omnipraticiens et 3 spécialistes), trois invoquent une charge de travail relativement lourde et un manque de soutien logistique ; des facteurs qui, n'eurent été des motifs familiaux de première importance, auraient pu ne pas être suffisants pour inciter au départ. Deux autres évoquent le besoin de passer à autre chose au plan professionnel et l'attrait du milieu universitaire dans cette perspective. Enfin, une seule mentionne qu'en dehors du motif principal, l'occasion du départ a été fournie par la menace perçue à l'époque de mesures qui seraient mises en place éventuellement pour empêcher les gens de quitter les régions.

En conclusion, dans le groupe 2 la prépondérance beaucoup moins marquée par rapport au groupe 1 des facteurs professionnels du maintien et, inversement, la place plus importante occupée par les facteurs contextuels amènent à soutenir l'hypothèse de la relative banalisation de la dimension professionnelle et du choix qu'elle implique en termes de type et de milieu de pratique, au profit d'un rapport à une expérience globale et momentanée de la vie en région, dont la pratique médicale ne constitue qu'un des aspects. Certains lui ont accordé une place plus importante que d'autres, mais jamais en dehors du cadre de l'expérience à tenter, notamment pour se former mieux ou rencontrer des défis. En règle générale, on dira des facteurs contextuels, que sont l'expérience du cadre naturel et de la vie sociale ainsi que l'insertion du conjoint, qu'ils servent à agrémenter l'expérience professionnelle. Dans le cas d'au moins deux spécialistes n'ayant pas dépassé deux ans en région (tableau 44, colonne 4), ces

⁴⁴ Rappelons qu'au moment du départ, les neuf omnipraticiens et six spécialistes étaient accompagnés d'un conjoint (voir tableau 42), ce qui permet d'expliquer en partie l'écart observé entre omnipraticiens et spécialistes du point de vue des raisons du départ reliées à la situation du conjoint.

facteurs auront même servi à compenser une insatisfaction profonde au plan professionnel. Pour le reste, les spécialistes tendent plus que les omnipraticiens à se satisfaire de la dimension professionnelle pour assurer leur maintien (au moins quatre ans de séjour dans tous les cas).

Par ailleurs, l'absence de famille en région chez la grande majorité des répondants du groupe 2 – alors que dans le groupe 1 la moitié a pu, au contraire, compter sur sa présence – peut être considérée comme une indication de leur instabilité relative ou, à tout le moins, du caractère momentané de leur séjour en région. Chose certaine, l'éloignement de la famille compte parmi les facteurs contextuels du départ fréquemment cités, auxquels s'ajoutent la situation du conjoint (notamment chez ceux dont la durée du séjour aura été de quatre ou cinq ans), l'éducation des enfants et la détérioration d'un certain nombre de conditions de vie au plan social. Quant aux facteurs professionnels du départ, ils se réfèrent soit à des conditions de charge de travail lourde, soit au besoin de se spécialiser ou de rencontrer de nouveaux défis.

6.3.3. L'influence des mesures gouvernementales : les incitatifs du soutien

La rémunération et le ressourcement

Par rapport au groupe 1, la rémunération majorée et les primes ne semblent avoir eu aucun impact lorsqu'on les considère sous l'angle de l'influence positive et donc, en tant que facteurs du maintien. En effet, suivant ce qu'indique le tableau 46, ces mesures n'auraient influencé en ce sens qu'un seul répondant, un spécialiste ayant par ailleurs, on l'a vu, justifié sa décision de demeurer aussi longtemps en région (5 ans en l'occurrence) par des facteurs d'ordre contextuel et professionnel principalement.

Tableau 46 Influence de la rémunération majorée, des primes et du ressourcement selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon

			Omnis	Spécial.	Total
GROUPE 1	Rémunération et primes	Influence positive	10	6	16
		Influence <i>a posteriori</i>	4	6	10
		Influence nulle	2	4	6
	Ressourcement	Influence positive	5	5	10
		Influence <i>a posteriori</i>	8	8	16
		Influence nulle	3	3	6
GROUPE 2	Rémunération et primes	Influence positive	--	1	1
		Influence <i>a posteriori</i>	3	2	5
		Influence nulle	6	6	12
	Ressourcement	Influence positive	5	1	6
		Influence <i>a posteriori</i>	4	5	9
		Influence nulle	--	3	3

Par contre, toujours du point de vue de l'influence positive, le ressourcement est apprécié d'égale manière dans les deux groupes puisque dans chacun, il compte pour le tiers des répondants – les spécialistes et omnipraticiens du groupe 2 étant néanmoins, respectivement sous et sur représentés par rapport à leurs collègues du groupe 1. Cependant, à l'inverse du

groupe 1, le ressourcement semble dans le groupe 2 avoir eu davantage d'influence sur la rétention que la rémunération majorée et les primes:

Sûrement que le ressourcement [était une mesure pour m'inciter à rester]. Je dirais qu'à la longue, il faut avoir des bénéfices pour entretenir, pour compenser la surcharge de travail ou l'éloignement. Moi c'était surtout le ressourcement. (Omni04, femme, groupe 2, 4 ans)

C'est quelque chose que je trouve qui est majeure. Moi je prenais mes quatre déplacements par année pour revenir à Montréal. (...) Pour moi, c'était essentiel, c'était vraiment quelque chose de positif, (...) qui m'a vraiment permis de rester en région puis d'aimer ça. (Omni09, femme, groupe 2, 5 ans)

Ceux qui disent avoir été influencés positivement par le ressourcement comptent pour la moitié des répondants des catégories 3 ans ½ - 5 ans et 6 – 8 ans (respectivement 4 et 2). On n'en trouve aucun parmi ceux dont le séjour n'a pas dépassé deux ans.

En ce qui concerne l'influence *a posteriori* du ressourcement, là encore elle semble avoir un poids équivalent dans les deux groupes puisqu'elle touche la moitié de leurs répondants respectifs, tant omnipraticiens que spécialistes. À l'instar de leurs collègues du groupe 1, les médecins du groupe 2 en parlent comme d'une mesure intéressante dont la finalité est moins de retenir que de soutenir une démarche professionnelle tout en offrant la possibilité de changer d'air de temps en temps. En somme, il s'agit d'une mesure qui ne joue nullement sur la décision de demeurer en région, mais dont on aime profiter ou que l'on a intérêt à **prendre** au passage, dès le moment où l'on s'installe et pour toute la durée du séjour. Les neufs répondants concernés se répartissent d'ailleurs entre les trois catégories de durée de séjour (1 – 2 ans; 3ans ½ - 5 ans; 6 – 8 ans : respectivement 3, 4 et 2 répondants).

Comme pour le ressourcement, l'influence *a posteriori* de la rémunération majorée et des primes joue de manière équivalente pour les deux groupes, sauf qu'en ce cas-ci, elle ne touche dans chacun d'eux que près du tiers des répondants (10/32 vs. 5/18), et non la moitié. De plus, en ce qui concerne le groupe 2, la répartition selon les catégories de durée de séjour ne se fait qu'entre les deux dernières (31/2 – 5 ans et 6 – 8 ans : respectivement 3 et 2 répondants). L'argument présenté dans ce groupe pour étayer le sens d'une telle influence veut que ces incitatifs, sans être des déterminants du maintien, n'en ont pas moins un effet «sécurisant».

Quant à l'influence nulle des mesures ici considérées, et en particulier de la rémunération majorée et des primes, son sens pour le groupe 2 demeure le même que pour le groupe 1 : non seulement n'ont-elles aucun effet direct sur le maintien, mais elle ne font pas non plus figure d'avantage dont on ne peut que tirer profit; au mieux, sont-elles vues comme une compensation normale du fait de vivre et de pratiquer en région (compte tenu du coût de la vie plus élevé et des contraintes associées à la pratique elle-même).

Au total, l'influence des mesures gouvernementales sur le maintien semble surtout prendre valeur positive et être davantage centrée sur l'aspect strictement financier (rémunération, primes) lorsque l'on demeure depuis longtemps en région et que ce séjour correspond moins à une expérience momentanée qu'à un choix de vie (profil du groupe 1). Par contre, le ressourcement exerce de la même manière dans les deux groupes ses influences positives et *a posteriori*, mais il est surtout très apprécié, non pas en tant qu'incitatif du maintien, mais comme mesure de soutien indispensable à l'expérience de la vie en région (influence *a posteriori*).

Les mesures du dépannage et du remplacement

L'analyse du groupe 1 a révélé que les mesures du dépannage et du remplacement permettaient, soit de maintenir la pratique en région chez ceux qui, autrement, pourraient difficilement en supporter la charge (influence positive), soit de faciliter les conditions de cette pratique chez ceux qui, même sans ce soutien, sauraient s'en accommoder (influence *a posteriori*). Ces deux cas de figure regroupent un peu plus de la moitié des répondants du groupe 1 (tableau 47 – n = 17), omnipraticiens autant que spécialistes. Pour le reste, les spécialistes semblent plus enclins à juger de l'inefficacité du remplacement (influence négative : 6 VS 0), et les omnipraticiens, moins susceptibles d'être concernés par celle-ci (influence neutre : 7 VS 2) dépendamment de la nature de leurs activités et de la situation des effectifs médicaux dans leur région.

Tableau 47 Influence des mesures de dépannage selon le domaine de spécialisation et les groupes de l'échantillon

		Omnis	Spéc.	Total
GROUPE 1	Influence positive	5	3	8
	Influence <i>a posteriori</i>	4	5	9
	Influence neutre	7	2	9
	Influence négative	--	6	6
	Total	16	16	32
GROUPE 2	Influence positive	3	2	5
	Influence <i>a posteriori</i>	1	1	2
	Influence neutre	3	2	5
	Influence négative	--	--	--
	N/R*	2	4	6
	Total	9	9	18

* Non réponse (commentaires généraux sur les mesures uniquement, non sur la nature de l'influence exercée sur les répondants eux-mêmes).

Les données pour le groupe 2 indiquent que les influences positives et *a posteriori* regroupent sept répondants également répartis entre omnipraticiens et spécialistes, ce qui représente une proportion comparable au total de ces deux influences pour le groupe 1 et laisse voir ici aussi une appréciation plutôt favorable de la mesure du dépannage quant au soutien apporté. Néanmoins, l'influence *a posteriori* apparaît moins importante que dans le groupe 1. À noter que sur les cinq répondants influencés positivement, quatre (dont 3 omnipraticiens) sont demeurés entre 3 ans ½ et 5 ans en région, l'autre (une spécialiste) n'ayant pas fait plus de deux ans.

Également, si l'influence neutre joue de manière équivalente dans les deux groupes (9/32 vs. 5/18), aucun des propos recueillis auprès des répondants du groupe 2 ne permet de déduire qu'ils aient été influencés négativement. Quoi qu'il en soit de ces résultats, le nombre relativement élevé de non réponses limite, de toute façon, la portée de la comparaison. Par ailleurs, indépendamment de la manière dont ils ont été influencés, les répondants du groupe 2 tendent eux aussi, à l'instar de leurs collègues du groupe 1, à percevoir ces mesures comme un mal nécessaire.

7. Opinion des médecins sur différentes mesures gouvernementales

Nous constatons que les connaissances des médecins omnipraticiens et spécialistes au sujet des mesures mises en place par le gouvernement pour attirer et maintenir les médecins en régions éloignées sont très différentes d'un groupe de médecins à l'autre selon leur niveau d'exposition à ces mesures. Ainsi, les résultats discutés ici reflètent principalement l'opinion des médecins du groupe 1 et du groupe 2. Seulement deux médecins des groupes 3 et un médecin du groupe 4 ont émis une opinion sur les mesures gouvernementales.

En général, les mesures gouvernementales favorisant l'attraction et le maintien des médecins en région éloignée sont perçues très positivement et sont appréciées tant chez les omnipraticiens que les spécialistes. En fait, il semble que les changements des dernières années pèsent davantage dans la balance principalement lors de la décision de maintenir sa pratique en région. Les médecins s'entendent pour affirmer que ces mesures sont essentielles et considèrent que les mesures coercitives doivent être évitées. La majorité indique que les incitatifs financiers sont suffisants.

7.1. Bourses d'étude

Deux perceptions des bourses sont relevées dans le discours. La première consiste à voir les bourses comme une mesure positive puisqu'elle permet aux régions d'accueillir des médecins qui ne seraient jamais venus, et ce, même si ces médecins ne viennent que pour la durée de leur service. Les bourses sont considérées comme une façon de garantir au minimum d'entrées de nouveaux médecins en régions et comme mesure d'efficacité limitée pour répondre aux besoins. Un autre aspect soulevé est que les jeunes médecins ont des dettes et les bourses peuvent les aider. Certains en profiteront et viendront quelques années en régions.

«... il y en a qui viennent 3-4 ans, j'en ai eu des collègues, c'est ça, mais c'est correct pour moi. Tant qu'à moi, s'il n'avait pas eu ça, il ne serait même pas venu. Ça fait que de dire que ça ne vaut rien pour la rétention peut-être, mais pour le recrutement, je ne sais pas. Puis si un médecin est là dans une région où il y a un manque de médecins, puis il est là 4 ans...en tout cas... Il ne serait pas venu, là. Ça fait que ça joué. » (Omni 15, homme, groupe 1)

La seconde perception, la plus dominante, exprimée à l'égard des bourses est plutôt négative. Plusieurs médecins rencontrés jugent que cette mesure est inefficace tant au niveau de l'attraction que de la rétention. D'une part, ils jugent que cette mesure n'est pas suffisamment attirante financièrement, ni suffisamment coercitive puisqu'il y a possibilité pour les médecins finissants de rembourser leur dette plutôt que d'aller exercer dans une région désignée. D'autre part, elles sont perçues comme des « attrapes » et n'attirent que ceux qui ont de gros besoins financiers et qui ne sont pas nécessairement attirés par la pratique en région. Les bourses ne favorisent pas l'implication, la création d'un noyau professionnel homogène en région puisque dès l'arrivée, le jeune boursier songe à quitter.

«Tant mieux si la personne reste, mais j'ai pas beaucoup d'expérience en dehors d'ici, parce qu'on n'en a pas eu souvent, mais ceux qui en ont eu ici sont repartis en général. Ils sont venus faire leur temps puis ils sont repartis. Pas nécessairement qu'ils n'aimaient pas le

travail, mais ils ne sont pas venus dans l'optique qu'ils s'en venaient pratiquer ici.» (Omni09, homme, groupe 1)

Certains critiquent les restrictions relativement au choix du lieu d'exercice. En restreignant à certaines municipalités les possibilités d'exercice, on limite le nombre de candidats potentiellement intéressés à la pratique en région. Selon eux, il faut favoriser l'accès aux régions peu importe la ville afin de créer une masse critique favorable au recrutement et au maintien.

«Je veux dire, on est en déficit partout en Gaspésie, c'est sûr que Gaspé c'est moins pire que Chandler ou St-Anne-des-Monts, mais si on veut remplir Ste-Anne-des-Monts puis Chandler avant de combler les effectifs ici parce qu'ils sont plus en besoin, je comprends que le gouvernement veuille faire ça, par contre, si j'étais médecin résident, puis j'avais à choisir une bourse, je ne la prendrais pas actuellement.» (Omni07, homme, groupe 1)

«Si j'étais allée travailler à Rimouski, même s'il n'y avait pas de poste, je suis pas mal convaincue que je serais entrée là.» (Spéc08, femme, groupe 2)

En somme, les bourses sont principalement perçues tant par les omnipraticiens que les spécialistes comme étant un piètre moyen d'attirer les médecins en région dû principalement à la possibilité de rembourser et aux restrictions sur les lieux. Elles ne sont pas considérées comme un moyen indirect de favoriser le maintien.

7.2. Stages

Un consensus émerge des entrevues à l'égard des stages rémunérés en région. Indiquée plus particulièrement par les médecins spécialistes, cette mesure est considérée très positivement tant au niveau de son potentiel d'attraction que de rétention des médecins. Les stages sont des moyens privilégiés de faire connaître aux jeunes médecins la pratique en région et au milieu de connaître mieux les candidats potentiels. Il faut, selon eux, les favoriser davantage.

«Offrir des stages payés, comme ils le font maintenant, mais les favoriser davantage. Offrir des incitatifs aux gens pour aller faire des stages en région, pour que ça les paye et que ça les... et en même temps, ça va les sensibiliser, ça va... et tous les gens, les étudiants que j'ai côtoyés ici, ils ont adoré la région l'été... Et il y en a plusieurs qui sont revenus comme permanents.» (Omni08, homme, groupe 1)

«...moi je pense que les stages en région, c'est important. Ça démystifie, ça dédramatise, tu te rends compte qu'il y a plein d'aspects positifs, le plein air, whatever, la culture aussi de chaque région, ...» (Spec07, femme, groupe 2)

7.3. Ressourcement

Les mesures de ressourcement sont très appréciées par les médecins du groupe 1. Quant aux médecins du groupe 2, ils les considèrent très attrayantes et auraient généralement aimé pouvoir en bénéficier à l'époque où ils étaient en région. Le ressourcement est discuté principalement comme une mesure favorisant le maintien mais est aussi perçu en tant que facteur contribuant à l'attrait en offrant une occasion de maintenir à jour des connaissances.

«Bien, je pense que c'est bien, ça peut enlever des craintes à ceux qui ont peur parce que ça c'est une autre chose, les gens ont peur aussi d'être isolés et de perdre tout de suite leur... là ils sont tous à jour et ... mais je pense que c'est bien. Je pense que ça peut encourager si quelqu'un ça lui tente, mais je ne suis pas sûre que ça..» (Omni 01, femme, groupe 3)

On souhaite cependant que ces mesures soient ajustées aux coûts réels et bonifiées en fonction des distances à parcourir. Le nombre de jours disponibles annuellement est généralement considéré très suffisant. Par contre, le nombre de transports est quasi unanimement jugé insuffisant. Il est proposé de reporter aux années suivantes les « transports » qui n'auraient pas été utilisés au cours d'une même année. De façon générale, les médecins rencontrés souhaitent l'inclusion du conjoint ou de la famille dans ces mesures et l'élargissement de la formule de manière à inclure des journées de ressourcement personnel et familial, à l'instar des régions isolées.

Deux problèmes sont soulevés lors des discussions sur le ressourcement. Premièrement, les médecins spécialistes ont indiqué ne pas pouvoir facilement bénéficier des mesures de ressourcement puisque les régions ont rarement un noyau suffisant de spécialistes. Deuxièmement, plusieurs médecins ont exprimé des difficultés à s'inscrire aux différentes activités de formation dans les grands centres. Ceux-ci se plaignent d'être avisés trop tard et du nombre limité de places.

7.4. La rémunération différenciée ou progressive

Tout comme pour les mesures de ressourcement, la rémunération différenciée est une mesure très importante et positive pour assurer la présence de médecins en région. Les derniers changements sont jugés significatifs et perçus par les médecins (tous groupes confondus) comme une reconnaissance du gouvernement du travail des médecins en région (complexité de la pratique et éloignement). Difficile de conclure sur son impact quant à l'attraction et au maintien. Pour certains ce n'est sans doute pas un élément décisif dans l'installation mais on s'accorde sur le fait que la rémunération différenciée contribue certainement au maintien de médecins déjà en place. Pour d'autres, elle attire mais une fois sur place, se sont d'autres facteurs qui seront décisifs au maintien.

«Je dirais que les incitatifs qu'il y avait pendant mes premières années de pratique ici, ces incitatifs-là n'ont jamais pesé dans la balance pour que je reste ici ou pas. Les incitatifs qu'on a actuellement, ça commence...tu commences à y penser à dire oui, ok parfait, je m'en retourne en ville, pour le même travail, oups, je vais faire tant de revenu, ça commence à faire une bonne différence.» (Spéc12, homme, groupe 1)

«..., j'ai connu le 115%, puis là je connais le 130-135%. De faire reconnaître que j'ai décidé de rester... en tout cas moi j'ai la perception qu'on veut reconnaître la rétention des gens. Je pense que c'est une bonne porte puis en tout cas pour entendre parler mes autres confrères, il y en a que c'est ça qui a fait qu'ils étaient rendus à l'étape... ah, pour 15%, je peux retourner en ville à 100%, puis... mais le 130-135% a pesé quand même dans la décision.» (Omni11, homme, groupe 1)

«Parce qu'à un moment donné c'est beau la paye, la 1ère année, la 2ème année, vous avez remboursé vos dettes, tatata.... Mais si la charge de travail ou la qualité de vie se détériore avec les années, la paye...c'est secondaire.» (Omni30, femme, groupe 1)

«..., moi j'ai des confrères qui ont quitté et qui étaient désolés de perdre tous ces avantages financiers, mais le conjoint n'était plus du tout heureux. Par contre, ils ne seraient jamais

venus en région s'ils n'avaient pas eu ces avantages salariés-là. Ça c'est bien clair aussi.» (Spéc04, femme, groupe 1)

Un élément ressort des discussions relativement à cette mesure est la notion d'écart « suffisant ». Plusieurs médecins du groupe 1 font ressortir l'importance de maintenir un écart important entre les avantages reçus d'une pratique en région comparativement à une pratique urbaine ou même à l'intérieur d'une même région éloignée entre les points de services les mieux et les moins bien pourvus. Ils sont clairement en désaccord avec la décision de remettre la rémunération à 100% dans les grands centres. Cette décision a, selon eux, des répercussions importantes tant sur le recrutement que le maintien.

« C'est sûr que ce qui nous a fait le plus mal, je dirais en recrutement et en rétention, c'est quand l'an passé on a coupé le 70% puis qu'on a grimpé à 100%, je pense que de perdre cette différentielle-là ça été énorme. Le recrutement a été zéro l'an dernier...» (Omni13, homme, groupe 1)

«...l'autre affaire qui agace les gens, c'est les pourcentages par rapport aux régions. Ici on est, en spécialité on est à 145 et je pense que Rimouski est rendu genre 130-135. Il n'y a pas une grosse différence puis c'est quasiment un milieu universitaire, Rimouski. Ça agace beaucoup les gens.» (Spéc07, femme, groupe 1)

Cette logique de l'écart s'exprime également dans la reconnaissance d'une pratique différente en région qui selon certains pénalisent financièrement les médecins des régions et permet à ceux des grands centres de s'assurer un revenu comparable ou supérieur aux médecins des régions.

«..je pense que tu peux gagner autant en ville qu'en région, là. Pour le revenu annuel, à la fin de l'année, il n'y a pas une énorme différence. Peut-être un peu plus, mais... je serais.. c'est certainement pas 40%. Toutes primes confondues, là, on arrive à peu près au revenu de quelqu'un qui travaille en ville. ... il y a pas beaucoup de pédiatres qui gagnent au-dessus de 300 000\$ en région. Il y en a en ville.» (Spéc09, homme, groupe 1)

«Regarde.. là... je ne vois pas mes patients pour leur dire regarde, ton cholestérol est élevé, on va commencer une médication. Je fais ça au téléphone. Ça fait qu'il y a un grand bout que je fais ça, que je ne suis même pas payée pour ça. Puis on n'a pas le temps, on n'a pas le temps de les voir ces patients-là. Mais en ville, ils sont vus. Puis ils sont shlouc-shlouc mur à mur. Ça fait qu'un patient type, je vais le voir une fois par année pour son examen annuel, mais je vais peut-être l'appeler 3-4 fois dans l'année. Dépendamment de.... des besoins. Puis ça c'est pas reconnu.» (Omni14, femme, groupe 1)

7.5. Prime de rétention

Ces primes sont vues très positivement et reçues comme une mesure juste par rapport aux nouveaux venus à qui on offre beaucoup d'avantages.

« C'est bien important. Parce que s'il n'y avait pas ça, t'aurais l'impression que le candidat qui vient d'arriver est avantage par rapport à toi.» (Spéc31, homme, groupe 1)

7.6. Dépannage

Le dépannage est une mesure jugée nécessaire afin d'assurer une certaine stabilité des effectifs en région et de rassurer les médecins intéressés à s'installer en région. Des médecins spécialistes ont exprimé leur difficulté à recruter pour le dépannage dû au fait qu'il n'y a pas de bonification. Selon eux, la « bonification » serait offerte lorsque la localité est à moins de 50% du plan d'effectif prévu. Or, d'après les répondants, le nombre de spécialiste est souvent petit et le départ ou l'arrêt de travail d'un collègue peut avoir des répercussions importantes sur la charge de travail des spécialistes restants, et ce, même s'ils sont à plus de 50% du plan d'effectifs. Certains parlent d'organiser des systèmes de répit, un jumelage entre hôpitaux des régions et les CHA.

«Bon ici, nous autres on le vit en chirurgie, on est... il y a 3 chirurgiens, il y en a un qui est parti... en tout cas. A cause des maternités et tout ça, là, ils se trouvent à être quasiment 6 mois de temps à faire une semaine de garde sur 2. Parce que, ayant pas droit quand l'effectif est à 3 et qu'il y en a juste un de parti, bien c'est pas en bas de 50%, quand ils vont sur le réseau de dépannage, c'est pas évident d'aller en chercher. Alors qu'à Chandler, qui est à 1½ heure d'ici, le gars qui réveille là a 300\$ de plus par jour. Mais sur une semaine, c'est 2000\$ de plus.» (Spéc 08, homme, groupe 1)

L'aspect financier du dépannage pourrait selon certains nuire à l'installation de médecins en région et n'est pas toujours bien vu par les médecins des régions qui ont de la difficulté à accepter que des médecins itinérants soient mieux payés qu'eux.

«...ils font du dépannage dans 5 endroits en région, puis avec ça ils ont un aspect financier très très intéressant, donc entre avoir une prime pour aller s'installer à quelque part puis rester en ville et aller faire du dépannage quand on veut, je pense qu'il y en a beaucoup qui ont choisi de faire du dépannage quand ils veulent.» (Spéc 02, femme, groupe 2)

7.7. Plafonds

Les médecins spécialistes considèrent que les plafonds sont illogiques en région et ont des conséquences sur l'offre de services. Ils créent beaucoup de frustration chez les spécialistes qui les ont atteints. Les coupures arrivent a posteriori alors que les services ont été rendus. De plus, les médecins ne peuvent être informés à l'avance de leur situation face au plafond. Les besoins sont là et ils ne peuvent y répondre sans être pénalisés. Déplafonner la pratique en région serait selon certains une mesure très incitative à la pratique en région.

«... quand on plafonnait, on perd notre 45%, on tombe à 100%. Puis ça habituellement, c'était novembre, décembre que tu plafonnais. Mais je veux dire, tu fais ça une fois dans ta vie puis après ça tu ralentis. Tu travailles moins, tu prends tes lundis de congé ou des vendredis, parce qu'ils te coupent en janvier, février. Ils te payent et après ça ils viennent te le chercher....» (Spéc10, femme, groupe 1)

7.8. Solutions proposées par les médecins des groupes 1, 2, 3 et 4

7.8.1. Mesures financières

Les mesures proposées par les répondants sont majoritairement de nature financière. Elles consistent principalement à maintenir et étendre les primes d'installation, de rétention, à contribuer au défraiement du déménagement et à majorer les bourses offertes afin de les rendre plus attrayantes, et plus difficiles à rembourser. Finalement, certains suggèrent de réfléchir à des mesures fiscales particulières (ex. : crédits d'impôt) favorisant les médecins installés en régions éloignées et isolées puisque les incitatifs associés à la rémunération sont jugés actuellement très adéquats et qu'ils font partie de la catégorie de citoyens les plus imposés. De plus, on souligne la nécessité de standardiser et de stabiliser les mesures régionales offertes.

7.8.2. Vie personnelle

Les mesures associées au conjoint et à la famille sont également citées. La rétention étant étroitement liée à la possibilité pour le conjoint de trouver un emploi équivalent à ce qu'il aurait en ville. De plus, il est proposé d'inclure des sorties récréatives pour les dépendants.

7.8.3. Vie professionnelle

Sur le plan professionnel, on propose d'organiser un système de dépannage, de répit qui tiendrait compte du contexte de chaque milieu. Associé à cette mesure, il est proposé de songer à un support logistique des médecins qui bénéficieront de ces services afin d'éviter une surcharge de travail au retour.

« ... quand je partais, ..., il fallait vraiment que je demande, s'il vous plait, à quelqu'un, en sachant que ça l'emmerdait, tu sais, donc je ne le faisais jamais. ... Le dépanneur qui vient à Chandler faire une semaine d'hospit là.... ou qui vient faire de l'urgence, lui, quand il part, tous ses résultats de labo qui arrivent dans une semaine, dans 2 semaines,... , le DSP s'en occupait. ... Les anormaux, il s'en occupait, il prenait la relève, puis il se débrouillait avec. Tu vois là..? Deux poids, deux mesures. » (Omni01, femme, groupe 2)

7.8.4. Formation en médecine et formation continue

Au niveau de la formation, deux points sont soulevés. Le premier consiste à favoriser davantage les personnes originaires des régions lors des admissions en médecine et à sonder davantage la vision des candidats à propos des régions. Le second vise à exposer les étudiants aux régions tôt dans leur formation afin de briser rapidement les préjugés à l'égard de la pratique médicale (en omnipratique ou en spécialité) en région.

Faciliter l'accès aux formations continues dans les grands centres en accordant une priorité aux médecins des régions et accroître le nombre de transports annuellement permis pour le ressourcement professionnel.

8. Résultats des groupes de discussions avec les étudiants et les résidents en médecine (groupe 5)

Les résultats sont présentés en fonction des quatre thèmes que nous avons ciblés dans les discussions. Le premier thème, « Les rêves de carrière », vise à mieux connaître les participants et leur vision de la pratique de la médecine. Le second thème, « Les critères d'établissement de la pratique », permet d'établir une liste exhaustive des principaux facteurs considérés par les étudiants et résidents et d'en identifier l'importance dans leur éventuel choix d'un lieu de pratique. Le troisième thème, « La pratique en dehors des centres universitaires », permet de connaître la perception des participants à l'égard des régions et de la pratique médicale dans ces milieux. Finalement, le quatrième thème, « Les incitatifs à la pratique en dehors des grands centres », renseigne sur l'attrait et le rôle des mesures incitatives dans le choix d'un lieu de pratique pour des étudiants et des résidents participants.

Une grille de discussion a permis d'assurer une couverture adéquate de tous les thèmes dans chacun des quatre groupes. Nous vous rappelons que le thème 2 a fait l'objet d'un exercice de priorisation auprès des participants. Ainsi, après avoir discuté et établi la liste des différents facteurs considérés dans le choix d'un lieu de pratique, les participants devaient réfléchir individuellement aux facteurs qu'ils jugent les plus importants pour eux. Chaque participant a reçu vingt points et devait les allouer selon l'importance accordée aux facteurs jugés les plus importants dans son propre processus décisionnel.

Enfin, il est important de rappeler ici que compte tenu de la nature qualitative de cette démarche, les résultats constituent des hypothèses plutôt que des conclusions définitives. Même si les tendances et les résultats observés semblent logiques et fiables, il n'existe aucun moyen de s'assurer que ces résultats sont représentatifs de l'ensemble de la population des étudiants et résidents en médecine du Québec.

8.1. Description des participants

Au total, 41 étudiants et résidents en médecine ont participé aux groupes de discussion. Ils se situent à divers stades de leur formation médicale. Seulement 20% des participants sont en 4^{ème} ou 5^{ème} années. Ils sont originaires de toutes les régions du Québec. Les femmes représentent 61% des participants. Près de 59% vivent en couple au moment de l'étude.

Tableau 48 Caractéristiques des participants aux groupes de discussions

Caractéristiques des participants (en nombre)	Total n = 39*	McGill n = 8*	Montréal n = 11	Laval n = 13	Sherbrooke n = 7
Sexe					
Femmes	24	7	7	7	3
Hommes	15	1	4	6	4
Études					
pré-doctorales	34	7	11	9	7
post-doctorales	5	1	-	4	-
Niveau d'études médicales					
1 ^{ière}	10	4	2	1	3
2 ^{ème}	4	-	2	1	1
3 ^{ème}	12	-	5	4	3
4 ^{ème}	2	1	1	-	-
5 ^{ème}	6	2	1	3	-
Intentions de spécialisation					
Oui	23	5	6	7	5
A. Statut marital					
En couple	23	3	9	7	4
Avec enfants	4	0	3	1	0
Lieu d'origine					
Montréal	4	2	-	2	-
Banlieue de Montréal	9	4	2	2	1
Gaspésie/Baie des chaudières	3	2	1	-	-
Abitibi/Témiscamingue	2	-	1	-	1
Rimouski/Jonquières	2	-	1	1	-
Îles de la Madeleine	1	-	1	-	-
Bas St-Laurent	2	-	1	1	-
Québec	5	-	2	2	1
Lanaudière	1	-	-	1	-
Banlieue de Québec	2	-	-	2	-
Côte Nord	1	-	-	1	-
Beauce	1	-	-	1	-
Sherbrooke	2	-	1	-	1
Saguenay/Lac St-Jean	2	-	1	-	1
Basses Laurentides	1	-	-	-	1
Richelieu	1	-	-	-	1
Lieu des études collégiales					
Région de Montréal ou de Québec	22	6	5	7	4
Autre diplôme universitaire avant la médecine					
Oui	15	2	8	3	2
Boursier MSSS					
Oui	5	2	1	2	3

*Deux participants n'ont pas complété les fiches d'inscription pour l'université McGill

8.2. Thème 1 : Les rêves de carrière

8.2.1. Définition des rêves de carrière

Dans l'ensemble, les étudiants en médecine abordent leur carrière de façon très naïve, ne connaissant rien du quotidien du médecin.

Un grand besoin d'altruisme, un sentiment de réalisation dans la relation d'aide, un grand besoin de se dépenser pour les autres et de se dépasser, un besoin d'écoute des autres et une grande curiosité intellectuelle sous-tendent le choix de cette orientation de carrière.

On retrouve trois grandes familles de motivation pour choisir la médecine :

1. Le médecin traditionnel à la « Dr Welby ». On s'imagine comme médecin de famille soulageant les gens de sa communauté. C'est l'image du médecin « bon père de famille » qui s'implique et qui est fier de jouer un rôle positif dans son milieu. Cette image de la médecine se retrouve surtout parmi les étudiants de l'Université de Montréal et de l'Université Laval.⁴⁵
2. Le médecin sauveur de l'humanité de type « sans frontière ». On se voit pratiquer partout sur la planète où règne la misère et la détresse humaine. C'est un milieu toujours nouveau, stimulant et surtout très gratifiant. Cette motivation est plus présente chez les étudiants de l'Université McGill.⁴⁶
3. Celui qui recherche la relation d'aide, les contacts humains dans son milieu. On valorise les contacts humains et on aime ce qui est lié à la santé. Parmi ces personnes on en retrouve quelques-unes qui proviennent de la recherche biomédicale et qui souffraient du manque de contact avec les gens dans leur première carrière. Ce sont surtout des étudiants de l'Université de Montréal et des étudiants plus âgés.⁴⁷

On a aussi mentionné plusieurs autres motivations ou rêves, de façon occasionnelle, comme :

- Le désir de travailler en urgence pour sauver des vies. Un poste excitant, jamais monotone.⁴⁸
- Enseignement et recherche dans un grand centre universitaire.⁴⁹
- Devenir un spécialiste.⁵⁰
- Une profession jamais ennuyante où on doit toujours apprendre quelque chose de nouveau.⁵¹
- Travailler dans un hôpital, une carrière jamais monotone, un rêve d'adolescent, un bon boulot bien payé.

⁴⁵ Laval : 5, U de M : 4, McGill : 2, Sherbrooke : 1

⁴⁶ McGill : 5, Laval : 2, Sherbrooke : 2

⁴⁷ U de M : 4, Laval : 1, Sherbrooke : 1

⁴⁸ McGill : 2, Laval : 1

⁴⁹ U de M : 2, McGill : 1

⁵⁰ Laval : 2

⁵¹ U de M : 1, Laval : 1

8.2.2. Quand l'idéal se modifie-t-il ?

L'étudiant, à mesure qu'il avance dans son parcours scolaire, découvre la réalité quotidienne de la médecine. Il semble toutefois que durant les trois premières années consacrées davantage aux études qu'à la pratique, les motivations ne changent que faiblement. Certains étudiants en début d'externat semblaient peu conscient du quotidien du médecin, que ce soit en régions ou dans un centre urbain. Une seule exception : l'appel international se transforme en pratique ici car on se rend compte qu'on peut très bien aider dans notre propre communauté et satisfaire son besoin d'exotisme via des voyages récréatifs.

Au gré des stages, l'étudiant découvre la vie du médecin et il peut alors prendre une décision éclairée, c'est-à-dire choisir la médecine familiale ou la spécialisation, en régions ou en centres urbains.

8.2.3. L'image du médecin – le médecin comme on le perçoit

À leur arrivée en médecine, les jeunes se font encore un portrait « idyllique » du médecin, personnage qui sauve des vies et est au service des malades. Le médecin est un personnage important de sa communauté et on lui reconnaît une grande valeur.

Plus concrètement, le médecin est vite perçu comme un travailleur autonome, libre de gérer sa carrière à sa guise et de décider de ses horaires de travail. Il sait qu'il aura à effectuer des gardes occasionnellement. Il sait aussi qu'au cours des dernières années, ces gardes sont passées d'occasionnelles à régulières. Dans ce cadre, où le médecin est son propre maître d'œuvre, il est difficile d'accepter des contraintes majeures comme un stage obligatoire de quelques années en région avant d'obtenir l'autorisation de s'installer dans un grand centre.

La médecine, avec son immense variété de possibilités, permet d'offrir des défis à quelqu'un tout au long de sa vie même si on pratique la médecine familiale.

« On peut faire de l'éducation, de la prévention, on peut aller sur les maladies, on peut aller en soins palliatifs, aider les gens... C'est vraiment vaste comme domaine et c'est aussi un domaine que je ne pense pas qu'un jour, je vais finir par trouver ... je vais toujours faire la même chose, parce que c'est vraiment stimulant. » (Montréal, Femme)

Pour une bonne proportion des étudiants interrogés, la médecine spécialisée représente le haut de gamme de la pratique médicale, celle qui dépanne et aide les généralistes à solutionner les problèmes de santé les plus complexes. Les généralistes sont des médecins qui s'attaquent aux problèmes courants de santé et qui font toutes les formes de suivis. Quelques étudiants incorporent la médecine préventive dans cette pratique et y accordent une place importante aujourd'hui et grandissante dans l'avenir.

« Il n'y a pas beaucoup de rôles modèles positifs ou de belles expositions à la médecine familiale et souvent, au cours de l'externat et ce qui fait qu'au bout de 5 ans, la médecine familiale, dans certains cas, c'est encore des fois comme un deuxième... c'est comme moins hot, c'est moins... Alors que dans une certaine mesure, être un bon médecin de famille et tout ça, c'est un gros défi au même titre qu'être, et parfois plus, qu'être bon dans ta spécialité, dans ton organe. Il y a et j'en suis conscient, il y a du aussi : « Je ne veux pas être juste médecin de famille ». Malheureusement, il faut que je l'avoue. » (Montréal, Masculin)

«... quand on arrive à l'externat, aussi c'est parce qu'on a une exposition aussi, un peu biaisée parce qu'on fait des rotations entre spécialités et ce que l'on voit en spécialité, c'est ce qui n'a pas marché chez le médecin de famille. On ramasse tout le temps ce qui n'a pas marché et on a l'impression que ça ne marche jamais non plus. » (Montréal, Masculin)

On suppose aussi que la pratique du médecin en régions est différente de celle dans les grands centres car la vie même y est différente : plus relaxe, plus près des gens, moins stressante, plus familiale. De plus, la pénurie de ressources en régions rend l'exercice de la médecine plus difficile et on ne voit pas le bout du tunnel dans un avenir rapproché. Cela inquiète tout le monde qui craint une forme ou l'autre d'épuisement professionnel ou un manque de temps pour « vivre » sa vie personnelle et familiale.

8.2.4. Les types de pratique envisagée par les étudiants

Les intérêts sont fort variés parmi les étudiants. On retrouve de tout, allant de la médecine familiale à des spécialités et même des surspécialités.

Une minorité veut pratiquer dans un environnement plus contrôlé, plus prévisible ne faisant que de la pratique en cabinet. Plusieurs se voient en pratique familiale conjuguant de la pratique en milieu hospitalier, des urgences, parfois du CLSC à une pratique étendue de la médecine familiale.

Les cliniques sans rendez-vous, où on devient vite un « grippologue » et où on ne voit pratiquement jamais les mêmes patients, intéressent très peu. C'est vu un peu comme une médecine de deuxième classe où les revenus seraient plus importants que la médecine en soi.

Dans chaque université, nous avons rencontré des étudiants qui espéraient une carrière dans l'enseignement et la recherche. Parfois, on déplorait que cette option ne soit pas disponible en régions car on aurait aimé s'y fixer et y élever sa famille.

« Pourquoi en CLSC ?...Parce que même si tu es moins bien payé, tu as plus de temps avec chaque patient. »

8.3. Thème 2 : Les critères d'établissement de la pratique

Dans l'ensemble, les critères considérés par les étudiants et jeunes médecins se regroupent sous 5 grands thèmes, dans cet ordre :

1. Les facteurs liés à la vie personnelle (36 % de toutes les mentions)
2. Les facteurs liés à la pratique médicale (34 % de toutes les mentions)
3. Les facteurs liés à la région en tant que tel (17 % de toutes les mentions)
4. Les facteurs liés au « savoir » et à la mise à jour des connaissances (10 % de toutes les mentions)
5. Les facteurs financiers (2 % de toutes les mentions)

Le sexe, la situation familiale, l'âge, la détention d'un autre diplôme avant la médecine constituent les plus importants facteurs de différenciation entre les personnes. L'université de provenance de même que l'origine géographique (région rurale vs urbaine) ne sont pas toujours de bons prédictors.

8.3.1. Les facteurs liés à la vie personnelle (36 % de toutes les mentions)

Ce facteur est l'un des plus importants, presque aussi important que la pratique médicale. Il est constitué des éléments suivants :

- La possibilité que le conjoint puisse aussi avoir une carrière enrichissante. Presque tous les conjoints des participants détenaient une formation universitaire et aspiraient à une carrière intéressante et stimulante, chacun dans leur domaine respectif. Quelques-uns d'ailleurs œuvraient dans des spécialités très pointues rendant la localisation hors de Montréal ou de quelques autres grandes villes canadiennes quasiment impossible.

Quelques couples étaient formés de deux médecins. Même pour ceux-là, on sentait certaines appréhensions puisque selon les PREM, la mobilité est très restreinte pour certaines spécialités. Conjuguer les contraintes associées à deux types de médecine est difficile et encore plus si on a bénéficié du programme de bourses de pratique en régions éloignées, cela ajoutant de nouvelles contraintes.

Cet élément était plus important pour les étudiants de l'Université de Montréal et de l'Université Laval.

« Les femmes travaillent aussi. On est mal placé, d'un côté ou de l'autre pour dire de changer de profession, ce que tu as toujours voulu faire, juste pour t'installer en régions. ...Moi j'écrase ton rêve, ça ne marche pas. »

« C'est pu comme avant, le pourvoyeur de la famille. C'est pas comme je suis le médecin, pourvoyeur de toute ma famille. Ma famille me suit. C'est plus ça. »

- La recherche d'une qualité de vie personnelle : des avantages pour soi. La signification qu'on accorde à cet énoncé varie selon les individus interrogés : moins de transport et d'embouteillage, proximité des sites de pratique des sports et loisirs, rythme de vie moins rapide, moins stressant, proximité de la mer et des cours d'eau, proximité des commodités, des magasins de toutes sortes, des restaurants, des salles de cinéma, théâtres, bars, etc.

Et c'est à l'Université de Sherbrooke qu'on y est le plus sensible.

« Il y a beaucoup moins de stress en régions qu'en ville. Tu as plus de temps dans ta journée... Moins de perte dans les déplacements, par exemple. »

- Supporter et être supporté par sa famille élargie. Les femmes en médecine et les conjointes des médecins sont particulièrement sensibles à cet élément. Elles veulent être présentes pour leur famille, elles veulent les aider au besoin et surtout elles veulent que leurs enfants connaissent les divers membres de leur famille et soient en contact avec eux de façon régulière et pas seulement à Noël ou lors de fêtes familiales. Elles espèrent aussi bénéficier d'un soutien en cas de besoin comme du gardiennage de dernière minute où lorsqu'un

enfant est malade. La présence de la famille élargie dans un rayon géographique accessible facilement et rapidement permet d'espérer un meilleur équilibre travail-famille.

Cet élément est important pour tous les étudiants, sauf ceux de l'Université Laval. Peut-être ces derniers ont-ils été moins exposés aux familles éclatées et réparties géographiquement sur un plus grand territoire.

« ...C'est vraiment particulièrement aidant quand tu commences ta famille et tu as besoin. C'est pratique d'avoir des parents ou des frères ou des sœurs proches qui vont prendre le flambeau sur un 10^e, le matin parce que tout à coup, toi et ton conjoint, pouvez pas. »

« ...Cela me prendrait 8 heures de route pour venir voir ma famille à Québec. Mais moi, idéalement, je voudrais être à 2 ou 3 heures maximum de la ville d'où je viens. »

- Un milieu de vie pour sa famille. On souhaite un milieu de vie familiale à l'échelle humaine. On recherche une vie de quartier, un milieu scolaire de qualité, des activités de sports et loisirs variées pour les enfants. On veut que les enfants se sentent enveloppés dans leur milieu et que ce dernier leur offre toutes les possibilités de développement.

Cela est important pour tout le monde, particulièrement pour les étudiants de l'Université Laval.

- La vie sociale. On veut une vie sociale et communautaire riche. On parle de déracinements, de réseaux d'amis à refaire, de liens à renouer chaque fois qu'on déménage. On craint de devoir se déraciner une nouvelle fois. La plupart ont dû le faire pour aller aux études. On parle aussi du réseau d'ami(e)s des conjoint(e)s. Une installation en région, c'est souvent synonyme d'un recommencement.

Cet élément est plus important parmi les étudiants de l'Université Laval.

- La reconnaissance du milieu. Pour certains, on apprécie qu'en régions, souvent le médecin est reconnu par son milieu. On aime ce sentiment d'importance, de reconnaissance de la contribution au milieu.

Cela n'a pas été mentionné par les étudiants de l'Université Laval.

8.3.2. Les facteurs liés à la pratique médicale (34% de toutes les mentions)

On a vu l'importance du milieu de vie et de la famille et, presque ex-aequo, on retrouve les différents aspects de la pratique médicale proprement dite. Certains éléments militent favorablement en faveur des régions tandis que d'autres démontrent des aspects qui rendent la vie en régions plus difficile et parfois inacceptable pour certains.

La personnalité du médecin est un facteur clef lorsque vient le temps de choisir une région plutôt qu'une autre. En effet, plus le médecin recherche d'une autonomie, une pratique élargie et un contrôle complet de la condition de ses patients, plus celui-ci sera susceptible de considérer pratiquer en dehors des grands centres et assez loin. Le nombre restreint de collègues et l'absence de certaines spécialités ne l'inquiètent pas, mais au contraire le stimule. Il y voit un défi plus grand, une obligation de pratiquer une médecine plus large qu'il doit continuellement mettre à jour.

Les facteurs positifs :

- Une pratique plus diversifiée et une autonomie accrue en pratique familiale. En régions, le manque de médecins (omnipraticiens et spécialisés) offre aux médecins en médecine familiale une pratique plus diversifiée, élargie. En effet, le médecin suit son patient du début à la fin, demande moins souvent des consultations et fait le suivi de son patient après une consultation. De plus, en régions, les médecins sont appelés à une plus grande polyvalence : urgence, cabinet, CLSC, soins prolongés, etc. Ils ont plus de responsabilités professionnelles.

Cela est particulièrement vrai pour les étudiants des universités Laval et Sherbrooke.

« Il faut qu'on soit capable d'une certaine forme de débrouillardise dans les régions. »

« Je trouve que justement, la pratique en régions répond à un besoin de variété. »

« ...En régions, pour moi c'est le contraire, pour moi c'est plus l'fun. Justement, il y a toutes sortes de choses différentes et cela permet de toucher un peu à tout.

« ...Moi j'aime les problématiques chroniques où on a un suivi et où on a beaucoup d'enseignement, beaucoup de guidance à faire. »

- L'organisation du travail et les relations humaines. On a l'impression que la taille des structures en régions permet encore une organisation du travail dynamique sous le signe d'une réelle collaboration entre les divers intervenants. De plus, du fait que les gens se connaissent plus en régions, qu'ils travaillent souvent ensemble depuis plus longtemps, on a l'impression que cela facilite le contact humain et rend les relations plus harmonieuses.

Cela a été mentionné surtout par les étudiants de l'Université Laval.

« Moi aussi j'ai fait un stage ...qui m'a grandement éclairé sur ce qu'était la pratique en régions... une meilleure collaboration entre les médecins versus une pratique universitaire. Tu es moins anonyme en régions. »

- La région : un milieu à l'échelle humaine. Comme en régions, le milieu est plus petit, on bénéficie souvent de contacts plus nombreux et plus chaleureux avec les patients. Ce n'est pas comme dans une clinique sans rendez-vous, dans une grande ville où les patients déménagent régulièrement. En régions, on a l'occasion de créer un partenariat avec ses patients qu'on suit parfois de la naissance à la fin de la vie. On connaît aussi les autres membres de la famille, ce qui tisse des liens et permet aussi de pratiquer une médecine plus éclairée.

Les étudiants de l'Université McGill sont plus sensibles à cet élément.

Les facteurs négatifs :

- En régions - La charge de travail est plus élevée (garde, etc.) et moins de vacances. Ce facteur vient en tête de la catégorie avec le quart des mentions, surtout à l'Université de Sherbrooke et, à un degré un peu moindre, à l'Université Laval. On craint que cette surcharge de travail chronique qu'on ne réussit pas à endiguer en régions, ait des impacts négatifs sur la qualité de vie personnelle et professionnelle. On a peur de se retrouver dans un tunnel sans fin coincé entre des patients qui demandent des soins et l'envie d'avoir une

vie personnelle et familiale. On se dit qu'avec le manque réel de médecins en régions, les journées de travail seront trop longues.

« Quand vous me dites que j'ai une garde aux deux jours et que je ne peux pas partir plus qu'une semaine... c'est là que vous sentez que la corde est courte. »

- La qualité du support humain. Comme en régions, le nombre de médecins, de spécialistes et de techniciens paramédicaux est plutôt limité, plusieurs étudiants craignent de manquer de support. Ils s'attendent à pratiquer dans des équipes multidisciplinaires comme ils l'ont appris lors de leurs études. Se retrouver seul devant un cas complexe en insécurise plus d'un. Pour certains, cela veut aussi dire qu'ils auront à faire eux-mêmes certaines tâches qu'ils auraient pu déléguer à d'autres si la ressource avait été disponible.

Les étudiants de l'Université de Montréal étaient les plus inquiets à cet égard.

« On parlait d'accès à des spécialistes en régions... je trouve que les médecins ne veulent pas travailler dans un endroit où ils sont seuls. C'est important d'avoir un support. »

- Moins de potentiel pour les spécialistes. Comme le milieu est plus limitatif, que les collègues se font rares, que souvent les spécialistes ont besoin de moyens technologiques plus pointus, que l'accès au savoir est plus limité en régions, le spécialiste peut ressentir une certaine frustration et avoir l'impression d'être un spécialiste de deuxième ordre. De plus l'absence d'étudiants à former et la concentration de la recherche dans les grands centres handicapent aussi le spécialiste qui s'établit en régions. Il risque de devenir vite dépassé. De plus certaines spécialités sont tellement pointues que le nombre de cas à traiter en régions ne justifie pas la présence de ce type de spécialiste.

Les étudiants de l'Université Laval sont les plus craintifs à ce chapitre.

- Une technologie souvent désuète. On associe facilement les régions avec des technologies désuètes ou carrément dépassées. Comme les étudiants apprennent à poser leurs diagnostics en utilisant une technologie plus nouvelle ou « de pointe » dans les hôpitaux universitaires, ils se sentent démunis devant une pratique « amputée ». Ils ressentent aussi qu'on les prive des outils nécessaires pour bien soigner leur patients; ils sont frustrés.

Les étudiants de l'Université Laval sont les plus négatifs.

- Une pratique peu diversifiée ou peu intéressante selon les populations régionales. Selon les régions du Québec, on retrouve des populations avec des caractéristiques particulières comme des populations autochtones, des populations vieillissantes, des populations à risques génétiques plus grands, etc. Cela fait que dans certaines régions, les types de cas à soigner sont moins variés et qu'on y retrouve aussi une prévalence plus grande de certains problèmes comme l'alcoolisme, l'hypertension, le diabète, etc. Certains médecins sont peu intéressés par ces types de clientèles et ne considéreraient jamais s'installer dans ces régions.

Cela semblait être davantage le cas des étudiants de l'Université McGill.

« L'autre affaire qui pour moi, influencerait pas mal, c'est en région, comme à Roberval d'où est-ce que je viens, la démographie est en train de changer radicalement. Les jeunes s'en

vont tous dans les grandes villes, ...la dernière année, il s'est construit 3 foyers de personnes âgées, deux salons funéraires et un crématorium. Je n'ai pas envie de m'en aller dans une place où la moyenne d'âge est 50 ans. »

- Les autres inconvénients d'un petit milieu.
 - o Les relations humaines peuvent devenir plus difficiles du fait que chacun connaît les autres depuis longtemps. Il s'installe une sorte de laxisme où chacun fait ce qu'il veut. Il peut devenir difficile de réprimander quelqu'un qu'on voit aussi en dehors du travail.
 - o L'isolement professionnel et un accès plus restreint à la formation continue.
 - o Le modèle ou l'image du médecin en régions. La position sociale et la reconnaissance du médecin dans son milieu rendent difficiles son intégration sociale. Il lui est plus difficile de s'intégrer à la communauté comme n'importe qui.

8.3.3. Les facteurs liés à la région en tant que telle (17% de toutes les mentions)

On constate que ce facteur est loin d'être aussi important que la qualité de vie personnelle ou familiale et le milieu de pratique. Cependant ce sont habituellement les points que les recruteurs régionaux tentent de faire miroiter aux candidats lors des journées de recrutement.

Les caractéristiques physiques, la proximité d'un plan d'eau ou de la montagne, le niveau de développement économique, la distance d'un grand centre, la facilité de « sortir » rapidement de cette région, la disponibilité de certains sports ou loisirs, le niveau des prix, constituent tous des facteurs d'attraction dans une région donnée.

- Les caractéristiques géographiques, touristiques de la région. Les plus sportifs sont attirés par les régions qui offrent un milieu de pratique des sports et activités de plein air préférés. De plus, les amateurs de la nature réagissent positivement au court déplacement requis pour se retrouver en pleine nature. Les familles aiment un milieu plus sain qui offre de multiples activités aux enfants.

Les activités touristiques constituent souvent un reflet de la vie culturelle de la région. Pour certains ce sera très important et pour d'autres moins.

Ce sont ces points qui sont étudiés lorsqu'on doit se décider entre deux régions qui offrent un potentiel intéressant.

Comme souvent les personnes qui habitent les grands centres connaissent mal les attraits des régions, il n'est pas surprenant de constater que les étudiants pour qui cet élément est plus important proviennent des deux plus grandes villes du Québec soit Montréal et Québec.

Même si plusieurs participants provenaient des régions, la plupart ne connaissaient bien que leur région d'origine d'où un besoin universel de mieux connaître les régions parmi tous les étudiants en médecine.

- Homogénéité vs diversité culturelle. Vivre en régions, c'est la plupart du temps sacrifier la diversité culturelle pour la remplacer par une homogénéité, la plupart du temps constituée de Québécois de souche francophone. Pour certains ce sacrifice est plus lourd surtout si on

est soi-même membre d'une communauté culturelle ou religieuse. On peut chercher en vain des produits alimentaires particuliers, des lieux de culte ou encore des lieux de rencontres culturels. On craint aussi de ne jamais être complètement accepté dans la nouvelle région.

On reconnaît dans la recherche de la diversité culturelle un trait de la personnalité de la métropole. D'ailleurs ce point n'a été soulevé qu'à l'Université de Montréal et à l'Université McGill.

« ...Mais tu ne viens pas de la place. Il va toujours rester un petit quelque chose, une petite étiquette. »

- Expériences pratiques de la région pendant les cours, en stage, etc. Même si on connaît une région pour ses attraits touristiques, cela ne remplace jamais y avoir vécu ne serait-ce qu'une courte période, la durée d'un stage. On y connaît mieux les habitudes de vie, le style des gens. On y apprend comment se déroule concrètement la vie du médecin. Le stage en région est l'élément clef, le point tournant pour plusieurs étudiants. Ils y découvrent une nouvelle façon de pratiquer la médecine.
- Facilité de transports entre la famille élargie et la région. On a déjà parlé de l'importance pour beaucoup de femmes de demeurer pas trop loin de la famille élargie. Le choix d'une région se fera souvent après analyse de la facilité à se déplacer vers la famille ou encore les grands centres pour y prendre l'avion. Cela est particulièrement vrai pour les étudiants de l'Université de Montréal qui sont pour la plupart originaire de Montréal et qui apprécient vivre près des grands aéroports.
- Connaître la langue de la région. On a l'impression qu'en dehors de Montréal, on ne parle que le français. C'est difficile pour une personne qui parle peu le français de penser sortir de la région métropolitaine de Montréal.

Malgré le fait que les personnes qui ont participé à cette étude à l'Université McGill étaient majoritairement francophones, on ne pouvait passer sous silence cette réalité. Les étudiants non francophones de McGill se perçoivent comme moins mobiles à cause de la langue.

- La proximité entre le domicile et l'hôpital. On apprécie le fait que dans la plupart des régions, l'hôpital ne soit jamais vraiment loin du domicile du médecin. Ce dernier peut ainsi passer plus de temps avec sa famille même lorsqu'il est de garde car cela ne lui prend que quelques minutes pour se rendre à l'hôpital.
- Le coût de la vie moins élevé dans certaines régions. Loin derrière, vient l'argument monétaire d'un coût de la vie plus faible dans certaines régions ce qui permet d'avoir une meilleure vie et une plus « grande » maison.

« Le coût de la vie moins cher, cela peut être un facteur très positif si on veut avoir une grande famille. On pourrait entrer cela dans la qualité de vie. »

- Les difficultés économiques des régions. Le niveau économique et la mort lente de certaines régions inquiètent les étudiants qui se demandent pourquoi ils iraient s'y installer puisque tout le monde les quitte ou qu'il n'y reste que les vieux qui partent pas.

« Les régions...Je sais que le milieu, plus ça va, plus il se dégrade. ...mais il y a une décroissance des régions. ...Une région se vide, tout le monde s'en vont et nous on nous oblige à y aller. »

« ...Mais non on dit que ça va fermer dans 5 ans, ce qui fait que dans 5 ans je vais déménager et aller m'installer dans une autre région qui va aussi fermer dans 5 ans. Là, ça ne m'intéresse pas de déménager ma famille aux 5 ans. »

8.3.4. Les facteurs liés au « savoir » et à la mise à jour des connaissances (10% de toutes les mentions)

Le facteur « savoir » semble préoccuper davantage les étudiants de l'Université McGill et de l'Université Laval.

- La formation continue. Les étudiants sont conscients qu'ils auront à maintenir leurs connaissances à jour tout au long de leur carrière et ils perçoivent que cela sera plus difficile en régions car les conférences et cours y sont moins nombreux, l'accès aux banques de données et journaux spécialisés plus difficile, les collègues spécialistes moins nombreux.

« Quand tu es dans un grand centre et que tu côtoies plein de gens, veux, veux pas, tu te mets à niveau sans t'en rendre compte ...En régions, c'est plus ponctuel. Il faut que tu t'autodisciplines là-dessus. »

« ...La formation continue en ville c'est d'avoir accès à plein de choses qu'en régions, la majorité n'ont pas accès parce qu'ils ne sont pas affiliés à des régions universitaires. »

- La possibilité de faire de la recherche et de l'enseignement. Deux points importants pour plusieurs. On aimerait bien que l'enseignement soit possible en régions. Aussi on espère que les stages en régions deviendront plus nombreux et plus faciles à organiser. Plusieurs se porteraient volontaires.

8.3.5. Les facteurs financiers (2% de toutes les mentions)

Les aspects financiers sont les moins importants car la plupart pensent que le revenu d'un médecin est excellent et même au-dessus de celui de la majeure partie de la population. Toutefois, on réagit très mal à des coupes ou des répressions. On voudrait davantage une bonification en fonction de l'éloignement des régions et de leurs caractéristiques.

« Le bonus, ça me passe six pieds par-dessus la tête. Mais si j'étais obligé d'aller à la Baie James, bien, je m'excuse, le bonus m'aiderait un petit peu à me donner un coup de pied dans l'arrière. »

« Le salaire avec les primes d'éloignement, c'est pas les gros facteurs. »

« L'argent c'est bien beau, ça fait cliché, mais ça n'achète pas tout. Moi je préfère être à Québec et entourée de mes amis, dans une place que j'aime, que je sais qui me correspond et où je vais être heureuse. Mais moi j'étais prête à accepter le -30 % pour rester en ville. »

8.3.6. Certains facteurs de rétention en régions

En cours de discussion, certains étudiants ont mentionné des facteurs de rétention en régions. En voici une brève énumération :

- Pour augmenter les chances de demeurer dans la région, si le médecin y trouve son/sa conjoint(e). La famille élargie sera localisée dans la région et le milieu social d'au moins un des deux conjoints sera local. On rapporte que certains hôpitaux régionaux préfèrent même engager des célibataires dans l'espoir secret qu'ils formeront un couple avec quelqu'un de la région et qu'ainsi ils n'auront plus envie de repartir.
- Ne pas seulement vendre le côté touristique aux médecins pour les inciter à s'installer. Il est plus important de leur faire vivre la vie de tous les jours des médecins de la région. Ceux qui décideront d'y aller, y resteront plus sûrement que si on n'y va que pour les sports et loisirs qu'offre la région.

8.4. Thème 3 : la pratique en dehors des centres universitaires

8.4.1. Perceptions inconscientes à l'égard de la pratique en région⁵²

On peut classer les perceptions en quatre grandes classes :

- Les sentiments ou impressions
- La région et la société en région
- La vie personnelle
- La vie professionnelle

Il existe encore une image « naïve de la pratique en régions avec le médecin de famille qui se déplace avec sa valise de médecin dans un paysage bucolique à faire rêver ». Cependant la vision des étudiants devient rapidement plus terre à terre même quand on leur demande de continuer à visionner dans leur esprit la pratique en régions sans censure d'aucune sorte.

Regardons de plus près les quatre grands champs perceptuels.

Les sentiments ou impressions

Dans l'ensemble les perceptions sont beaucoup plus positives que négatives bien que certains aient exprimés des craintes par rapport à leur propre capacité à pratiquer en régions.

On parle positivement d'autonomie, de défi, de liberté, de contrôle sur sa pratique et ses affaires, de dynamisme, de tranquillité et de milieu chaleureux. On craint cependant l'ennui, la solitude personnelle et professionnelle, une impression d'abandon, une vie et une pratique plus difficiles, un stress plus élevé qui en découlerait ce qui nécessiterait une certaine forme de « bravoure » pour y faire face. Le sentiment de ne peut-être pas être à la hauteur semble provenir des étudiants en début de cursus alors que les plus avancés sont aussi plus confiants dans leurs capacités personnelles et dans leur formation professionnelle.

« Mais déjà oui, c'est peut-être une petite pointe d'inquiétude, si on va en médecine familiale, c'est quand même très large comme domaine et il y a les urgences et tu n'as pas beaucoup de

⁵² Exercice projectif : Quelles sont toutes les images qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsqu'on parle de pratique de la médecine en régions ?

spécialistes autour de toi. Il peut t'arriver à peu près n'importe quoi. C'est sûr que c'est un petit peu freekant. ...C'est juste une question de comment tu es confiant. »

La région et la société en régions

Les perceptions à ce chapitre sont plus partagées. Les mêmes éléments peuvent être perçus positivement par certains et négativement par d'autres : une question de personnalité.

Ici aussi on retrouve une touche colorée issue du « bon docteur Wilby » et d'une image traditionnelle de la vie rurale dans les belles régions du Québec. On parle de vent, de neige, de froidure, de marche dans le vent, d'activités dans la nature, de rivière et de bord de mer, de milieu non ou peu pollué. On voit aussi une population plus homogène, presque uniquement québécoise de souche, une absence des sociétés culturelles. C'est une société plus petite, plus confiante, qui comprend et aime ses médecins et leur en est reconnaissante. Cette relation plus serrée, plus proche du médecin plaît à certains et en inquiète plusieurs qui ont peur que cet attachement ne se transforme en boulet lorsque vécu au quotidien.

Pour plusieurs, ce milieu « plus naturel » est perçu comme peu stimulant, un peu sclérosant.

La vie personnelle

La vie personnelle en régions plaît plus à ceux et à celles qui aiment les activités de plein air et une vie plus centrée sur des valeurs familiales traditionnelles. On constate d'ailleurs que ces valeurs familiales traditionnelles semblent convenir à une assez grande proportion des étudiants interrogés et nous pourrions dire plus fortement aux étudiantes.

On s'imagine la vie en régions avec une petite maison bien localisée dans la nature ou en bord de cours d'eau. Une vie où les loisirs et les chalets ne seraient qu'à 15 minutes de la résidence principale. On décrit une vie sociale riche de contacts personnels enrichis avec les collègues et la population de la région. Il règne une familiarité chaleureuse et rassurante; on se connaît et on s'appelle par son prénom.

La vie professionnelle

On est plus partagé et inquiet au niveau de la vie professionnelle. On reconnaît d'emblée certaines forces à un milieu où tout le monde connaît tout le monde. Cela crée une « bonne » ambiance de travail et un bon esprit de collaboration. De plus, les liens avec les patients et leur famille sont aussi plus serrés, plus humains. La région est sans contredit un lieu pour pratiquer la médecine de famille plutôt qu'une spécialité.

Mais on est aussi plutôt préoccupé par le niveau de la charge de travail; moins de médecins et de ressources complémentaires égale plus de travail, la qualité des installations physiques, le roulement des médecins que l'on doit toujours recruter.

« C'est vrai qu'en régions, tu connais plus souvent toute la famille, c'est plus difficile émotivement quand tu as des mauvaises nouvelles à annoncer. »

8.4.2. Regards concrets sur la pratique en régions

Un regard plus en profondeur, concrètement sur la pratique en régions ne fait qu'étoffer davantage le portrait présenté à la section précédente.

Dépendant de la personnalité du médecin et de la vision de sa carrière, la plupart des éléments peuvent constituer des facteurs tant positifs que négatifs lorsque vient le choix d'établir le lieu de sa pratique.

On retrouve quatre catégories d'éléments comme suit :

- Le type de pratique médicale
- La formation continue
- Les valeurs et sentiments
- La qualité de vie

Le type de pratique médicale

Le type de pratique médicale constitue le cœur des différences perçues.

- Les régions conviennent très bien à une pratique généraliste plutôt que spécialisée. Des ressources technologiques et humaines plus restreintes, une communication plus difficile entre médecins, une absence de formation à donner à des étudiants, l'absence de résidents fragilisent le maintien à niveau et le perfectionnement des spécialistes. Les médecins en médecine familiale jouent presque le rôle de médecin en médecine interne.

« En régions, s'il y a moins de spécialistes, les médecins de famille prennent en charge des cas que ce serait des spécialistes qui prendraient en charge autrement. »

- Les médecins généralistes sont plus autonomes et plus débrouillards en régions car ils ont à vivre avec des ressources complémentaires et des médecins spécialistes moins nombreux. On réfère moins souvent. Certains participants manifestent une forme de crainte par rapport à cette liberté, peur de se tromper et de ne pouvoir être conseillé par un collègue ayant plus d'expérience qu'eux.

« C'est le défi de cette autonomie... et le défi des situations que l'on rencontre très rarement quand on est en première ligne à Montréal parce qu'on réfère les cas très rapidement alors qu'en régions, c'est nous qui les rencontrons. »

« La médecine en régions. Je vois la personne brave qui récupère tout, parce qu'elle est toute seule et qu'elle fait tout, mais vraiment tout. ... Comment est-ce que je ferais ? Ça moi, je ne serais pas capable de faire ça. »

« C'est plus facile à Montréal, de tomber dans le piège du dispatchage aux spécialistes puisqu'en régions, tu as bien beau vouloir le dispatcher, il n'y en a pas. »

« ...Oui, comment tu es confiant avec ça et comment tu es capable de te maintenir à jour. Il faut que tu te tiennes informé tout le temps. »

- Ils ont une pratique plus variée et ils suivent leurs patients de plus près, du début à la fin car ils réfèrent moins souvent en spécialité et lorsqu'ils le font, ils assurent eux-mêmes le suivi.

Ils connaissent aussi mieux les patients et leurs antécédents car ces derniers consultent le même médecin de fois en fois et ils déménagent moins souvent que dans les grands centres urbains. De plus souvent le médecin soigne aussi d'autres membres de la famille ce qui aide à mieux connaître l'hérédité du patient.

« C'est peut-être exagéré, mais un médecin de famille en ville je trouve ça un grippologue... Quelqu'un qui s'occupe de la grippe. »

- La pratique en régions est aussi plus diversifiée. Le médecin doit souvent pratiquer en CLSC, aux urgences, en cabinet, en institution pour les soins prolongés, etc. Cela ajoute au défi et rompt toute forme de monotonie. Cela incite aussi le médecin à se maintenir à jour dans plus de champs d'expertise. Par contre, il est aussi plus difficile de modifier sa pratique en régions.
- Plusieurs regrettent qu'il soit quasi impossible de former des médecins en régions. On aimerait bien faire de l'enseignement jumelé à une pratique en régions. L'absence dans les hôpitaux régionaux de médecins résidents qui assurent une part plus « basique » de la pratique est perçue négativement. Les résidents peuvent effectuer les tâches les plus simples et ainsi libérer le médecin. De plus, par leurs questions, ils obligent le médecin formateur à toujours être à la fine pointe.
- Comme les ressources technologiques ne sont pas toujours à la fine pointe et que la formation du personnel médical n'est pas toujours parfaitement à jour, souvent le médecin en régions se voit dans l'obligation de pratiquer une médecine « à l'ancienne » et cela lui donne l'impression qu'il ne fait pas tout ce qu'il peut pour son patient et surtout cela augmente son propre niveau d'inconfort par rapport à son diagnostic et au suivi de ses patients. On se rappelle que les nouveaux médecins apprennent en utilisant les dernières technologies et les outils les plus modernes de suivi.
- Le médecin en régions a grandement besoin de soutien et il verrait d'un bon œil un support accru de la part d'infirmières cliniciennes pour le soutenir, par exemple, car la charge de travail en régions est beaucoup plus grande. De plus, le fait de connaître les patients et de les côtoyer dans la vie quotidienne augmente la pression sur le médecin pour que celui-ci voit le plus grand nombre de patients possible car ces derniers n'ont qu'un accès limité aux professionnels de la santé vu leur petit nombre en régions. Dans ce contexte, le médecin peut développer un sentiment de culpabilité qui contribuera à le stresser encore davantage.
- En régions, on compte beaucoup sur le développement de la télé-médecine pour avoir accès en direct à des spécialistes non disponibles en régions. On voit aussi dans la technologie développée pour la télé-médecine, une opportunité intéressante pour rendre plus accessible la formation continue dans les régions et maximiser les échanges entre médecins.
- Les contacts entre professionnels de la santé sont plus cordiaux, plus familiers ce qui a un impact positif sur le climat de travail et le niveau de coopération. Toutefois, si un problème surgit, il peut être plus difficile à régler, chacun des intervenants connaissant très bien l'autre partie, surtout si la situation problématique dure depuis un certain temps.

La formation continue

La formation continue est un aspect très important de la vie du médecin en régions qui doit être plus polyvalent et souvent ne compter que sur lui-même. Cela peut facilement constituer un défi de taille pour le médecin en régions :

- Peu de collègues pour discuter ou encore ces derniers sont trop éloignés,
- Accès plus difficile aux banques de données spécialisées et aux revues médicales : chaque médecin doit payer personnellement pour ces accès tandis qu'en ville, les universités offrent l'accès,
- Les conférences sont peu disponibles en régions et on doit donc prévoir se déplacer pour y participer : temps et coût.

Les valeurs et sentiments

Pratiquer en régions, c'est relever un défi permanent, c'est faire preuve d'autonomie, de débrouillardise, de confiance en soi et d'un grand sens des responsabilités. C'est aussi faire face à un sentiment d'isolement physique et de la communauté médicale. C'est aussi la peur de ne pas être à la hauteur, de se tromper ou encore le danger de se scléroser.

Vivre et pratiquer en région c'est aussi apprivoiser la « proximité » au quotidien dans le travail et les rencontres de la vie. C'est une saine camaraderie mais cela peut tourner au cauchemar avec les commérages et une trop grande familiarité, une perte du sens de la hiérarchie. Autant il est valorisant de se sentir « quelqu'un d'important » pour la communauté, autant cela peut se transformer en fardeau au quotidien.

La qualité de vie

Souvent la vie est plus facile en région et la qualité de vie améliorée avec un temps discrétionnaire plus grand qu'en ville. Les étudiants parlent souvent de se retrouver à 15 minutes de l'hôpital ou de la clinique, de la possibilité de faire ses gardes à partir de la maison plutôt qu'en demeurant dans l'hôpital, d'avoir un chalet en pleine nature à 15 minutes à peine de sa résidence principale, de la possibilité de faire des sports et des loisirs à chaque jour et même pendant son heure de lunch. On se sent mieux dans plus d'espace, avec moins de pollution. La vie y est plus saine. Les structures sont de stature humaine et l'accès aux institutions facilité (ex. accès au DSP qu'on connaît déjà, en cas de problème).

8.4.3. À quel moment fait-on le choix du lieu de pratique ?

À leur arrivée à la Faculté de médecine, les étudiants ne connaissent pas le milieu médical et la pratique de la médecine. Ils arrivent, accrochés à leurs rêves et ils se disent que le programme de formation leur fera découvrir tout ce dont ils ont besoin. Ils mettent leur confiance dans leur Faculté. Avant l'externat, la plupart ne pensent pas vraiment au lieu de leur pratique mais ils découvrent la médecine via les systèmes fonctionnels liés à des spécialités. On se demande si on fera de la médecine familiale ou une spécialité. Cette réflexion se poursuit jusqu'à la résidence. On est alors encore relativement mobile.

Entre-temps, s'il advient qu'un couple se forme, qu'il se passe un événement familial qui requiert une présence physique, le lieu de pratique ou d'établissement redevient un sujet de préoccupation. On veut l'adapter aux besoins des carrières des deux conjoints et on veut pouvoir visiter « ses » familles facilement.

La découverte d'une région via les emplois d'été ou les stages du cursus universitaire peuvent influencer grandement le choix de s'établir en régions et constituer le moment de la décision.

Dans la plupart des cas, la décision se fera en fin de résidence, dépendant des postes qui seront offerts et du fait qu'on veuille ou non pratiquer la médecine familiale.

Quelques étudiants ont rapporté avoir fait leur choix dès leur entrée en médecine car ils connaissaient bien le milieu de pratique étant donné qu'ils y avaient été exposés dans leur jeunesse par un parent proche qui pratiquait la médecine. Mais ils constituent l'exception.

« Je vais m'organiser pour avoir des stages qui vont me permettre de rentrer plus facilement dans une spécialité qui va me permettre de rester en ville. »

« Les stages d'été rémunérés. C'est encore une super bonne mesure mais qui, à mon avis, n'est pas exploitée à son plein potentiel. »

8.5. Thème 4 : Les incitatifs à la pratique en dehors des grands centres

8.5.1. Le niveau de connaissance des incitatifs actuels

Dans l'ensemble, les étudiants en médecine connaissent les grandes lignes des programmes incitatifs mais ils confondent d'où origine le plan incitatif (hôpital, régie régionale, Ministère, autres). On parle d'avantage d'une bonification des honoraires pouvant atteindre 30 % et même 40 %, des déménagements payés, des billets d'avion pour retourner dans les grands centres à chaque année, des primes d'éloignement, des montants forfaitaires à l'arrivée du médecin en région pour l'aider à s'établir : ces sommes varient entre 10 000 \$ et 15 000 \$, un logement payé, un terrain pour construire sa maison, etc. Peu d'étudiants peuvent nommer plus d'un ou deux éléments.

Peu d'entre eux ont vraiment recherché des informations additionnelles même si certains s'approchent de la fin de leur formation et doivent donc décider du lieu de leur pratique au cours des prochaines années.

On semble favoriser l'approche « bonification » plutôt que « pénalité ». Les futurs médecins démontrent un fort sens de l'autonomie et apprécient peu qu'on les oblige à faire quoi que ce soit et encore moins qu'on leur dicte où s'installer pour pratiquer la médecine.

« Il ne faut pas que ce soit une punition d'aller en régions. »

8.5.2. Les bourses avec contrat de pratique en régions – un avantage ?

Très peu d'étudiants bénéficient de bourses d'études autres que celles du programme de prêts et bourses du gouvernement québécois.

La plupart des étudiants connaissent l'existence de bourses d'études pour les étudiants en médecine qui acceptent d'aller pratiquer en régions une fois leur diplôme obtenu. Cependant la presque totalité des étudiants interrogées ne connaissaient pas les modalités d'attribution de ces bourses ni les exigences concrètes qui y sont liées. On se plaint que les modalités changent tout le temps, que personne n'est vraiment au courant des règles et des processus de demande, qu'il est quasi impossible de trouver l'information par soi-même sur Internet, que même le personnel de la Faculté de médecine n'est pas au courant et ne sait pas où trouver l'information pertinente. Une meilleure communication s'impose. Aucun des participants n'a mentionné les bourses régionales de formation spécialisée.

On savait qu'il y avait une exigence de pratiquer en régions, dans les régions déterminées par le Ministère, et qu'il n'était pas certain qu'un couple de médecins se voient attribuer la même région de pratique. Conséquemment, le risque de devoir tout rembourser est perçu comme très grand et les avantages faibles surtout en regard du programme de prêts et bourses du ministère de l'Éducation. Cette bourse est considérée comme un revenu et diminue d'autant l'accessibilité au programme de prêts et bourses. Et si en plus on doit rembourser les bourses en fin d'étude, il n'y a plus aucun avantage à ce programme de bourses.

On réalise aussi que les régions sélectionnées par le Ministère sont celles où les problèmes sont les plus grands ou les plus criants et on n'est pas vraiment intéressé à s'y aventurer sachant que la situation n'y est pas rose et qu'elle s'améliorera difficilement.

De plus, lorsqu'on demande aux étudiants en médecine de signer ce contrat de pratique en régions, ils sont jeunes et leurs paramètres d'avenir très diffus. Ils ne savent pas si leur situation familiale (leur couple, soutien aux parents, etc.) leur permettra d'honorer un tel contrat. Ils ne savent pas plus s'ils veulent faire de la médecine familiale ou se spécialiser et ils associent la plupart des spécialités à une pratique en centres universitaires et non en régions. Dans ce contexte, la plupart des étudiants pensent qu'il vaut mieux s'abstenir de souscrire à cette bourse à moins que des mécanismes simples de remboursement des montants reçus ne soient mis en place pour les cas où on ne pourrait plus aller dans ces régions-cibles.

« ...les étudiants peuvent s'engager pour 1 à 4 ans et recevoir un certain montant par année. Je pense que c'est 15 000 \$ ou 20 000\$... »

« Où trouve-t-on les informations. C'est difficile de trouver sur le Web et cela change tout le temps. »

« ...Sauf qu'il n'y a jamais personne du gouvernement qui vient nous voir pour nous dire. »

« Au moment de signer il y a trop de paramètres inconnus surtout si on est jeune et qu'on arrive directement du CÉGEP. »

« Il existe bien des bourses de 15K-20K \$ pour aller en région mais c'est bon si on veut faire de la médecine familiale. »

« C'est difficile de s'engager, on change souvent d'idée à mesure qu'on découvre ce qu'est la médecine. C'est difficile de s'engager sans savoir. »

« Au moment où ils demandent de signer pour la bourse, il y a tellement de paramètres que l'on ne connaît pas et qui vont influencer notre décision que c'est un peu une décision dans le vide. J'aurais peur de faire une erreur justement. ...Cela implique beaucoup d'argent si cela ne marche pas comme on veut. Il faut rembourser. »

8.5.3. Les incitatifs liés à la pratique de la médecine⁵³

Trouver des solutions globales à la pénurie récurrente de médecins en régions.

En effet, la perspective d'une charge de travail alourdie sans espoir de voir la situation se régler, décourage les médecins, principalement ceux qui commencent leur famille. On imagine mal une femme médecin enceinte qui doit couvrir garde après garde sans relâche. Et c'est la réalité pour une grande proportion des étudiants actuels.

« ...si tu es tellement débordé parce qu'il n'y a pas assez de médecins dans ta région, tu es pogné pour couvrir un nombre incroyable d'urgences, tu n'as pas de temps pour passer avec ta famille. »

« Si on m'offrait d'aller dans une place où il manque justement beaucoup de monde, à tel point que tout le monde est obligé de travailler des heures de fou, et qu'il manque encore de monde, moi personnellement, c'est sûr que cela ne m'intéresse pas, parce que je sais que déjà en arrivant on va être surchargé. »

« C'est plus intéressant d'arriver dans une équipe de travail, qui travaille déjà bien, qui se répartit bien les heures et que tout va bien. »

« J'irai pas à une place qui manque énormément de médecins qui va faire que j'ai zéro qualité de vie, zéro temps pour ma famille et tu sais faire élever des enfants par une gardienne, c'est pas intéressant pour moi. »

Offrir des ressources technologiques de qualité comme dans les centres universitaires

De meilleures ressources technologiques permettraient aux jeunes médecins de pratiquer dans le même environnement technologique que celui qu'ils ont connu pendant leur formation. Cela les sécuriserait et leur permettrait d'être plus fiers d'eux-mêmes. Ils auraient le sentiment d'offrir à leurs patients les meilleurs soins possibles.

« Moi j'aurais juste peur qu'en régions, comme jeune médecin, de peut-être manquer de support, soit professionnel ou qu'il manque des outils technologiques. On est bien formé, mais j'aurais peur d'être frustré, de ne pas pouvoir aller au bout de ma démarche. »

« De la technologie de pointe, ...Des fois on se sent impuissant parce qu'on a appris à travailler avec ça et on n'en a pas en régions. Si le patient meurt, c'est dur pour les médecins de voir ça quand ils savent qu'à Montréal il aurait survécu. ...Tu sais quoi faire, tu sais qu'est-ce que tu aurais pu faire, mais tu n'as pas les outils pour le faire, ...fait que c'est ben frustrant. »

⁵³ Le lecteur constatera que plusieurs des suggestions faites par les étudiants sont déjà en place. Cela ne fait que confirmer que ces derniers connaissent mal ce qui est présentement offert et qu'il devrait y avoir de meilleures communications.

Favoriser l'utilisation des technologies à distance de type télé médecine

On pourrait ainsi rendre accessible aux patients des spécialistes demeurant dans d'autres régions et le suivi serait fait par l'omnipraticien local et les examens pratiqués dans la région par des techniciens très bien formés.

« ...la médecine à distance, la téléconférence, je sais que cela commence, Internet, pour que tu te sentes proche dans le fond. C'est l'un de voir les faces, C'est l'un le contact. Tu peux même lui montrer le patient. »

Briser l'isolement des médecins en régions

Utiliser les technologies de communication pour briser l'isolement des médecins qui pourraient ainsi se rencontrer en temps réel via Internet.

Favoriser aussi les regroupements de médecins en rattachant les équipes médicales des régions entre elles pour former des équipes multidisciplinaires plus larges.

Regrouper géographiquement les ressources pour créer une masse critique de professionnels même si cela signifie des distances plus grandes à parcourir pour le médecin ou le patient. Ce dernier bénéficiera de meilleurs soins si les praticiens forment une équipe.

« C'est d'assurer, et c'est dur de le garantir, qu'il va toujours y avoir une masse critique en termes de nombre. Si dans une unité de médecins où il y aurait besoin de 10 médecins et qu'ils sont 3 et qu'ils disent vient nous rejoindre...Ça ne m'intéresse pas. »

« Tant qu'à avoir 3 équipes sur 200 km., à moitié composée, on va essayer de la mettre au milieu... essayer de former une vraie équipe pour que tout le monde ne soit pas tout seul. »

« ...je me vois dans les hôpitaux pour vraiment être en contact avec les autres médecins, les autres spécialistes. ...pour pouvoir vraiment tout le temps apprendre des autres. L'idée de travailler en équipe. J'aimerais pas ça être toute seule. »

Lutter contre le découragement et l'épuisement professionnel

Il est décourageant pour les médecins de savoir que le manque de médecins dans leur région est endémique et qu'ils devront travailler jusqu'à épuisement car on ne recrute jamais assez de médecins. C'est aussi décourageant pour un nouveau médecin qui serait attiré par la région car il sait qu'il ne verra peut-être pas la lueur au bout du tunnel.

On suggère d'engager des médecins plusieurs à la fois pour former des équipes suffisamment grande pour permettre aux médecins de conjuguer travail et vie personnelle.

« Je ne suis pas sûr que je vais vouloir aller dans un endroit où je me mettrais la corde au cou parce qu'il leur manque tellement de médecins depuis tant d'années... Ce serait moi qui serait là pour me retrouver avec tout ce poids-là. »

La recherche en régions

Plusieurs étudiants ont exprimé le désir de faire de la recherche ou à tout le moins participer activement à des projets de recherche. Ils trouvent dommage qu'on n'utilise les régions que comme fournisseurs de patients et non comme membre actif dans le protocole de la recherche. Ils aimeraient faire partie des équipes de recherche. Cela enrichirait encore leur tâche.

Ce commentaire provient des étudiants plus âgés, ceux qui ont déjà de l'expérience en recherche dans un autre secteur des sciences de la santé.

Des vacances assurées

Connaissant les conditions difficiles de pratique dans certaines régions et le manque flagrant de médecins, souvent les médecins en poste ne peuvent prendre que quelques jours de vacances à la fois. On devrait mettre en place un programme de remplacement de vacances qui permettrait aux médecins d'être certains de bénéficier de leurs vacances tout en assurant à leurs patients les soins qui leur sont dus.

« J'aimerais mieux être à 100 % et pouvoir prendre des vacances quand je suis fatigué, qu'être à 130 %, mais pédaler 89 heures par semaine et jamais pouvoir, disons, dépenser cet argent-là pour faire des voyages ou m'occuper de ma famille. »

Le respect des horaires à temps partiel

On devrait permettre aux médecins qui le désirent de pratiquer avec des horaires allégés. Il faut respecter leur choix.

Les médecins étrangers

Faciliter l'introduction dans la pratique des médecins formés à l'étranger. Ces derniers seraient très heureux de pratiquer n'importe où. Cela aiderait les médecins en place à atteindre la masse critique de médecins nécessaires.

Étendre les champs de pratique des infirmières et de certains techniciens spécialisés

Le manque de médecins entraîne aussi un manque de temps de la part des médecins en place. Un meilleur support par des infirmières cliniciennes, par exemple, et certains techniciens spécialisés aiderait le médecin à se concentrer sur des tâches qu'il est le seul à pouvoir effectuer.

Modifier les quotas en médecine familiale

Comme il y a un urgent besoin de médecins en médecine familiale pour prendre en charge la santé et faire les suivis dans une population vieillissante, on pourrait augmenter le quota de médecins en médecine familiale et abaisser celui des spécialistes.

Mesure à plus long terme : mettre de l'avant la prévention

La mise de l'avant de mesures de prévention améliorerait la santé de la population et aiderait le système de santé à être moins coincé par ses pénuries de ressources de toutes sortes, pas seulement des médecins. Cela commence aussi avec la formation de médecins sensibilisés à cela qui incluent la prévention dans leur tâche et qui prennent le temps nécessaire avec leurs patients.

8.5.4. Les incitatifs liés à la formation

Former les jeunes médecins en régions

Plusieurs ont dit regretter que la formation et le suivi des jeunes médecins ne soient possibles que dans les centres universitaires. Ils auraient beaucoup aimé être formés par des médecins en régions dans les hôpitaux locaux.

L'université en région pourrait être une alternative intéressante.

Des stages « obligatoires » en régions pour les médecins en formation

Offrir davantage de stages aux étudiants dès le début de leurs études et en rendre un certain nombre obligatoire. Cela les aiderait à mieux connaître concrètement ce qu'est la pratique de la médecine, à découvrir les joies du travail en régions et à réfléchir, dès le début, aux avantages et désavantages d'aller pratiquer en régions. Il devrait y avoir aussi des stages obligatoires lors de la résidence.

On devrait aussi offrir des subventions au logement car les étudiants doivent conserver leur appartement et se payer un deuxième pied-à-terre en régions. À tout le moins, on devrait les aider à se trouver un logement.

Afin de faciliter l'obtention de tels postes, il devrait y avoir une standardisation des conditions de demande, des dates de remises des dossiers, des durées de stage (pas trop court car il faut avoir le temps de voir et apprendre quelque chose, pas trop long pour permettre à plus d'étudiants d'avoir un poste), un accès plus facile à la liste des postes disponibles (centraliser sur un même site WEB, par exemple). Chaque université devrait avoir une personne ressource qui travaillerait de concert avec les étudiants pour les aider à organiser leurs stages.

De plus, l'étudiant qui effectuerait un stage en régions devraient bénéficier d'avantages additionnels comme des exemptions d'examen, l'ajout d'une lettre de recommandation au dossier et même d'une allocation ou subvention non imposable pour défrayer au moins une partie des frais de séjour.

Il semblerait aussi que le Collège des médecins ralentisse le processus d'organisation de nouveaux stages en régions ou encore celui d'accréditation des stages réguliers. Un petit coup de pouce pour rendre ces processus plus rapides et plus transparents aiderait.

« Veut ou veut pas, dans notre formation universitaire, on est toujours enseigné par des gens qui pratiquent en milieu universitaire et en milieu urbain, il y donc très peu de contacts avec des médecins de régions. »

« C'est l'expérience que j'ai eue. Moi j'étais quelqu'un qui n'a jamais mis les pieds en régions et je n'aurais jamais considéré la possibilité d'y aller si je n'avais pas fait mon stage avec ma famille. ... Tu vas devenir plus ouvert. »

Un accueil « invitant » de la part des médecins en place lors des stages et des jobs d'été

Il est très important que les médecins en place dans les régions reçoivent bien les stagiaires même si ces derniers n'ont pas l'intention de pratiquer la médecine familiale mais veulent plutôt se spécialiser. En effet, on a rapporté que dans certains hôpitaux, en régions, on ne s'occupait que des médecins susceptibles de revenir s'installer dans la région et que les autres étaient laissés à eux-mêmes, sans trop de support. Cela aide à construire une mauvaise image de la région et les étudiants se mettent mutuellement en garde contre cette région. Dans le cadre d'un stage, ils désirent le meilleur encadrement possible pour apprendre le plus.

« Lors d'un stage en régions, nous autres, notre patron nous a dit en blague, et ça veut tout dire, Pourquoi qu'on se forcerait avec vous autres ? Vous ne reviendrez pas de toute façon. Vous êtes des spécialistes. C'est plate ça. »

La formation continue

Faciliter l'accès à la formation continue en payant un certains nombre de jours de ressourcement par année (ex. proposé : 20 jours payés), des frais de déplacement et de séjour pour assister à des cours ou des conférences.

Offrir de la formation continue par Internet dans toutes les régions du Québec au lieu de favoriser les réunions locales dans les villes universitaires (des rencontres en temps réel).

Permettre aux médecins en régions, d'accéder à des banques spécialisées et des journaux médicaux via Internet, sans que cela ne leur coûte trop cher.

8.5.5. Les incitatifs liés aux déplacements - Allouer des billets d'avion

Comme les médecins ont souvent besoin de revenir vers les grands centres pour des formations ou des collaborations à des projets de recherche ou encore pour aller visiter leur famille dans d'autres régions, ils aimeraient que des allocations de déplacement leur soient offertes pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille immédiate.

8.5.6. Les incitatifs liés aux régions

Revitaliser les régions

Le gouvernement devrait s'occuper de revitaliser les régions. Si les régions étaient fortes économiquement, elles deviendraient aussi plus attirantes pour les médecins comme pour tous les autres types de travailleurs. On ne quitterait plus les régions mais on serait fier d'y revenir.

Promouvoir les côtés positifs des régions

Régulièrement, on entend des commentaires négatifs sur les régions qui manquent d'effectifs, de ressources, qui perdent des emplois, que la population vieillit, etc. : toutes des nouvelles négatives qui n'encouragent pas les jeunes médecins à s'établir dans les régions. Une presse plus positive et la mise en évidence des éléments positifs augmenteraient les chances d'attirer des médecins en régions de façon volontaire et durable.

Des jobs d'été en régions

Rien ne vaut l'expérience pratique et la vie dans une région pour en faire ressortir toutes les facettes. Un job d'été permettrait de découvrir la région sous tous ses angles : vie sociale, attraits géographiques, culturels et sportifs, vie professionnelle, etc.

Il existe actuellement de tels postes mais ils sont limités en nombre et ceux qui en bénéficient sont souvent des personnes qui proviennent déjà de la région. On a l'impression que ces médecins reviendront plus sûrement s'installer dans la région que ceux provenant d'ailleurs. Ce faisant, on se prive de faire découvrir la région à des candidats qui pourraient être très intéressants. Les étudiants des villes, se plaignent que leur chance d'obtenir un stage en régions est quasi nulle et que conséquemment ils ne connaissent pas du tout la vie en régions. Une banque de candidats sans égard à la provenance pourrait constituer un élément de solution.

On devrait aussi offrir des subventions au logement car les étudiants doivent conserver leur appartement et se payer un deuxième pied-à-terre en régions. Une aide pour trouver le logement serait aussi appréciée.

Tout comme pour les stages en régions, il faudrait rendre plus simple les processus administratifs régissant les jobs d'été. Afin de faciliter l'obtention de tels postes, il devrait y avoir une standardisation des conditions de demande, des dates de remises des dossiers, des durées de stage (pas trop court car il faut avoir le temps de voir et apprendre quelque chose, pas trop long pour permettre à plus d'étudiants d'avoir un poste), un accès plus facile à la liste des postes disponibles (centraliser sur un même site WEB, par exemple).

« La job d'été... C'est toujours des gens qui viennent de là. ...je sais qu'il y a beaucoup de beaucoup de monde dans ma classe qui avait essayé d'avoir des stages, mais ceux qui venaient de Montréal, n'en avaient pas. Ils priorisent les gens qui viennent de là. »

« Personnellement, une région que je ne connais pas, que je n'ai jamais visitée, si je ne fais pas de stage d'au moins une semaine, je ne pense pas que cela me tente d'aller m'établir là. »

« Les stages d'été rémunérés. C'est encore une super bonne mesure mais qui, à mon avis, n'est pas exploitée à son plein potentiel, dans le sens qu'il y a encore pleins de restrictions. »

« On veut inciter les gens de la ville à connaître les régions, mais on les sélectionne moins que ceux des régions. ... Et il y a des gens, année sur année, qui retournent à la même place pour faire des stages. »

« ..tu es un étudiant qui vient de la région, tu pourrais faire un stage une fois dans ta région et laisser la chance à d'autres les autres années. ...Mettre une limite de 1 stage par étudiant par été et 1 stage dans ta région. »

Des visites en régions

On a besoin de connaître les régions avant de choisir de s'y installer. On aime l'idée d'aller visiter, seul ou en groupes les régions pour se familiariser avec ce qu'elles ont à offrir. Il devient important que les conjoint(e)s puissent aussi visiter la région. Si l'un des deux n'aime pas la région, il est certain que la rétention dans la région sera très difficile même si on parvient à attirer le médecin.

En plus des visites touristiques habituelles, on veut des visites qui permettent de découvrir le milieu de travail, de rencontrer les gens qui y travaillent déjà et de se familiariser avec le type de population à desservir.

« En régions, il y en a qui vont aimer cela. Il faut juste qu'ils soient conscients. Mais je pense qu'ils ne sont pas vraiment conscients et c'est pour ça que beaucoup reviennent. Ils vont en régions, ils font trois ans, ils font des trips et ils reviennent. Visiblement, ils n'ont pas été préparés à ça. »

« Moi, je ne suis pas encore branchée sur quelle région. Je vais magasiner, surtout que chaque région essaie de nous attirer. ... Je vais aller visiter les régions qui peuvent m'intéresser. Et je vais en faire plusieurs pour les comparer. »

8.5.7. Les incitatifs financiers

Offrir une majoration additionnelle des honoraires professionnels

On s'entend pour dire qu'avec le niveau de rémunération actuelle et la bonification actuelle, cela n'inciterait pas davantage à aller pratiquer en régions. Le salaire des médecins est déjà bien au-dessus de la moyenne des québécois.

« Le salaire avec les primes d'éloignement, c'est pas les gros facteurs. »

« Les primes de toutes sortes, ...je m'en viens quasiment à me demander, si c'est pas exagéré. On finit par tout nous payer alors qu'on a déjà un salaire assez impressionnant par rapport à beaucoup de monde. Y en a beaucoup qui finissent par penser que cela leur est dû. »

Enlever ou hausser le plafond salarial en régions

En régions où le manque de médecins est important, il arrive que les médecins atteignent facilement leur plafond en peu de temps. Ils ont alors le choix entre négliger leurs patients ou continuer à travailler, mais à rabais. C'est un facteur de frustration; ils ont l'impression que le gouvernement profite d'eux et de leur sens aigu du devoir.

Enlever ou hausser ce plafond semble une mesure incitative efficace qui démontre que le gouvernement reconnaît l'effort des médecins qui travaillent dur jour après jour sans savoir à quel moment leur situation s'améliorera.

Des congés de maternité payés

Comme le médecin est un travailleur autonome, il ne bénéficie pas de congés de maternité payés. On pourrait bonifier l'offre en régions en payant une certaine période de congé. Il ne faut pas oublier que la majorité des étudiants en médecine est maintenant féminine.

Modification au régime des prêts et bourses du ministère de l'Éducation

Comme les stages et jobs d'été en régions impliquent des frais additionnels pour les étudiants, le Ministère devrait reconnaître ce fait et ne pas inclure les revenus tirés de ces jobs d'été ou stages en régions dans le calcul des revenus annuels des étudiants. Parfois, un stage de 4 semaines pénalise l'étudiant qui se voit refuser une partie de sa bourse. Cela annule son revenu et il est en plus perdant car ses dépenses de vie ont augmenté avec les frais additionnels de subsistance en régions.

8.5.8. Autres incitatifs divers

Un gouvernement qui ne changerait pas de cap à chaque élection

Avoir un gouvernement qui a une vision et qui maintient le cap à plus long terme permettrait aussi d'éviter des erreurs coûteuses et difficiles à réparer comme des diminutions draconiennes dans les effectifs comme on en a connu dans les dernières années.

Des quotas pour favoriser les étudiants qui proviennent des régions

Comme plusieurs étudiants pensent que ceux qui proviennent des régions retourneront plus facilement dans leur région d'origine, ils ont pensé que des quotas les favorisant pour leur entrée en médecine améliorerait la situation. Cependant, la majorité des personnes interrogées trouve ce procédé discriminatoire et dangereux.

Un contrat clair et net dès l'admission en études de médecine pour tous les étudiants, sans exception

Si les étudiants en médecine savaient clairement que pour étudier en médecine au Québec, il existe des conditions comme un stage obligatoire en régions, ils arriveraient en faculté avec l'idée qu'il n'est pas possible d'y échapper. Tout est dans l'attitude. Ils ne se sentiraient pas coincés ou forcés.

Par contre, la situation actuelle est frustrante pour les étudiants lorsqu'on sait que le médecin est reconnu comme travailleur autonome et que normalement il lui doit être possible de contrôler ses paramètres de travail dont le choix de la ville où il exercera.

Tous les étudiants, sans exception, devraient signer un engagement à l'effet qu'ils acceptent de travailler en régions à la fin de leurs études à défaut de quoi, ils ne seraient pas admis en médecine.

Plus de contacts avec des médecins qui pratiquent en régions

On suggère d'impliquer davantage les médecins en régions durant la formation des étudiants en médecine. En effet, il pourrait y avoir des conférences où généralistes et spécialistes échangent avec les étudiants pour les sensibiliser aux réalités des régions et les motiver à venir y pratiquer. Rien de mieux que quelqu'un qui aime sa région pour la faire découvrir positivement aux autres.

On pourrait aussi organiser des conférences avec des étudiants qui ont fait des stages en région et qui viendraient partager leur expérience avec les nouveaux étudiants de médecine. Il faut briser les préjugés.

Un support administratif sur place pour aider la planification des stages et l'obtention de jobs d'été en régions

Comme il est très difficile d'organiser des stages en régions et de se trouver de l'hébergement abordable, il devrait y avoir une ressource par université pour aider les étudiants et leur fournir l'assistance nécessaire à l'organisation de leurs séjours en régions.

Du support aux familles

On devrait mettre en place une structure d'accueil du médecin en régions, qui s'assurerait que le/la conjoint(e) se trouve un travail qui corresponde à ses besoins. De plus ce comité devrait informer les candidats sur toutes les ressources offertes par la région incluant les écoles, les ressources communautaires, etc.

On pourrait impliquer des gens de la région qui en quelque sorte deviendraient les « parrains » des nouveaux arrivants. On les choisirait minutieusement pour qu'ils aient des goûts communs et que leur affiliation facilite leur intégration sociale.

« Un job pour le conjoint, dans son domaine, ... en tant que carrière. »

« En fait, pour moi équilibre et famille, ce que cela veut dire, c'est faire un compromis entre mes ambitions personnelles et les ambitions personnelles de mon conjoint. ...c'est le fruit des négociations en couple.»

« Briser l'isolement de l'arrivée des gens pour que le plus vite possible, ils d'intègrent dans la communauté, si on veut les garder. »

Bonifier le nombre d'années de pratique pour certaines régions plus éloignées ou ayant des problèmes particuliers

Une année passée dans une région « désignée » pourrait valoir plus dans le total des années obligatoires en régions pour récompenser les médecins qui acceptent des conditions de travail et de vie plus difficiles.

Les corridors de service

Les étudiants favorisent majoritairement l'expansion des corridors de service en particulier pour les spécialistes. Ils y voient une solution moins pénalisante pour les médecins qui n'auront plus à s'exiler et une option pour que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin. Certains vont même jusqu'à dire que les personnes qui vivent en régions devront s'attendre à recevoir ce type de soin et que s'ils veulent plus, ils n'ont qu'à déménager dans les grands centres.

On verrait des équipes de médecins « volants » qui en groupe assureraient le suivi dans une région donnée en se relayant quelques semaines à la fois. Cette option qui oblige à des absences assez longues semblent plaire moins aux femmes qui probablement se demandent comment concilier travail et famille dans un tel contexte. Il ne faut pas oublier que la plupart des personnes interrogées voulaient au moins trois enfants et même plus.

La notion de corridor de service semble plus difficile à appliquer dans un contexte de médecine familiale où le suivi et la connaissance du patient sont primordiaux.

8.6. Autres données intéressantes

8.6.1. L'impact de la formation universitaire sur les choix des étudiants

La formation universitaire a un impact direct et important sur le choix de se spécialiser ou non et conséquemment sur le choix du lieu de pratique.

En effet, la structure d'enseignement par spécialité de la plupart des universités québécoises présente à l'étudiant une médecine vue à travers la lorgnette du spécialiste. L'étudiant apprend à connaître la pratique de la médecine via l'angle des systèmes plutôt que dans une perspective globale, ce qui l'amène tout naturellement à choisir un secteur qui lui plaît plus et avec lequel il est plus à l'aise. Les professeurs, spécialistes eux-mêmes, leur présente une pratique divisée entre une base standard qui est le lot de la médecine familiale et une médecine de pointe, fortement technologique qui offre des défis sans cesse renouvelés en spécialité et en surspécialité. Le spécialiste est celui qui résout les « vrais » problèmes et parfois qui « répare » les erreurs des généralistes. Les spécialistes doivent pratiquer dans les grands centres pour demeurer à la fine pointe et bénéficier des derniers développements technologiques tout en formant les nouvelles générations de spécialistes.

La vision plus globale et les défis de la médecine familiale arrivent en fin de formation et déjà les attitudes sont souvent développées. Conséquence : on perçoit la médecine familiale comme une médecine plus monotone et dans un certain sens subordonnée aux spécialistes.

Conséquences : si on veut pratiquer une médecine « enrichissante et stimulante » on a plus de chance de trouver cela dans la pratique en spécialité et comme spécialiste, mieux vaut pratiquer dans les grands centres. Et les régions de s'appauvrir davantage !

« ...J'ai évolué dans le milieu universitaire, rendu en deuxième année, c'est un milieu axé sur les spécialistes. Et là les spécialistes racontent les erreurs atroces que les médecins de famille font et qu'ils ont réchappé l'erreur. C'est tout le temps des choses de même que tu entends et je trouve cela encore plus flagrant depuis que j'ai commencé les stages. C'est dit à la joke mais pas tant que cela. ...une chose que je ne suis absolument pas d'accord. »

« Tu ne penses pas à la spécialité ? Tu vas gâcher ton talent, tu ne fais pas ton plein potentiel. C'est ça les profs qui sont des spécialistes, ...ils ont tendance à favoriser ce qu'ils connaissent le mieux. »

8.6.2. La vie de famille et la pratique de la médecine

La vie de famille semble être un facteur excessivement important pour la plupart des étudiants interrogés. On note que les femmes y sont particulièrement sensibles et comme elles constituent la très grande majorité du corps étudiant, cela devient un facteur non négligeable.

Dire qu'on veut une vie de famille riche, qu'on veut voir grandir ses enfants et participer à leur épanouissement n'a rien de nouveau. Ce qui l'est c'est la volonté de couper dans ses heures de travail pour y arriver même au détriment de sa rémunération. Effet de génération ?... Les étudiants interrogés veulent majoritairement plus de 3 enfants par famille et désirent limiter le nombre d'heures consacrées à la pratique médicale, tout particulièrement les femmes. Beaucoup veulent travailler un maximum de 40 à 50 heures par semaine et quelques personnes aimeraient ne travailler que 2 ou 3 jours par semaine.

« C'est aussi sur la qualité du temps que tu vas passer avec ta famille et cela inclut tes enfants aussi, en plus du conjoint. »

« ...De façon générale, en termes de temps, de quantité de temps qu'il est possible de consacrer à la famille, je pense que c'est un critère qui penche en faveur de la pratique en régions, si y manque pas trop de médecins. »

« De toute façon, un médecin qui travaille 90 heures par semaine... C'est un peu niaiseux. »

8.6.3. Les régions : un choix parmi tant d'autres

Dans une optique plus globale, certains étudiants, principalement dans la région de Montréal, ont fait remarquer que les étudiants formés au Québec peuvent facilement faire leur résidence hors Québec et choisir un autre lieu de pratique. Pour certains, aller terminer leurs études ailleurs est plus alléchant que d'aller pratiquer en régions. À nous de les convaincre que les régions sont plus attrayantes et qu'elles offrent des défis intéressants pour un jeune médecin. La majorité des étudiants rencontrés possédait un profil de leader où l'autonomie et les défis constituaient des besoins fondamentaux.

8.6.4. Vous sentez-vous prêt à pratiquer en médecine familiale et en régions?

La confiance se bâtit, petit à petit, à mesure que l'étudiant avance dans son programme. Les résidents se sentent prêts à relever les défis de la médecine familiale et à travailler avec moins de ressources, en régions. Toutefois, certains ont exprimé une « petite » crainte comme celle que l'on ressent avant de plonger ou de faire une compétition. On sait qu'on est prêt mais on sent quelques papillons à l'estomac.

Les étudiants, les plus avancés dans le programme, disent que leur formation est excellente et que la pratique de la médecine durant la résidence complète le processus et contribue à construire leur confiance en soi. Toutefois, la méconnaissance des conditions de pratique de la médecine en régions, en inquiète plus d'un. On est prêt à faire confiance aux universités qui élaborent les programmes de formation mais on est un peu inquiet.

« La formation se fait en milieu universitaire. C'est ça que l'on connaît et on ne sait pas pratiquer en régions ça ressemble à quoi.... C'est apeurant et on a peur de se ramasser tout seul. »

8.6.5. Des inquiétudes sur leur mobilité future et leur libre choix de la région de pratique

Quelques étudiants ont aussi manifesté certaines réticences et certaines craintes vis-à-vis des politiques du Ministère qui obligent la pratique en régions. Ils craignent de ne jamais pouvoir revenir dans un grand centre urbain. Et pour certains, c'est très important personnellement ou familialement. Ces propos trahissent une méconnaissance des lettres d'entente existant depuis 1994, garantissant aux médecins le retour dans une région de leur choix après 3 ans.

On s'interroge aussi d'un effet pervers possible de la politique qui oblige chaque médecin à pratiquer en régions. Les régions les moins « pires » vont attirer beaucoup de candidatures et il est possible qu'un candidat qui veut vraiment s'y installer « pour la vie » rencontre une compétition injuste de la part de ceux qui ne veulent y passer que quelques années et qu'il ne parvienne pas à y être accepté.

« Il ne faut pas que ce soit une punition d'aller en régions. »

« L'obligation pour tout, cela me fait vraiment peur parce que je me suis dit : OK mais je vais me faire buster ma place pour du monde qui ne resteront même pas dans une telle région que moi, ça m'aurait tenté de m'installer toute ma vie. »

« Les gens ont peur que s'ils vont en régions, que le Ministère va mettre des moyens et qu'ils ne pourront plus revenir, qu'ils vont être pris à ces endroits-là. ...On peut vouloir y faire une partie de sa vie mais pas nécessairement y passer toute sa vie. »

« Je pense qu'il faudrait laisser ceux qui veulent signer un contrat à long terme avec le milieu, les laisser choisir en premier leur région et après ça, la batch qui font du 3 à 5 ans. »

9. Résultats des entrevues avec les acteurs locaux et régionaux

Nous avons rencontré des acteurs locaux et régionaux établis dans chacune des trois régions à l'étude. Les entrevues visaient à documenter les mécanismes et méthodes de recrutement retenues afin d'influencer l'attraction, l'installation et le maintien des médecins omnipraticiens et spécialistes en régions éloignées. Également, ces rencontres devaient permettre de connaître l'opinion de ces acteurs sur les différentes mesures incitatives mises en place par le gouvernement pour attirer et maintenir les médecins en région.

9.1. Description des répondants

Au total, douze acteurs locaux ont été interviewés. Les entrevues ont eu lieu soit en face à face ou par téléphone. À l'exception de la Gaspésie, la majorité des personnes responsables du recrutement des médecins sont des femmes. Les recruteurs de la Gaspésie et de l'Abitibi sont majoritairement originaires de la région. Dans toutes les régions, les recruteurs sont installés dans la région depuis plus de 5 ans. Par contre, la plupart d'entre eux ont moins de 5 ans d'expérience de travail en tant que recruteur. Dans deux centres, un poste a été créé pour s'occuper du recrutement à temps plein. Parfois ce poste est jumelé au recrutement de médecins dépanneurs.

Tableau 49 Description des participants

	Gaspésie	Abitibi	Côte Nord
Sexe			
Homme	80 %	-	-
Femme	20 %	100 %	100 %
Originaire de la région			
Oui	60 %	66 %	-
Non	40 %	34 %	100 %
Dans la région depuis			
Moins de 5 ans	-	-	-
Plus de 5 ans	100 %	100 %	100 %
Année d'expérience en recrutement			
Moins de 5 ans	60 %	66 %	100 %
6 ans et plus	40 %	34 %	-

Examinons maintenant les résultats des entrevues par région.

9.2. Région de l'Abitibi

9.2.1. Mécanismes locaux de recrutement

Dans deux des trois endroits consultés, il n'existe pas de comité local de recrutement. Par ailleurs, dans l'un de ces cas, la personne responsable du recrutement doit faire un rapport à

l'exécutif du CMDP et elle ne travaille pas seule. À titre d'exemple, si un anesthésiste est recherché, les anesthésistes et chirurgiens peuvent aider lors du recrutement. Ils sont impliqués lors des visites exploratoires et lors de l'installation des médecins.

Dans un autre centre, il existe un système de parrainage des médecins qui arrivent, avec les gens de la communauté et des ententes formelles sont établies avec la chambre de commerce afin de faciliter l'embauche des conjoints des médecins qui pourraient s'installer. (Nous verrons que la question de l'emploi du conjoint est un élément important dans la décision de s'installer et de rester dans une région.)

Dans le troisième centre, il y a un comité local de recrutement et l'intervieweur se trouve à être le pivot. Elle voit à toute la logistique du recrutement. Le comité local est composé de médecins (n=5) dont des spécialistes et des généralistes. Chacun se voit confier une liste de candidats potentiels et doit prendre contact avec ceux-ci et promouvoir auprès de ces candidats, la pratique médicale en régions dans leur centre hospitalier.

Il y a par ailleurs, un comité régional de recrutement sur lequel siègent les directeurs des services professionnels des trois centres et des gens de l'Agence de développement. Ce comité se rencontre 5 ou 6 fois par année afin d'élaborer, à partir des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREMs), des stratégies régionales de recrutement. Les centres visent une entraide régionale et non une compétition entre eux au niveau du recrutement, leur but étant de viser une amélioration pour la région dans son ensemble :

« avec les membres de la Régie régionale, ..., on parle plutôt de stratégie, à ce moment-là régionale, donc pas de compétition entre les centres, c'est plutôt de s'entraider dans la région, dans le fond se dire, bien si on en a tant (de médecins) en région,..., bien ça aide la région au complet. »

9.2.2. L'attraction et l'installation

Voici maintenant, comment s'effectue le recrutement dans ces centres et l'opinion des acteurs sur les mesures incitatives développées par eux-mêmes, les instances municipales ou gouvernementales.

Les centres participent aux journées carrières et certains font des visites dans les unités de médecine familiale des universités. Lors de ces journées, une liste de noms de candidats potentiels est établie. Par la suite, des contacts téléphoniques sont faits avec ces candidats.

« On «tâte» le terrain, discute des possibilités et s'informe de la présence d'un(e) conjoint(e) et du type d'emploi que celui-ci (celle-ci) peut occuper. »

Il s'avère que la question de l'emploi du conjoint soit un des obstacles majeurs à l'attraction et à l'installation et au maintien d'un candidat en région selon les acteurs interviewés.

«...s'il me dit que sa conjointe est ingénieure en aérospatiale, ben là.... je ne perds pas mon temps là... »

« ... on s'informe un petit peu des possibilités d'emploi pour les conjoints, puis après ça, on les fait venir, puis on fait visiter l'hôpital d'abord, puis après ça un tour de ville, puis on essaie de prendre des rendez-vous pour différentes entreprises pour les conjoints. »

Les visites des candidats se font habituellement sur deux jours. Il y a visite du centre hospitalier, des attraits de la ville et un souper avec les futurs collègues. Lors de ces visites, tout est fait pour promouvoir le type de pratique en région, la qualité de vie du milieu, etc.

Dans un centre, le recruteur appelle régulièrement des collègues qui travaillent dans divers milieux et s'informe sur les candidats possibles. Dans tous les centres d'Abitibi visités, les contacts personnalisés sont privilégiés aux envois massifs de lettre à tous les finissants, par exemple. Par ailleurs, dans deux des trois centres, les recruteurs mentionnent les avantages des stages de formations en région. Dans ces centres, il y a des contrats avec des universités pour les stages en médecine familiale.

« nous, on a la chance d'avoir un contrat avec l'université (...) pour les stages en médecine familiale, ça, ça aide énormément ... à attirer les gens. »

Les stages permettent, en effet de faire valoir le milieu, l'équipe de travail et les conditions de travail de la pratique en région, les candidats voient la bonne collaboration entre les médecins de famille et les spécialistes. De plus, ils permettent aussi au milieu de voir comment les futurs candidats travaillent, la façon dont ils établissent les contacts avec les patients et leurs collègues, le personnel infirmier, etc. Par ces stages, il est possible pour le milieu de faciliter l'intégration des candidats.

Les conditions sont différentes en ce qui concerne les futurs médecins spécialistes. Les effectifs doivent être suffisants dans les centres, dans un premier temps, pour recevoir des stagiaires. Les stages sont ponctuels dans d'autres milieux. Les futurs spécialistes qui font des stages en région le font parce qu'ils connaissent déjà le milieu, selon les recruteurs.

Les recruteurs font valoir le fait que c'est la promotion du milieu qui avant tout influence le choix des médecins de s'installer ou non. Les incitatifs financiers sont pour certains importants, surtout pour les finissants qui généralement sont endettés. D'autres disent que ces mesures n'ont pas d'influence. Il en va autrement pour les bourses pour les spécialistes et les primes d'installation qui, selon les acteurs locaux, peuvent influencer positivement la décision de s'installer ou non. Certains avancent que ces mesures devraient exister pour les médecins généralistes également.

Dans un des centres de cette région, sont aussi mentionnés les effets positifs des stages d'observation, les stages d'été offerts par les Agences de développement des réseaux locaux et les Projets Défis qui constituent des mesures de recrutement à long terme.

Les fondations des centres sont aussi mises à contribution si des besoins en équipement sont nécessaires pour attirer certaines spécialités.

Toutes sortes de services sont aussi mis à la disposition des candidats. Certains recruteurs, disent à la blague, devenir des agents immobiliers. Ils facilitent donc la recherche d'habitation, d'emploi pour le conjoint (comme mentionné plus haut), l'inscription à l'école ou à la garderie dans le cas de médecin avec des enfants. Ces démarches s'effectuent habituellement lors d'une deuxième et d'une troisième visite.

De plus, dans certains centres, il y a un comité social dont l'objectif est de faciliter l'intégration des nouveaux médecins et de leur famille dans la vie sociale de l'établissement. Des activités familiales sont organisées par ces comités. Il y a également, comme mentionné précédemment, dans un centre, le parrainage des médecins par des gens de la communauté. Ces derniers aident l'intégration des médecins surtout en leur faisant connaître les services de la région (ex. : dentiste, salon de coiffure, etc.).

Ajoutons par ailleurs, qu'il est souligné que le problème de recrutement des médecins, vient selon un des acteurs qu'il y a pénurie de médecins. Le problème est plus important pour les spécialistes mais est aussi constaté pour les généralistes.

9.2.3. Le maintien

Les montants pour la rétention auraient selon deux des trois acteurs de cette région, des effets positifs.

« au niveau financier si on veut, pour les médecins spécialistes, il y a des primes de rétention. Puis il y a des primes de valorisation, ça c'est par la Régie de l'assurance maladie du Québec, et ça c'est un bel incitatif pour les médecins spécialistes, je dois vous dire que ça compte beaucoup et il n'y en a pas un qui l'oublie. »

Les journées de ressourcement sont aussi très bénéfiques au maintien des médecins en région.

Mais les acteurs soulignent que c'est l'ensemble de la situation de la pratique en région qui avant tout stimule le maintien du médecin dans le milieu. Les incitatifs financiers de la part du gouvernement viennent bonifier le maintien de la pratique en région, mais n'en sont pas la raison qui fait en sorte qu'un médecin reste. Les causes de départ sont souvent d'ordre familial. Soit le conjoint ne trouve pas d'emploi, soit les enfants vieillissent et vont étudier dans les grands centres urbains. Alors dans ces situations les incitatifs financiers ont peu d'impacts sur le maintien en région.

9.3. Région de la Gaspésie

9.3.1. Mécanismes locaux de recrutement.

Il y a dans certains centres, un comité local de recrutement composé de médecins spécialistes, généralistes et d'un agent de recrutement. Ces comités fonctionnent de façon similaire à ceux décrits en Abitibi.

Cependant, il n'existe pas de comité régional et tous les acteurs rencontrés parlent de compétition entre les centres en ce qui concerne le recrutement des médecins. Les acteurs considèrent que les «esprits de clocher» nuisent à l'amélioration de la situation en Gaspésie.

« ... le problème des régions, c'est qu'il y a des esprits de clocher. Inévitable. On est des petits groupes de médecins, on est des petites populations, on est des petits villages, il y a des esprits de clocher. Allez faire tous les villages en Gaspésie, tous les hôpitaux, vous allez voir que chacun a le meilleur hôpital, il a le meilleur milieu, il a la meilleure place. Donc il y a des esprits de clocher inévitables, et ce qui arrive, ça nuit au recrutement...»

Un acteur propose même la création d'un poste de recruteur régional. Ce recruteur serait affecté par l'Agence de développement des réseaux locaux au recrutement des médecins pour la région dans son ensemble. Cette tâche devrait donc être centralisée selon cet acteur.

9.3.2. L'attraction et l'installation

Les façons de faire des acteurs de cette région sont assez similaires à celles décrites par les acteurs de l'Abitibi. Ils participent aux journées carrières, font des rencontres dans les unités de médecine familiale, invitent les médecins à des visites exploratoires et comme ailleurs facilitent de la même façon leur installation.

Dans un centre, l'agent de recrutement fait, en plus des journées carrières et des rencontres dans les unités de médecine familiale, un envoie postal massif (environ 3000 lettres) aux candidats possibles.

Dans un autre centre, le responsable du recrutement a fait construire une maison pour un nouveau médecin, car celui-ci n'en trouvait pas qui lui convenait. La difficulté de trouver des habitations aux médecins est un autre aspect négatif du recrutement dans cette municipalité. Dans ce même centre, pour attirer les spécialistes, ceux-ci sont invités à travailler dans le centre pendant une semaine afin de mieux prendre connaissance du milieu. Ils les attirent aussi en leur proposant des équipements et les fondations sont donc mises à contribution.

« ... la Fondation a fait un don d'équipement avoisinant de 50 000 \$ à 150 000 \$ pour chaque spécialiste qui est entré ici... »

Presque tous les acteurs locaux de cette région, mentionnent que les bourses d'étude aux médecins sont des moyens inefficaces d'attraction et de maintien des médecins en région puisqu'ils peuvent les rembourser une fois leurs études terminées. Certains acteurs mentionnent que des centres hospitaliers vont même jusqu'à offrir aux médecins de rembourser leur bourse pour qu'ils viennent travailler dans leur centre.

Le changement dans les mesures financières dont l'abolition du 70 % pour la rémunération dans les grands centres urbains a nui au recrutement.

Par contre, comme en Abitibi, les acteurs perçoivent les primes d'installation comme une mesure positive de même que la majoration de la rémunération.

9.3.3. Le maintien

Dans tous les centres, les acteurs locaux mentionnent que les médecins dépanneurs sont devenus un moyen de rétention des médecins en région car ces derniers ne se voient pas surchargés de travail. Il en est de même pour les médecins qui doivent faire des activités médicales particulières (AMP). Ces derniers au même titre que les médecins dépanneurs viennent soulager la charge de travail des médecins en place.

Dans un des centres, cependant la situation semble très critique. La personne recruteur signale qu'il est particulièrement difficile d'attirer et de garder les médecins dans son centre à cause du manque de médecins (le médecin travail seul) et du manque d'équipement. Ce sont donc les médecins dépanneurs qui viennent combler les besoins.

Dans les centres où la situation semble plus précaire, les acteurs prônent la coercition et considèrent que le gouvernement devrait obliger les médecins finissants à combler les besoins en régions.

9.4. Région de la Côte Nord

9.4.1. Mécanismes locaux de recrutement.

Dans les trois centres consultés, il existe un comité local de recrutement, composé de l'agent de recrutement et de médecins spécialiste et omnipraticiens. Dans un cas le comité est composé de seulement trois personnes et se rencontre régulièrement; dans un second centre le comité est composé de 8 personnes et se rencontre deux fois dans l'année, finalement dans le troisième centre, le comité est composé de 6 personnes et se rencontre environ 4 fois par an. En Côte Nord, les fonctions de chacun sont très semblables qu'ailleurs. L'agent de recrutement coordonne les activités du groupe et les médecins sont impliqués lors des journées carrière, des relances téléphoniques et des visites exploratoires.

Tout comme en Gaspésie, il n'y a pas de collaboration régionale et les centres sont en compétition au niveau du recrutement des médecins. Par ailleurs, des acteurs souhaitent le développement de collaboration entre les centres, notamment en ce qui concerne les spécialités médicales.

9.4.2. L'attraction et l'installation

Les méthodes utilisées dans les deux autres régions sont relevées par les acteurs locaux des centres de la Côte Nord. Tous participent aux journées carrière, aux visites des unités de médecine familiale et font des envois postaux massif aux finissants en médecine. Dans deux centres, les gens de la communauté ont été mis à contribution lors de la création d'une vidéo sur la région et ses attraits. Les chambres de commerces et des compagnies du milieu ont été ainsi sollicitées de même que les centres touristiques et les centres de développement économique régionaux et centre locaux d'emplois. Ces vidéos sont présentées lors des rencontres dans les unités de médecine familiale. Dans un des deux centres, cette vidéo a été envoyée aux médecins par courrier.

Des annonces sont aussi faites dans les revues spécialisées et des cartes d'invitation à des visites exploratoires sont faites de façon massive. Les acteurs économiques, notamment touristiques, participent d'ailleurs aux visites exploratoires en fournissant des forfaits touristiques aux médecins.

Les acteurs tiennent le même discours que dans les deux autres régions en ce qui concerne les effets positifs des primes d'installation et la majoration de la rémunération. Les stages sont aussi considérés comme un moyen privilégié de faire connaître le milieu mais encore faut-il avoir la capacité d'accueillir les stagiaires, c'est-à-dire avoir les effectifs médicaux sur place suffisant pour faire de l'enseignement.

Les bourses ne sont pas des mesures efficaces selon deux des acteurs, car les médecins peuvent les rembourser. Ces mêmes acteurs disent aussi avoir plus de difficultés à attirer de

nouveaux médecins à cause des nouvelles mesures gouvernementales qui, selon eux ne permettent pas au médecins qui s'installent en région de retourner dans les grands centres. Ces mesures ont fait peur à des médecins des régions et ces derniers sont partis. Ces propos montrent la méconnaissance de certains médecins à l'égard des garanties de retour après une pratique en régions de 3 années.

Un des centres facilite l'installation des médecins de façon différente qu'ailleurs. Le centre a acheté des maisons qu'il loue aux médecins.

En Côte Nord aussi on croit nécessaire d'implanter des mesures coercitives pour assurer le niveau adéquat d'effectifs médicaux.

9.4.3. Le maintien

Le discours n'est pas différent dans cette région que dans les deux autres. Ici aussi, les médecins dépanneurs sont essentiels ainsi que les médecins qui font des activités médicales particulières. Un des acteurs souligne par contre un effet négatif de l'utilisation des médecins dépanneurs. Il mentionne que ces derniers choisissent leur horaire et que, finalement, les médecins sur place en région ne peuvent prendre que les horaires laissés libres par ces dépanneurs.

En Côte Nord aussi les acteurs croient que c'est l'ensemble de la situation de la pratique en région qui avant tout stimule le maintien du médecin dans le milieu. Les incitatifs financiers bonifient le maintien de la pratique en région, mais n'en sont pas la raison qui fait en sorte qu'un médecin reste. Les causes de départ sont souvent d'ordre familial et comme dit précédemment, dans ces situations les incitatifs financiers ont peu d'impacts sur le maintien en région.

Certains considèrent que le gouvernement devrait donner un budget aux établissements pour faire le recrutement. Actuellement, les dépenses sont prises dans le budget de chaque centre.

Tous disent que les problèmes de recrutement et de maintien des médecins seraient certainement moins criants s'il n'y avait pas pénurie de médecins. L'augmentation des effectifs dans les universités et l'augmentation des budgets de la RAMQ sont souhaitables.

9.5. Conclusions

La douzaine d'entrevues effectuées a permis de relever certaines constances dans les démarches des acteurs locaux en ce qui concerne le recrutement des médecins. Tous participent aux journées carrière et font des visites dans les unités de médecine familiale des universités afin de promouvoir la pratique médicale dans leur centre hospitalier. Des relances téléphoniques sont faites par la suite, par des membres des comités de recrutement ou par les agents de recrutement. Dans tous les cas, des visites exploratoires sont organisées et se déroulent habituellement sur deux jours. Les candidats font une visite du centre hospitalier, de la ville et des attraits touristiques et participent à un souper avec leurs futurs collègues. Si la visite s'avère un succès, plusieurs démarches sont entreprises pour aider à l'installation des médecins et de leur famille (quand c'est le cas). Ainsi, des acteurs locaux nous ont dit se transformer en agents immobiliers et aident le médecin à se trouver une habitation. Pour le (la) conjoint(e) des entrevues avec des employeurs locaux sont obtenues et tout est fait pour aider le (la) conjoint(e) à se trouver un emploi. Dans le cas de médecin avec des enfants, les

inscriptions à la garderie ou à l'école sont facilitées. Des comités sociaux sont aussi impliqués en organisant des activités familiales et à certains endroits, les médecins sont jumelés avec des gens de la communauté pour faciliter leur intégration dans la région.

Parmi les mesures incitatives instaurées par le gouvernement, tous les acteurs sont d'accord pour dire que les stages en région constituent d'excellents moyens pour faire connaître le milieu, les attraits de la pratique en région ainsi que pour connaître les qualités professionnelles des candidats. Par contre, les difficultés pour certains centres sont d'avoir les effectifs suffisants pour offrir des stages dans leur centre. Tous sont aussi d'accord pour dire que les mesures financières et les journées de ressourcement ont des effets positifs sur l'installation et le maintien des médecins en régions mais que ces mesures ne font que bonifier la pratique en région, elles ne font pas en sorte qu'un médecin s'y installe et y demeure. Les causes de départ sont souvent d'ordre familial et, comme dit précédemment, dans ces situations les incitatifs financiers ont peu d'impacts sur le maintien en région. Pour plusieurs, les bourses d'études sont inefficaces car les médecins peuvent les rembourser.

Il est intéressant de constater que dans la seule région où il y a un comité régional de recrutement dans lequel les participants visent une collaboration entre les centres plutôt que la compétition, a moins de difficultés au niveau du recrutement et du maintien des médecins dans leur région que dans les deux autres régions. Alors, le développement de mécanismes régionaux de recrutement est certainement souhaitable.

Dans les régions où le recrutement est difficile, des acteurs favorisent des mesures coercitives pour assurer la couverture médicale.

Finalement, ajoutons que tous les acteurs sont d'accord pour dire que l'ensemble des mesures (tant financières que de promotion et d'insertion) jouent sur la décision de s'installer mais ce sont des facteurs tels que la nature de la pratique, la qualité de vie au travail, dans la communauté et les facteurs familiaux qui influencent l'attraction, l'installation et le maintien des médecins en région.

10. Discussion et conclusion

Dans cette section, nous discutons des résultats obtenus en fonction de nos hypothèses de départ, telles qu'illustrées dans le modèle théorique de la figure 1.

Tout d'abord, en ce qui concerne la situation antérieure au départ vers les régions éloignées, le modèle théorique postulait que l'attraction résultait de l'effet direct de quatre blocs de facteurs, à savoir : l'identité personnelle, les attentes à l'égard de la profession, celles envers le milieu de vie et les mesures gouvernementales, régionales ou locales. En outre, nous avons émis l'hypothèse que l'identité professionnelle, composée de l'université du diplôme et de la spécialisation, influençait indirectement l'attraction par l'intermédiaire des attentes qu'elle suscite à l'égard de la profession. Nous prévoyions enfin une influence directe sur l'attraction et l'installation des mesures incitatives suivantes : bourses de formation médicale pré ou post-doctorale, stages de formation en régions, emplois d'été en régions et l'accueil réservé aux futurs professionnels ou aux médecins lors d'emplois ou de stages en régions.

Ensuite, rappelons que nous avons conceptualisé le phénomène d'installation comme l'actualisation de l'attraction par le biais du choix d'un lieu spécifique de pratique. Nous avons formulé l'hypothèse que l'installation découlait de l'effet indirect des facteurs d'attraction, de même que de celui, direct, des mesures gouvernementales notamment en termes de résultante de certains lieux de stages ou d'emplois d'été et de l'accueil.

Enfin, pour ce qui est de la situation postérieure à l'installation en régions éloignées, nous faisons l'hypothèse qu'elle comprenait un ensemble de facteurs caractérisant le processus conduisant de l'installation dans un lieu spécifique de pratique en régions éloignées au maintien de la pratique à cet endroit à long terme. Tel que précisé ci-dessus, nous formulons l'hypothèse que le maintien de la pratique médicale résultait directement du degré d'ajustement des médecins au travail, à la société et à l'environnement en général. Trois groupes de facteurs étaient vus comme influençant directement le degré d'ajustement, soient l'identité personnelle, les conditions d'exercice de la profession et les conditions de vie.

Nous allons examiner ci-dessous les résultats obtenus de façon à faire ressortir leur niveau d'influence sur les phénomènes d'attraction, d'installation et de maintien et à rendre compte de la complexité des relations unissant les divers facteurs. Nous tenterons de présenter les résultats de façon intégrée, en faisant ressortir les étroites interrelations entre les groupes de facteurs. Ainsi, nous examinerons de façon longitudinale les relations entre les facteurs.

Influence des facteurs caractérisant la situation antérieure au départ

L'**identité personnelle** était composée de tout un ensemble de variables dont l'effet sur les trois phénomènes a largement été étudié par d'autres études, sans toutefois que l'influence de certaines d'entre elles n'ait clairement été établie. Si le rôle de certaines variables sur l'attraction et l'installation semble relativement établi, il appert qu'aucune des caractéristiques individuelles n'a d'effet sur le maintien de la pratique à long terme en régions éloignées (69).

En ce qui concerne l'âge, les résultats obtenus dans notre étude montrent que la plupart des médecins des groupes 1 et 2 avaient entre 24 et 33 ans au moment de leur arrivée en régions,

ce qui coïncide en général avec la fin des études médicales. Seuls quelques-uns étaient âgés de plus de 35 ans (cf. tableau 5a). Ces résultats semblent correspondre à ceux d'études quantitatives, où une association négative entre l'âge et l'attraction a été notée (les plus jeunes étant davantage attirés par une pratique en régions), de concert avec une association positive entre l'âge et le maintien (les plus âgés ayant une plus forte probabilité de rester) (65). Dans notre étude, un examen attentif de l'âge au moment du départ en fonction de la durée de séjour en régions (cf. tableau 5b) montre une très grande variation, de sorte qu'il devient difficile de conclure à une relation entre l'âge et le maintien en régions. On peut donc penser que les associations observées dans plusieurs études quantitatives résultent fort probablement d'une forte relation entre l'âge et d'autres facteurs à contenu informatif supérieur, tels que la situation familiale au moment du départ pour ce qui est de l'attraction, ou encore la qualité du système scolaire, l'âge des enfants et l'ajustement du médecin lui-même ou de son conjoint pour ce qui est du maintien à long terme en régions éloignées.

Pour ce qui est du sexe, d'après plusieurs études, les femmes seraient moins attirées et s'installeraient moins en régions éloignées que les hommes (8,10,14,17-24); une fois installé, le sexe du médecin n'aurait plus d'effet sur le maintien de sa pratique en régions (6,14,72). Avec l'entrée massive des femmes sur le marché du travail et la féminisation grandissante de la profession, il nous apparaissait pertinent d'explorer les perspectives des deux sexes. Premièrement, nos résultats ont montré chez les étudiants et les résidents en médecine des préoccupations en tout point semblables à celles de leurs consoeurs, à savoir la nécessité pour leur conjoint, quel que soit son sexe, de trouver une occupation convenant à ses attentes et à sa formation. Quant aux médecins exerçant en régions, l'opportunité d'une carrière et plus généralement l'ajustement de leur conjoint(e) au milieu de vie se sont avérés déterminants dans leur décision de rester ou de partir. Deuxièmement, tous ont mentionné accorder une forte importance à leur qualité de vie, tant les étudiants et résidents que les médecins des groupes 1 et 2, tant les hommes que les femmes. Ceci a pour effet de diminuer le nombre d'heures éventuellement (étudiants ou résidents) ou réellement (médecins des groupes 1 et 2) consacrées au travail au profit d'une vie personnelle laissant plus de place aux loisirs ou à la famille; à cet égard, la plupart concédaient cet attrait à la vie en régions éloignées. Il semble donc que le sexe ne soit pas la variable la plus influente, mais que son effet sur l'attraction s'exerce par le biais de facteurs d'ordre contextuel, soient les attentes à l'égard du milieu de vie. Il appert aussi qu'il faille concentrer les efforts sur les opportunités de carrière pour les conjoints et mettre l'accent sur la promotion d'une qualité de vie accrue en régions comparativement aux grands centres urbains.

Quant à la langue, la quasi-totalité des médecins, des étudiants et des résidents rencontrés dans cette étude étaient de langue française, ce qui est peu étonnant. En effet, d'une part les régions étudiées étaient presque exclusivement francophones; d'autre part, la participation d'étudiants ou de résidents à des groupes de discussion sur la pratique en régions éloignées résulte d'un fort biais de sélection en faveur des francophones. Il importe toutefois de rappeler ici que des étudiants en médecine ont mentionné la difficulté potentielle d'intégration au sein de communautés éloignées de conjoints d'origine ethnique différente de la majorité francophone; malgré un attrait personnel certain, cette difficulté représenterait une barrière à l'établissement de leur pratique médicale en régions éloignées pour certains d'entre eux.

Un lieu d'origine rural, que ce soit du médecin lui-même ou de son conjoint, a depuis longtemps été identifié comme l'un des prédicteurs importants de l'attraction et de l'installation en régions éloignées (8,10,18,26,31-35,45,65,69,73,74), à tel point que l'enrôlement d'étudiants issus des milieux ruraux ou des régions éloignées fait partie de recommandations émises par la Society of

Rural Physicians of Canada en 2005 (70). Dans notre étude, nous avons observé que le fait d'être originaire d'une région éloignée ou d'un petit milieu ou encore d'avoir un conjoint qui en est issu, prédisposait les individus à vouloir retrouver un certain mode de vie ou un type d'environnement qui leur sont familiers et qu'ils apprécient. Les profils des médecins des groupes 1, 2 et 3 sont fortement semblables à cet égard pour ce qui est de l'attraction. En effet, dans les trois groupes, les mêmes discours sont prévalents à l'égard du style de vie qu'on retrouve en régions, accompagnés la plupart du temps d'une attitude positive. Il en est de même chez les étudiants et les résidents. L'influence d'un milieu d'origine rural sur l'attraction semble donc s'exercer indirectement, par le biais des attentes à l'égard du milieu de vie. Ces résultats vont dans le même sens que la recension des écrits publiée en 2004 par Fournier et al. (69). Pour ce qui est de l'installation dans un lieu spécifique, elle s'avère fortement influencée par la présence de liens personnels et familiaux, tel qu'en témoignent les résultats des groupes 1 et 2. La présence de liens familiaux découle en général du milieu d'origine du médecin lui-même ou de son conjoint; dans ce cas, le discours inclut alors une composante relative à la qualité de vie, notamment en termes de facilité d'avoir des enfants en présence de membres de la famille. Quant aux liens personnels, ils sont souvent le fruit d'expériences antérieures dans la région suite, entre autres mais pas exclusivement, aux mesures pré ou post-doctorales qui sont discutées plus bas. Le milieu d'origine personnel ou du conjoint, de même que la présence de liens personnels ou familiaux auraient davantage d'impact sur l'installation de spécialistes comparativement aux omnipraticiens; il semble que de le cas des spécialistes, les aspects de leur vie privée l'emportent sur les considérations professionnelles dans le cas de l'installation en régions éloignées. Malgré les relations indirectes observées dans entre le lieu d'origine et l'attraction ou l'installation, son effet sur le maintien semble marginal, compte tenu des profils semblables des médecins des groupes 1 et 2; ces résultats sont similaires à ceux d'autres études, dans lesquelles l'effet du lieu d'origine sur le maintien demeure discutable (voir par exemple, 6,10,17, 75). D'autres facteurs, d'ordre professionnel, personnel ou contextuel, joueraient ici davantage tel que discuté ci-dessous.

La situation familiale antérieure au départ aurait un rôle sur l'attraction. Ainsi, chez les médecins célibataires, l'attrait d'une pratique en régions résulte d'un goût de l'aventure, d'une ouverture à l'expérience, qu'ils ont traduits par : « on y va et on verra ». Leur intention est donc d'essayer et d'y rester si les conditions leur conviennent. Par comparaison, les médecins ayant un conjoint au moment où s'est prise la décision à l'égard du lieu de pratique rapportent avoir été davantage prêts à y aller pour s'établir, certains avec le projet de fonder une famille. Cette attraction semble d'autant plus présente que le conjoint est originaire d'une région éloignée ou intermédiaire. Ce dernier facteur prend également toute son importance au moment de l'installation, et plus particulièrement chez les médecins spécialistes. L'opportunité de carrière pour le conjoint, fortement associée à la situation familiale, est rapportée par tous, tant médecins qu'étudiants, comme un critère important, à la fois pour l'attraction et l'installation; ces résultats sont conformes à ceux des études publiées (65). Plus généralement, pour ce qui est du maintien, nous avons fait l'hypothèse dans cette étude que la situation familiale n'influencerait pas directement le maintien, mais que celui-ci résultait de tout un ensemble de facteurs propres à la situation postérieure à l'arrivée, dont l'ajustement du conjoint et de la famille au milieu de vie. Cette hypothèse est discutée plus loin.

Les quelques études ayant examiné l'effet de l'endettement sur l'installation de la pratique médicale en régions éloignées ont en général obtenu des résultats mitigés (8,42). Dans notre étude, l'endettement semble avoir joué un rôle dans la décision de certains médecins de s'établir en régions éloignées, dans la mesure où la rémunération majorée représentait un attrait non négligeable leur permettant de rembourser plus rapidement leurs dettes d'études.

L'effet de ces deux facteurs, soit l'endettement et la rémunération majorée, serait encore plus présent chez les médecins originaires de régions éloignées ou dont le conjoint en est issu.

L'**identité professionnelle** est composée, dans notre modèle théorique, de l'université du diplôme et de la spécialisation.

Dans la littérature scientifique, l'université du diplôme réfère le plus souvent à la taille de la ville où la formation médicale a eu lieu (71), à la disponibilité de stages en milieu rural ou éloigné durant les études médicales (65) ou encore aux types d'hôpitaux et de lieux de stages inhérents aux diverses universités (10). Au Québec, une étude menée par Contandriopoulos et al. (20) a montré que davantage d'omnipraticiens formés à l'Université Laval ou à l'Université de Sherbrooke choisissaient de pratiquer en régions éloignées, comparativement à ceux ayant reçu leur formation médicale à l'Université de Montréal ou à l'Université McGill. La variable « université du diplôme » représente donc, en général, un proxy - ou une mesure indirecte - d'une foule de facteurs. Dans notre étude, près de la moitié (n=22) des cinquante médecins des groupes 1 et 2 provenaient de l'Université de Montréal, les autres ayant effectué leurs études à l'Université Laval (n=16), à l'Université de Sherbrooke (n=10) ou à l'Université McGill (n=3). Il importe de rappeler ici que la méthode d'échantillonnage retenue dans notre étude, à savoir l'échantillon par choix raisonné, n'est pas probabiliste et ne conduit pas à l'obtention d'un échantillon représentatif. Par sa nature qualitative, cette étude a plutôt cherché à comprendre comment le lieu de formation pouvait agir sur les phénomènes d'attraction, d'installation et de maintien par le biais des attentes à l'égard de la profession découlant du lieu de formation, de même que par l'intermédiaire des conditions d'exercice de la profession et leur ajustement à celles-ci. L'effet de ces facteurs est examiné un peu plus loin, lorsqu'il est question des attentes à l'égard de la profession. Cependant, il importe de préciser ici que pour ce qui est de l'attraction, les étudiants et les résidents des groupes de discussion ont fait ressortir la piètre considération souvent accordée à la pratique de la médecine générale par les « patrons », c'est-à-dire les médecins spécialistes participant à leur formation médicale. Ils rapportent également subir une certaine pression à l'égard d'une formation spécialisée. Ces propos sont repris presque textuellement par des médecins des groupes 1 et 2, qui ont tout de même choisi de s'installer en régions et d'y demeurer, du moins un certain temps. En outre, le lieu de formation comme tel, soit l'université d'obtention du diplôme, ne semble pas être le principal facteur, dans la mesure où ces propos sont rapportés par les étudiants et médecins issus des quatre universités; ce qui importe ici serait davantage les opportunités d'exposition à la pratique en régions éloignées offertes aux divers endroits et à la formation en médecine familiale, donc la nature de la formation plutôt que l'endroit lui-même. C'est d'ailleurs ce qui ressort des résultats relatifs aux médecins des groupes 1 et 2, dont certains mentionnent avoir reçu une formation appropriée en médecine familiale en ayant l'opportunité de faire des stages dans des hôpitaux généraux tels que Cité de la Santé ou Verdun ou encore en régions, plutôt qu'uniquement dans des centres spécialisés ou ultra spécialisés.

Plusieurs études ont révélé que la spécialisation était négativement associée à l'attraction et à l'installation, mais que la relation s'inversait pour ce qui est du maintien, les médecins spécialistes étant moins attirés par une pratique en régions éloignées et s'y installant moins. Ils auraient toutefois tendance à y demeurer plus longtemps, une fois installés (10,17-20,23,43-45). Dans notre étude, nous postulons que le fait d'avoir reçu une formation en spécialité plutôt qu'en médecine familiale conditionnerait les attentes liées à la profession, exerçant ainsi un effet sur l'attraction puis sur l'installation. Nous émettions en outre l'hypothèse qu'une fois les médecins installés, ce serait les conditions de travail et, indirectement les mesures gouvernementales spécifiques aux spécialistes et aux omnipraticiens, qui influenceraient leur

ajustement puis le maintien de leur pratique en régions éloignées. Les hypothèses relatives à l'attraction et à l'installation sont examinées ci-dessous, alors que celles concernant le maintien le sont plus loin, lors de l'examen des facteurs propres à la situation postérieure à l'arrivée. Tout au long de notre étude, nous avons tenté de porter attention à la comparaison omnipraticiens – médecins spécialistes. Les résultats obtenus montrent des différences intéressantes entre les omnipraticiens et les spécialistes à maints égards, tel que discuté ci-dessous.

Nous avons vu que plusieurs des facteurs mentionnés ci-dessus semblent impliqués de façon indirecte. Leur effet s'exercerait par le biais des attentes à l'égard de la profession et de celles à l'égard du milieu de vie. Nous examinons ces deux groupes de facteurs dans les paragraphes qui suivent, puis nous discutons de l'importance des mesures incitatives.

Pour ce qui est des **attentes à l'égard de la profession**, nombre d'études ont mis en évidence l'influence des facteurs professionnels sur l'attraction, l'installation et le maintien de la pratique en régions éloignées (65). Dans notre étude, nous avons émis l'hypothèse d'une relation entre certaines attentes à l'égard de la profession et l'attraction et, indirectement, l'installation. Nous postulons qu'ils n'avaient pas d'effet sur le maintien, celui-ci étant influencé par les conditions de travail et par l'écart entre celles-ci et celles effectivement rencontrées au cours de la pratique, soit par des facteurs propres à la situation postérieure à l'arrivée.

En ce qui concerne la relation entre les *attentes à l'égard de la profession et l'attraction*, les résultats obtenus dans notre étude montrent qu'ils sont les principaux déterminants de l'attraction. En effet, les attentes à l'égard de la profession se sont avérées être invoquées comme ayant une influence prépondérante. Ainsi, tant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes des groupes 1 et 2, l'exercice de la médecine en région se pose comme une alternative à la pratique en milieu urbain et plus particulièrement en centres universitaires. Cette dernière est vue comme trop compartimentée par la plupart des médecins des deux groupes. Du point de vue des omnipraticiens, l'autonomie et la diversité, la prise en charge complète des patients, la polyvalence, la possibilité de pratiquer une véritable médecine de famille et, en ce qui concerne les rapports avec les autres professionnels, l'absence de hiérarchie et la convivialité, sont autant de caractéristiques qui semblent avoir présidé au choix d'une pratique en région. Les spécialistes semblent quelque peu plus partagés que les omnipraticiens quant à l'attrait exercé par la pratique en régions. Ainsi, celle-ci s'est également présentée comme une alternative à la pratique en centre universitaire; alors que pour la plupart des spécialistes les motifs s'apparentent à ceux des omnipraticiens et indiquent une forte attirance pour le milieu régional, chez certains il s'agissait d'une possibilité parmi d'autres, notamment le fellow. Cependant, pour la plupart des médecins du groupe 1, tant spécialistes qu'omnipraticiens, le désir d'être en contact avec des gens, de leur venir en aide, est omniprésent. Dans le groupe 2, c'est-à-dire chez les médecins qui ont quitté les régions après y avoir exercé durant un nombre variable d'années, cette préoccupation s'avère davantage présente chez les omnipraticiens que chez les spécialistes, mais de façon moins prépondérante que dans le groupe 1. Dans le groupe 2, il s'agit souvent « d'aller voir », de parfaire ses compétences professionnelles et de devenir « meilleur médecin ». Ici, l'autonomie professionnelle, le besoin de toucher à tout, l'intérêt pour le caractère scientifique de la médecine, la stabilité occupationnelle et la possibilité d'exercer partout sont les principaux critères de choix de la profession. Ces derniers thèmes se révèlent d'ailleurs communs aux médecins des groupes 3 et 4. On peut par conséquent émettre l'hypothèse que l'importance accordée par les médecins à la relation d'aide lors du choix de la profession médicale soit un facteur d'attraction et d'installation en régions et, lorsque élevée, qu'elle soit en outre reliée au maintien de leur pratique en régions. Il existerait peu différences entre les omnipraticiens et les spécialistes à cet égard.

Ces résultats vont dans le sens des hypothèses émises concernant certains facteurs, notamment l'autonomie et la polyvalence et la diversité des activités professionnelles. Ils viennent cependant les enrichir, en mettant en lumière l'attrait que représentent la prise en charge complète des patients, la possibilité de pratiquer une véritable médecine de famille ou, pour les spécialistes, de deuxième ligne, de même que, en ce qui concerne les rapports avec les autres professionnels, l'absence de hiérarchie et la convivialité. Il importerait donc de bien mettre de l'avant ces attributs lors de la promotion de la pratique en régions.

Pour ce qui est de la relation entre les *attentes à l'égard de la profession et l'installation*, on constate que les facteurs professionnels sont là aussi de loin les plus influents, comparativement aux autres facteurs étudiés. Ceux rapportés comme influents sont le dynamisme de l'équipe médicale, le soutien offert par celle-ci au nouvel arrivant potentiel et la disponibilité générale des ressources spécialisées. Pour les spécialistes, s'y ajoute en outre l'opportunité de développer leur spécialité dans le sens qu'ils le souhaitent. Ces résultats vont dans le sens de ceux des études réalisées dans le domaine (65) en termes d'attributs étudiés. Ils se rapportent cependant à la perception qu'ont eue les médecins de ces facteurs de l'accueil que l'on réserve à un candidat potentiel lors de sa visite d'exploration en régions ou encore lors du démarchage. Ils font ressortir toute l'influence de l'accueil sur l'installation dans un lieu précis.

En ce qui concerne les *attentes à l'égard du milieu de vie*, les diverses études y réfèrent généralement en termes d'éléments décrivant la communauté d'accueil, soit la qualité du milieu de vie, sa santé économique, les infrastructures et les services qu'on y retrouve (65). Les résultats s'accordent à en démontrer l'influence positive. Dans notre étude, si l'on regarde la relation entre les *attentes à l'égard du milieu de vie et l'attraction*, on constate que ces facteurs ont peu joué chez les médecins du groupe 1, chez lesquels les facteurs professionnels sont déterminants. Ils semblent cependant occuper une place importante chez ceux du groupe 2, de concert avec les motifs d'ordre personnel, soit : le mode de vie en région, allié au goût de l'aventure, la qualité de vie en milieux éloignés, le besoin de s'affranchir de certaines attaches familiales, le désir de vivre autre chose. Ces résultats, lorsque mis en relation avec ceux relatifs au rôle joué par les attentes à l'égard de la profession chez les médecins du groupe 1, permettent de penser que les décisions basées sur des considérations professionnelles plutôt que contextuelles ou personnelles sont davantage porteuses de succès quant au maintien de la pratique en régions éloignées.

En ce qui a trait à l'influence des *attentes à l'égard du milieu de vie sur l'installation* en un lieu spécifique, nos résultats indiquent que pour les médecins du groupe 1, les facteurs contextuels sont secondaires à ceux d'ordre professionnel, bien qu'invoqués plus souvent que lors du stade de l'attraction. Dans le groupe 2, ils sont prépondérants. Lorsque invoqués, quel que soit le groupe de médecins, les facteurs contextuels importants dans la décision d'installation réfèrent à la qualité de vie personnelle et familiale, telle que la qualité de la nature environnante, la proximité d'un aéroport, la diminution du temps de transport entre le travail et la maison, etc. Tout comme pour l'attraction, il semble qu'une différence importante existe dans le type de facteurs présidant à l'installation chez les médecins ayant réussi à y maintenir une pratique, comparativement à ceux pour qui cela s'est avéré plus difficile, sinon impossible. Les résultats obtenus laissent croire que les médecins qui ont eu tendance à s'installer en régions pour des motifs d'abord professionnel, après avoir mûrement réfléchi à l'endroit où s'installer, sont plus susceptibles d'y demeurer longtemps que ceux qui le font pour des motifs principalement ou exclusivement d'ordre contextuel ou personnel.

Le rôle des **mesures incitatives** sur l'attraction et l'installation a fait l'objet de nombreuses études publiées dans la littérature scientifique (10,20,65). D'après la recension des écrits réalisée par Fournier et al. (69), l'exposition à la pratique rurale - notamment par le biais de stages - serait associée au recrutement et à l'installation de médecins en milieu rural; le moment auquel cette exposition a lieu aurait un impact, les stages en milieu rural ou éloigné se produisant durant la formation post-doctorale ayant davantage d'effet. Il importe de souligner, à l'instar de Fournier et al. (69), l'important biais de sélection affectant ces conclusions, rendant ainsi difficile de dissocier l'effet de la participation à des stages ou d'autres programmes d'exposition en milieu rural ou éloigné, de celui de la prédisposition manifeste des étudiants qui choisissent d'y participer.

Dans cette étude, les médecins omnipraticiens de l'étude ont tous été exposés à des stages en régions avant ou pendant leur résidence, à l'exception d'un seul; ce dernier a effectué sa formation médicale avant l'entrée en vigueur du stage obligatoire en régions durant la résidence en médecine familiale. Chez les spécialistes, la situation diffère quelque peu, certains d'entre eux n'ayant jamais bénéficié de stage en régions. Il importe toutefois de souligner que la plupart des médecins, incluant ceux des groupes 3 et 4, ont effectué à un moment ou un autre de leur formation un stage en régions. Afin de dissocier l'effet de la formation en médecine familiale de celui des stages, de mieux comprendre l'influence de ces derniers chez les spécialistes comparativement aux médecins de famille et ainsi mettre en lumière le rôle des stages, l'un des thèmes abordés durant les entrevues portait spécifiquement sur le rôle de ces derniers dans la décision d'aller en régions, puis dans le choix d'une région particulière et enfin, dans le maintien à long terme de ce choix. Parmi les médecins ayant effectué un stage pré-doctoral ou post-doctoral, la plupart tant des omnipraticiens que des spécialistes rapportent son influence positive sur leur attraction à l'égard d'une pratique en régions éloignées. Nos résultats montrent cependant que l'influence, du moins telle que rapportée par nos participants, est perçue comme étant supérieure pour les stages qui ont eu lieu durant les premières années d'étude; lorsque les stages prennent place plus tard durant la formation, soit au niveau post-doctoral, ils viendraient plutôt confirmer une décision le plus souvent déjà prise. Quant à leur effet sur l'installation, il s'agit la plupart du temps de préciser le lieu spécifique où exercer la profession, dans la mesure où la décision d'aller en régions est le plus souvent déjà prise. Tous ces résultats viennent nuancer ceux des études quantitatives, en explicitant comment s'exerce l'influence des stages relativement au biais de sélection.

Pour ce qui est des incitatifs financiers susceptibles d'influencer l'attraction et l'installation, ils consistent principalement en des bourses de formation, la rémunération majorée, les diverses primes et le ressourcement. Leur influence est examinée dans les paragraphes qui suivent.

La majorité des études s'accordent à dire que les bourses d'étude ont un effet sur l'attraction (45,76,77); l'installation dans un certain lieu en découlant généralement, l'influence des bourses sur ce phénomène est relativement peu étudié. Quant à leur effet sur le maintien à long terme, les résultats demeurent moins clairs (65,69,72). Tout au long de notre étude, nous avons distingué les trois phénomènes d'attraction, d'installation et de maintien, afin de mieux analyser l'impact des mesures incitatives tel que rapporté par les participants. Nos résultats sont intéressants à cet égard, puisqu'ils font part de l'influence positive, *a posteriori* ou encore nulle que les bourses et autres mesures ont pu avoir. Ainsi, contrairement aux stages dont l'influence sur l'attraction s'est avérée grandement positive, on constate que les bourses d'étude ont en général été accordées à des étudiants se révélant déjà attirés par la pratique en régions, parfois même issus d'une région éloignée. Il s'agit donc de profiter d'une source de revenu

supplémentaire. Tout aussi intéressants sont les motifs rapportés par certains pour ne pas avoir sollicité de bourses, bien qu'intéressés par la pratique en régions, à savoir l'obligation de pratiquer soit en régions éloignées lorsque la décision n'est pas encore prise au moment où l'on obtient la bourse, soit dans une région que l'on ne choisit pas lorsque la décision d'aller en régions est plus certaine. Si on examine maintenant l'installation, on constate qu'à l'instar de l'attraction, l'influence *a posteriori* implique que les médecins souhaitent profiter de l'aspect financier qu'offrent les bourses, sachant qu'ils iront en régions, sauf que dans le cas de l'installation, le choix de la région particulière est déjà arrêté et que les probabilités de s'y retrouver sont élevées. Il en est de même pour les bourses de formation spécialisée. L'effet sur le maintien est discuté plus loin, dans la section sur les facteurs caractérisant la situation postérieure à l'arrivée.

Quant à la rémunération majorée et les primes de diverses natures, seule leur influence sur l'installation semble avoir été examinée (65), alors que plusieurs études obtiennent des résultats mitigés (10,45) ou alors indiquent qu'un niveau de rémunération adéquate serait l'un des principaux facteurs de rétention de la main-d'œuvre médicale en régions (69). Pour ce qui est de la possibilité de ressourcement professionnel, il serait associé à l'attraction et au maintien (65). Les résultats obtenus dans notre étude montrent une grande diversité dans l'influence que ces incitatifs peuvent avoir sur les phénomènes d'attraction et d'installation. Ainsi, on a vu que plusieurs rapportent une influence nulle, alors que d'autres – notamment les spécialistes – la qualifient de positive ou encore d'*a posteriori*. Rappelons que nombre de médecins ou d'étudiants ont mentionné avoir eu ou avoir une faible connaissance de ces incitatifs au moment où se prend la décision du choix d'un lieu de pratique, ce qui explique en partie leur influence nulle. D'autres encore se sont dits avoir été ou être peu soucieux de la chose financière à ce moment. Lorsque interrogés sur le ou les principaux facteurs ayant présidé à leur attraction, très peu ont mis de l'avant les incitatifs gouvernementaux à caractère financier comme principal moteur de leur décision; cependant, certains l'ont fait et pour un médecin spécialiste, il s'agissait de la seule motivation l'attirant vers une pratique en régions éloignées. Ces résultats doivent être analysés à la lumière des circonstances qui prévalaient à l'époque où ces médecins ont pris leur décision, soit l'existence d'une pénalité ramenant à 70% la rémunération reçue par les médecins choisissant de pratiquer dans les grands centres urbains. En ce qui concerne l'installation, les primes se sont avérées jouer un certain rôle, en s'ajoutant aux autres bénéfices financiers perçus surtout par les spécialistes. Rappelons que les incitatifs financiers sont davantage utilisés *a posteriori* par les médecins spécialistes du groupe 1, comparativement à ceux du groupe 2 qui y voient une incitation plus directe; ces derniers n'ayant pas persisté dans leur pratique en régions, on peut penser que les effets des incitatifs financiers sur le maintien s'avéreront peu concluants, tel que discuté plus loin.

Influence des facteurs caractérisant la situation postérieure à l'arrivée

L'***identité personnelle*** réfère dans notre étude à l'auto-efficacité, aux habiletés relationnelles, au désir de relever des défis et à l'expérience de mobilité.

En ce qui a trait à l'auto-efficacité, c'est-à-dire la confiance qu'une personne a dans sa capacité à accomplir ce qui est requis ou attendu d'elle, notre étude a montré que la plupart des médecins étaient confiants, lors de leur arrivée en régions éloignées, à l'égard de leur performance, soit parce qu'ils étaient naturellement confiants en eux-mêmes, soit parce qu'ils se sentaient bien formés, soit pour les deux raisons simultanément. Ceux qui mettaient en doute l'adéquation de la formation reçue croyaient néanmoins qu'ils seraient capables d'être de

« bons médecins ». L'auto-efficacité était perçue comme une qualité nécessaire, d'autant plus que certains rapportaient avoir été formés pour une médecine « de luxe ». Ceci était d'autant plus vrai chez les omnipraticiens. À cet égard, les stages de formation décentralisés obligatoires se sont avérés des plus utiles pour les omnipraticiens, de même que les stages de formation post-doctorale pour les spécialistes. Les résultats obtenus dans notre étude montrent par conséquent que les stages de formation ont un effet sur l'ajustement au travail en accroissant l'auto-efficacité. Étant donné l'écart entre la formation et la réalité de la pratique en milieu rural ou éloigné tel que mentionné par plusieurs médecins, cette forme d'incitatif semble jouer un rôle important sur la rétention des médecins, en favorisant l'ajustement aux conditions de travail. Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études (17,18,27,30,68), mais contribuent à expliquer le processus par lequel cette mesure agit sur le maintien, venant ainsi renforcer les résultats d'études antérieures quant à l'importance des stages. Par ailleurs, les médecins ayant une faible auto-efficacité perçue à leur arrivée ont souligné la contribution de l'équipe au sein de laquelle ils se sont intégrés au renforcement de leur capacité. Plusieurs ont rapporté avoir fortement compté sur les membres de leur équipe de travail pour combler leurs lacunes. Par conséquent, il semble que pour certains, les conditions d'exercice de la médecine en régions éloignées viennent renforcer leurs qualités personnelles.

Plusieurs des médecins participants à l'étude ont indiqué qu'ils aimaient relever les défis et que ce trait de personnalité, en plus de l'auto-efficacité, avait facilité leur ajustement aux conditions de travail lors de leur arrivée. Cela va dans le sens de l'hypothèse émise au début de l'étude, à laquelle certains décideurs référaient par le biais de l'expression « être un peu cow-boy ». Cependant, contrairement à une autre des hypothèses que nous avons formulées à partir de la littérature en ressources humaines, aucun de nos participants n'a mentionné que les habiletés relationnelles étaient une qualité personnelle importante. Suite aux entrevues, nous croyons que cette qualité est relativement prévalente chez les médecins de tous les groupes rencontrés et qu'elle ne permet donc pas de distinguer ceux qui restent de ceux qui partent.

L'hypothèse formulée à l'égard de la mobilité s'est avérée non appuyée par les résultats obtenus. À partir de nos travaux antérieurs (63,64), nous avons en effet postulé que les médecins qui quittaient une pratique en régions après quelques années seraient davantage enclins à changer de lieux de pratique que ceux qui y restaient. On constate qu'un des motifs invoqués par les médecins du groupe 2 pour choisir la profession médicale était la mobilité qu'elle confère, c'est-à-dire la possibilité d'exercer partout son métier. On observe également que les médecins du groupe 1 sont dans l'ensemble demeurés fidèles à leur choix initial. La stabilité semble donc une caractéristique commune aux médecins ayant réussi à maintenir leur pratique en régions éloignées. Il sera toutefois nécessaire d'analyser de façon plus approfondie le contenu des entrevues avec les médecins des autres groupes avant de conclure au sujet de l'expérience de mobilité.

Parmi les **conditions d'exercice de la profession**, nous avons émis l'hypothèse que la satisfaction au travail, les relations intra et interprofessionnelles et le changement dans les conditions de travail survenues depuis l'installation jouaient un rôle important sur le degré d'ajustement au travail, permettant ainsi d'accroître le potentiel de maintien de la pratique en régions éloignées.

Les résultats que nous avons obtenus révèlent que la qualité des relations professionnelles contribue grandement à la rétention des médecins, par l'influence qu'elle exerce sur la satisfaction, l'ajustement au travail et, indirectement, le maintien. Outre le renforcement du sentiment d'auto-efficacité discuté plus haut, les relations intra et interprofessionnelles s'avèrent

donc extrêmement importantes. Ceci est congruent avec les résultats d'autres études (17,46-49). Plusieurs participants du groupe 1 ont relevé le climat de travail, l'absence de hiérarchie, la solidarité entre collègues et avec les autres professionnels, l'esprit de collaboration et l'environnement de travail personnalisé. À l'opposé, plusieurs lacunes à ces divers niveaux sont mises de l'avant de concert avec l'isolement professionnel, par les médecins du groupe 2, certains rendant compte de leur rôle déterminant dans leur décision de partir. Notre étude illustre l'importance que les relations professionnelles ont sur la rétention, en démontrant à quel point elles sont fragiles et viennent temporiser, lorsque adéquates, les difficultés liées à la rareté des ressources médicales, à la gestion du programme de dépannage et aux difficultés qu'ont certains médecins à établir des réseaux durables de consultation à l'extérieur de leur région. D'après quelques auteurs (39,50), ce dernier facteur serait primordial pour la rétention de la main-d'œuvre médicale.

La satisfaction avec les conditions de travail au moment de l'étude s'est avérée élevée chez les médecins du groupe 1. Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus par d'autres auteurs (13). Outre les qualités relevées dans les conditions de travail, dont l'autonomie professionnelle, la satisfaction avec les conditions de travail apparaît toutefois fortement influencée négativement par la rareté des ressources médicales et la disponibilité de l'équipement, de même que, positivement cette fois, par les relations professionnelles telles que discutées ci-dessus.

La rareté des ressources médicales contribue à accroître la charge de travail, d'après un grand nombre de médecins des groupes 1 et 2. En fait, il s'agit pour plusieurs de la principale difficulté d'ajustement au travail, compte tenu de l'incertitude constante quant à la stabilité des effectifs. Cette incertitude réfère aux changements survenus dans les effectifs sanitaires depuis l'installation. En plus de la fatigue sur les professionnels qui restent en poste, le départ de collègues vient grandement compromettre la diversité de la pratique mise de l'avant comme l'un des avantages de la pratique en régions. La surcharge de travail ressort dans maintes études comme l'un des facteurs importants du départ des médecins pratiquant en régions éloignées, d'après quelques études (19,65, 69); outre la rareté des ressources médicales, elle serait aussi le fait de petites communautés ne justifiant pas un bassin d'effectifs médicaux permettant d'atteindre une certaine stabilité, tel que souligné par plusieurs de nos participants.

Par ailleurs, en ce qui a trait à la disponibilité de l'équipement, si l'essentiel est jugé relativement disponible dans le groupe 1, plusieurs soulignent la difficulté d'en acquérir du nouveau. La plupart des médecins rapportent s'être ajustés à cet état de fait dans le groupe 1. La disponibilité des équipements nécessaires semble donc reliée à l'ajustement aux conditions de travail et, indirectement, au maintien de la pratique.

Dans la littérature en gestion des ressources humaines, plusieurs études ont démontré que la satisfaction avec les conditions matérielles serait fortement reliée au roulement de personnel « expatrié » (78). Dans le contexte de médecins « expatriés » en régions éloignées, ces conditions s'apparentent aux conditions d'exercice, auxquelles s'ajoutent le revenu et les divers incitatifs financiers. En effet, plusieurs études ont montré une association entre les incitatifs financiers et la rétention (8,10,21,25,54). Dans notre étude, nous avons trouvé des résultats similaires, tout en décrivant le processus par lequel ces facteurs agissent sur le maintien. En effet, nos résultats ont montré que bien que les incitatifs financiers soient importants et contribuent au maintien, beaucoup de médecins leur attribuent un rôle secondaire, et ce, tant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens. La rémunération majorée est perçue comme un plus, de concert avec le ressourcement. Il importe de préciser que les médecins du groupe 1

voient une influence positive à la rémunération majorée, lui attribuant ainsi un rôle direct dans leur maintien, contrairement aux médecins du groupe 2 qui lui confèrent un effet bénéfique davantage *a posteriori*. À l'opposé, plusieurs jugent le dépannage essentiel, bien que d'autres soient extrêmement critiques à son endroit, déplorant la mauvaise gestion - en termes d'accessibilité limitée pour de petits effectifs - ou encore le manque d'implication des médecins remplaçants.

Nos résultats ont mis en lumière trois clés de ***l'ajustement professionnel***, soit la possibilité de se débrouiller, celle de fixer ses limites et celle de faire des choix. Ces résultats sont originaux et contribuent à expliquer le processus par lequel se produit le phénomène de maintien de la pratique en régions éloignées.

Les ***conditions de vie*** réfèrent dans notre étude à la satisfaction avec le milieu de vie, le changement survenu dans les conditions de vie et dans la situation familiale depuis l'installation, de même qu'à l'ajustement du conjoint et de la famille au milieu de vie. Nous émettions l'hypothèse que ces divers facteurs influenceraient l'ajustement des médecins à la société et à l'environnement en général. Plusieurs études ont en effet démontré le lien entre les facteurs contextuels et le maintien (65,69), de même qu'entre l'ajustement du conjoint ou de la famille et celui des professionnels (68). Les résultats obtenus dans notre étude vont dans le sens de ceux rapportés par ces études. Ils font ressortir deux stratégies d'insertion pour ***l'ajustement à la société***. La première consiste en la constitution d'un réseau social, composé à la fois d'un soutien familial et de relations sociales extraprofessionnelles, réseau qui serait nécessaire à un ajustement réussi au milieu de vie. La deuxième est la mise à profit des ressources du milieu, en termes d'environnement physique et de rythme de vie.

Quant à l'***ajustement général***, nos résultats ont montré qu'il se manifeste par l'atteinte d'une qualité de vie, résultant le plus souvent de l'atteinte d'un équilibre entre le travail et la vie personnelle ou familiale. L'ajustement général se traduit également par la reconnaissance sociale, l'engagement communautaire ou social et le sentiment d'appartenance à la communauté.

Aucune étude n'a jusqu'à présent investigué le phénomène de maintien par le biais de l'ajustement. Cutchin (79,80) a apporté une touche nouvelle, en l'abordant sous l'angle de l'intégration à un milieu géographique particulier, au moyen d'une étude qualitative. Ses résultats montrent comment l'intégration résulte d'habitudes et d'actions adaptatives, elles-mêmes dépendantes des sentiments de sécurité et de liberté, ainsi que de l'identité. Utilisant également une approche qualitative, Simard et van Schendel (81) ont de leur côté analysé les processus d'insertion socioprofessionnelle et familiale de médecins immigrants et natifs dans des régions du Québec, et étudié les conditions particulières de leur rétention ainsi que les stratégies correspondantes.

Dans notre étude, nous avons abordé la notion de recomposition de l'identité pour rendre compte de l'ajustement général. Rappelons que le concept d'ajustement a été défini comme un processus dynamique résultant des modifications apportées par l'individu ou encore subies par celui-ci dans le but d'atteindre ou de maintenir un état de satisfaction qu'il considère acceptable. Ce concept d'ajustement que l'on pourrait qualifier de global tient compte de l'ajustement au travail et de celui à l'égard du milieu de vie, sans lesquels il ne pourrait être atteint. Il renferme donc ces deux dimensions, dans la mesure où on le considère atteint lorsqu'un équilibre s'est mis en place et est maintenu un certain temps. Il importe de souligner qu'il ne s'agit que d'un

équilibre, résultant d'un processus complexe et dynamique, et que comme tel, il demeure fragile.

Conclusion

La perspective théorique que nous avons retenue dans cette étude provient de l'intégration des connaissances dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de l'abondante littérature scientifique faisant état des facteurs de rétention de la main-d'œuvre médicale dans les régions éloignées, rurales ou, plus généralement, qualifiées de « sous-desservies ».

Dans cette étude, nous avons distingué les concepts d'attraction, d'installation et de maintien, afin de mieux comprendre comment s'exerçait l'influence de divers facteurs sur chacun de ces phénomènes. Nous avons défini l'attraction en tant qu'attitude favorable à l'égard de la pratique de la médecine en régions éloignées, alors que l'installation dans un lieu précis en constitue l'actualisation et représente l'aboutissement d'une décision concernant le lieu de pratique. Quant au maintien, nous l'avons défini comme le choix délibéré de demeurer dans un lieu de pratique après en avoir expérimenté les diverses facettes.

Nous avons également mis de l'avant le concept d'ajustement, dont résulterait le maintien de la pratique médicale, afin de traduire le processus dynamique d'appréciation qu'un individu fait de sa situation en termes de niveau d'atteinte de ses demandes à l'égard du travail, du milieu dans lequel il vit et de lui-même. Nous précisons que l'ajustement d'un individu à un moment donné dans le temps résultait des modifications qu'il apporte activement ou qu'il acceptait passivement afin d'atteindre ou de maintenir un état dans lequel il éprouve un niveau de satisfaction qu'il juge adéquat.

Nos résultats ont montré que le maintien était effectivement la résultante d'un processus complexe, influencé par un réseau de facteurs interreliés. Nous avons tenté d'en extraire les facteurs déterminants et d'en illustrer la complexité, tout en situant le rôle joué par les divers incitatifs dans ce processus.

Références

1. Fournier, M.-A et Contandriopoulos, A.-P., Les Effectifs Médicaux au Québec : Mieux Comprendre le Passé pour Envisager l'Avenir, Collège des médecins du Québec, 1997, 59p.
2. Ministère de la santé et des services sociaux : Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée. Service du développement de l'information, décembre 2001, 183 p.
3. Ministère de la santé et des services sociaux : Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1000 habitants, selon la principale région sociosanitaire d'activité du médecin, au Québec, en 2001. Site web du MSSS : onglet *Statistiques*, Service du développement de l'information, novembre 2002.
4. Fournier MA (2001). Les politiques de main-d'œuvre médicale au Québec : bilan 1970-2000. Ruptures – Revue Transdisciplinaire en Santé, 7(2);79-98.
5. Contandriopoulos AP, Pineault R, Fournier MA: Opinion des médecins québécois sur la pratique en région éloignée et sur le mode de rémunération. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1982;144p.
6. Easterbrook M, Godwin M, et coll.: Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. Canadian Medical Association Journal 1999;160:1159-1163.
7. Peach HG, Bath NE: Comparison of rural and non-rural students undertaking a voluntary rural placement in the early years of a medical course. Medical Education 2000;34:231-233.
8. Potter JM: Characteristics of Alaskan family physicians as determinants of practice location. Alaska Medicine 1995; 37(2):49-55, 79.
9. Woloschuk W, Tarrant M: Does a rural educational experience influence students' likelihood of rural practice? Impact of student background and gender. Medical Education 2002; 36(3): 241-247.
10. Bilodeau H : Étude des facteurs de stabilité des médecins québécois en région éloignée. Mémoire de maîtrise ès sciences en administration de la santé, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1986, 229p.
11. Goldacre MJ, Lambert TW: Stability and change in career choices of junior doctors: postal questionnaire surveys of the United Kingdom qualifiers of 1993. Medical Education 2000;34:700-707.
12. Stearns J.A, Stearns MA: Graduate medical education for rural physicians: curriculum and retention. Journal of Rural Health 2000; 16(3): 273-277.

13. Hayes GJ, Hayes SC, et coll. : Physicians who have practiced in both the United States and Canada compare the systems. American Journal of Public Health 1993; 83 (11): 1544-48.
14. Navratil FJ, Doyle JJ : The migration decision of physicians : a microanalytic approach. Socioeconomic Issues of Health 1978, American Medical Association, Jack L. Werner and Jacqueline R. Leopold Editors, U.S.A., 1978, 243p.
15. Parker RC, Sorensen AA : The tides of rural physicians : the ebb and flow or why physicians move out and into small communities. Medical Care 1978; 16 : 152-166.
16. Fryer GE, Curtis S, Vojir C, Miller M: Predictors and profiles of rural versus urban family practice. Family Medicine, 1997; 29(2): 115-118.
17. Horner DH, Samsa GP, Rickett TV: Preliminary evidence on retention rates of primary care physicians in rural and urban areas. Medical Care 1993; 31(7): 640-648.
18. Pathman DE, Konrad TR, Ricketts TC: The comparative retention of National health service corps and other rural physicians: results of a 9-year follow-up study. JAMA 1992; 268(12): 1552-1558.
19. Steiber S R : Physician who move and why they move. JAMA 1982; 248(12): 1490-1492.
20. Contandriopoulos AP, Fournier MA, Lemay A : Attitudes des médecins résidents et internes du Québec face au choix d'un lieu de pratique. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal. R84-05, 120p.
21. Dedobbeleer N., Contandriopoulos AP, Pineault R: Les femmes médecins du Québec. Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1980.
22. Lemay A : Impact des ressources hospitalières sur le choix du lieu de pratique du médecin, Mémoire de maîtrise, Département des sciences économiques, Université de Montréal, 1985; 225p.
23. Rosenblatt RA, Whitcomb ME, Cullen T.J, Lishner DM, Hart GL: Which medical schools produce rural physicians? JAMA 1992; 268(12): 1559-1565.
24. West P.A., Norris T.E., Gore E.J., Baldwin L .M., Hart L.G. (1996), « The Geographic and Temporal Patterns of Residency-Trained Family Physicians : University of Washington Family Practice Residency Network », Journal of the American Board of Family Practice, 9(2) : 100-108.
25. Costa AJ, Schrop SL, McCord G, Gillanders WR (1996) : « To Stay or Not To Stay : Factors Influencing Family Practice Residents' Choice of Initial Practice Location », Family Medicine 28(3) :214-219.
26. Elam CL, Rosebaum ME, Johnson MM (1996) : « Geographic Origin and its Impact on Practice Location in Kentucky », Journal of the Kentucky Medical Association 94(10) :446-450.

27. Rabinowitz HK: Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. NEJM 1988; 319(8):480-486.
28. Ryten E, Thurber AD, Buske L (1998) : The class of 1989 and physician supply in Canada. Canadian Medical Association Journal, 158(6) :723-728.
29. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE: A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. JAMA 1999; 281(3): 255-260.
30. Talbot J., Ward A: Alternative curricular options in rural networks (ACORNS): Impact of early rural clinical exposure in the university of West Australia medical course. Australian Journal of Rural Health 2000; 8: 17-21.
31. Becker, P., Hartz, A., Cutler, J. (1979), « Time Trend in the Association of Rural or Urban Background with Physician Location », Journal of. Medical Education, 54 : 544-550.
32. Bible, B.L. (1970), « Physicians Views of Medical Practice in Nonmetropolitan Communities », Public Health Report, 85 : 11-17.
33. Champion, D.J. et Olson, D.B. (1971), « Physician Behavior in Southern Appalacia : Some Recrutement Factors », Journal of Health and Social Behavior, 12 : 245-252.
34. Cordes SM: Factors influencing the location of rural general practitioners. West. J. Med. 1978; 128: 75-80.
35. Hynes K, Givner N : Physician distribution in a predominantly rural states predictors and trends. Inquiry 1983; 20 : 185-190.
36. Cooper, J.K., Health, K., Samuels, M. et Coleman, S. (1975), « Rural or Urban Practice : Factors Influencing the Location Decision of Primary Care Physician » Inquiry, 12 : 18-25.
37. Yett DE, Sloan FA : Migration patterns of recent medical school graduates. Inquiry 1974; 11: 125-142.
38. Aaron PR, Somes GW, Marx MB, Cooper, JK : Relation ship between traits of Kentucky Physicians and their practice Areas. Inquiry 1980; 17: 128-136.
39. Wilkinson D, Beilby JJ, Thompson DJ, Laven GA, Chamberlain NL, Laurence COM: Associations between rural background and where South Australian general practitioners work. Medical Journal of Australia 2000; 173(1): 137-140.
40. Cuca JM : 1978 U.S. Medical school graduates: practice setting preferences, hometown and spouses' hometown. Journal of Medical Education 1980; 55:220-222.
41. McKendry, R.J.R., Wells, G.A., Dale, P., Adams,O., Buske, L. Strachan, J. et Lourdes, F. (1996), « Factors Influencing the Emigration of Physicians From Canada To The United States », Canadian Medical Association Journal, 154(2) : 171-181.

42. Pathman D.E., Konrad TR, King TS et coll.: Medical training Debt and service commitments: the rural consequences. The Journal of Rural Health 2000; 16(3): 264-272.
43. Fruen MA, Cantwell JR : Geographic distribution of physicians past trends and future influences. Inquiry 1982; 19: 44-51.
44. Schwartz,W.B., Newhouse, J.P., Bennett, B.W. et Williams, A.P. (1980), « The changing geographic distribution of board-certified physicians », New England Journal of Medicine, 303 : 1032-1038.
45. Mongeau P., Lapointe S., Claveau L : Facteurs de stabilité et profil des omnipraticiens en régions éloignées : Le cas du Bas-Saint-Laurent. Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale 1994; 166p.
46. Diseker, R.A., Chappell, J.A. (1976) : « Relative Importance of Variables in Determination of Practice Location : A Pilot Study », Social Sciences & Medicine, 10 : 559-563.
47. Eisenberg, B.S. et Cotterill, P.G. (1979), « Improving Access to Medical Care in Underserved Areas : The Role of Group Practice », Inquiry, 16 : 141-153.
48. Rosenblatt, R et Moscovice, I. (1978), The Growth and Evaluation of Rural Primary Care Practice », Medical Care, 16 (10) : 819-827.
49. Wolinsky F: Why physicians choose different types of practice setting. Health Services Research 1982; 17(4): 399-419.
50. Wilkinson D, Symon B, Newbury J, Marley J: Positive impact of rural academic family practices on rural medical recruitment and retention in south Australia. Australian Journal of Rural Health 2001; 9: 29-33.
51. Anderson EA, Bergeron D, Crouse BJ (1994) : « Recruitment of Family Physicians in Rural Practice », Minnesota Medicine 77(7) :29-32.
52. Langlois A. : La répartition géographique des médecins omnipraticiens du Québec. Rapport de recherche de maîtrise, Département des sciences économiques, Université de Montréal 1985, 115 p.
53. Lemire N : Le choix du lieu de pratique des médecins-spécialistes du Québec –1977. Rapport de recherche de maîtrise, Département des sciences économiques, Université de Montréal, 1985, 146 p.
54. Bolduc D, Fortin B, Fournier MA: The effect of incentive policies on the practice location of doctors: a multinomial probit analysis. Journal of Labor Economics 1996; 14(4): 703-732.
55. Newhouse, J.P., Williams, A.P. Bennett, B.W. et Schwartz, W.B. (1982), « Does the Geographical Distribution of Physicians Reflect Market Failure ? », Bell Journal of Economics, 13 (2) : 493-505.
56. Lawlor, A.C. et Reid, J.T. (1981), « Hierarchical Patterns in the Location of Physicians Specialists Among Counties », Inquiry, 18 : 79-90.

57. Woolf, M.A., Uchill, V.L., Jacoby, I. (1981), « Demographic Factors Associated with Physician Staffing in Rural Areas : The Experience of the National Health Service Corps », Medical Care, 19 : 444-451.
58. Stamps PL, Kuringer FH: Location decisions of National Health Service Corp Physicians. American Journal of Public Health 1983; 73: 906-908.
59. Yin R : Case Study Research. Sage Publications, 3^e édition, 2003.
60. Groulx LH : Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale. In Poupart J, Groulx LH, Deslauriers JP, Laperrière A, Mayer R, Pires AP : La Recherche Qualitative : Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques. Gaétan Morin Éditeur, Boucherville : Québec, 1997.
61. Patton MQ: Qualitative Research and Evaluation Methods. 3^e édition, Sage Publications, 2002.
62. Stewart DW, Shamdasani PN: Focus groups: Theory and practice. Applied Social Research Methods Series, volume 20, Sage Publications, 1990.
63. Bilodeau H, Leduc N, Contandriopoulos AP, Fournier MA, Ste-Marie G, Dandavino A: Au-delà des statistiques : Qu'en est-il de l'émigration des médecins québécois? Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 2001; 41(2) : 239-261.
64. Leduc N, Bilodeau H, Contandriopoulos AP, Fournier MA, Ste-Marie G, Dandavino A : L'émigration des médecins québécois : motifs de départ et de retour? Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 2001; 41(2) : 221-238.
65. Bilodeau H, Leduc N : Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 2003; 43(3) : 485-504.
66. Leduc N, Bilodeau H : Les mesures gouvernementales québécoises d'incitation à la pratique médicale en régions éloignées ou isolées. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 2003; 43(3) : 505-528.
67. Tornbiorn I: Living Abroad. New York, Wiley and Sons, 1982.
68. Black S, Mendenhall M, Oddou G: Toward a comprehensive model of international adjustment: An integration of multiple theoretical perspectives. Academy of Management Review 1991; 16(2):291-317.
69. Fournier MA, Contandriopoulos AP, Diene CP, Trottier LH: Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée: Politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, juin 2004, 136p.

70. Rourke J: Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. Canadian Medical Association Journal 2005; 172(1):62-65.
71. Stefanu C, Pate ML, Chapman JS: Hospitals and medical schools as factors in selection of location of practice. Journal of Medical Education 1979; 54:379-383.
72. Velasco J, Frezza M : Évaluation du programme de bourses offert aux étudiants en médecine et aux résidents en médecine omnipratique. Direction générale des ressources humaines, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1992, 37 pages.
73. Ward AM, Kamien M, Lopez DG : Medical career choice and practice location : early factors predicting course completion, career choices and practice location. Medical Education 2004; 38(3):230-231.
74. Rolfe IE, Pearsoon SA, O'Connell DL, Dickinson JA : Finding solutions to the rural doctor shortage : the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle. Australia and New Zeland Journal of Medicine 1995; 25(5):512-517.
1. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A : The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas : a review of the literature. Academic Medicine 2002;77(8):759-760.
76. Jensen CC, DeWitt DE : The reported value of rural internal medicine residency electives and factors that influence rural career choice. The Journal of Rural Health 2002;18(1): 25-30.
77. Somers GT, Young AE, Strasser R: Rural career choice issues as reported by first year medical students and rural general practitioners. Australian Journal of Rural Health 2001;9:S6-S13.
78. Birdseye MC, Hill JS: Individual, organizational and environmental influences on expatriate turnover tendencies: an empirical study. Journal of International Business Studies 1995;26(4):787-813.
79. Cutchin MP, Norton JC, Quan MM, Bolt D, Hughes S, Lindeman B: to stay or not to stay: issues in rural primary care physician retention in Eastern Kentucky. Journal of Rural Health 1994;10:273-278.
80. Cutchin MP: Physician retention in rural communities: the perspective of experiential place integration. Health and Place 1997;3(1):25-41.

Annexe 1

Tableau récapitulatif des mesures incitatives québécoises en tant que facteurs potentiels d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées

MESURES INCITATIVES	ATTRACTION	INSTALLATION	MAINTIEN
1. MESURES NÉGOCIÉES POUR LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES			
1.1. Omnipraticiens			
1.1.1 Rémunération			
1.1.1.1 Rémunération supérieure à celle de base	X	X	X
1.1.1.2 Abolition des plafonds de revenus	X	X	X
1.1.2 Avantages sociaux			
1.1.2.1 Ressourcement	X	X	X
1.1.2.2 Dépannage	X	X	X
1.2 SPECIALISTES			
1.2.1 Rémunération			
1.2.1.1 Rémunération supérieure à celle de base	X	X	X
1.2.2 Avantages sociaux			
1.2.2.1 Ressourcement	X	X	X
1.2.2.2 Prime de rétention			X
1.2.2.3 Prime de revalorisation	X	X	X
1.2.3 Mesures complémentaires			
1.2.3.1 Remplacement			X
1.2.3.2 Forfait réseau			X

MESURES INCITATIVES (suite)	ATTRACTION	INSTALLATION	MAINTIEN
2. MESURES NON NÉGOCIÉES MINISTÉRIELLES			
2.1 BOURSES D'ETUDES EN MEDECINE	X	X	
2.2 BOURSES REGIONALES DE FORMATION SPECIALISEE	X	X	
2.3 PLACES DE RESIDENCE POUR DIPLOMES HORS CANADA/ ÉTATS-UNIS	X	X	
3. MESURES NON NÉGOCIÉES RÉGIONALISÉES			
3.1 EMPLOIS D'ETE POUR ETUDIANTS EN MEDECINE	X	X	X
3.2 STAGES DE FORMATION PRE-DOCTORALE	X	X	X
3.3 STAGES DE FORMATION POST-DOCTORALE	X	X	X
3.4 PRIMES			
3.4.1 Primes d'installation	X	X	
3.4.2 Primes annuelles de maintien	X	X	X

Légende :

- x : effet potentiel, qui n'a pas été étudié et qui reste à démontrer.
 + : effet significatif positif, tel que démontré par diverses études.
 - : effet significatif négatif, tel que démontré par diverses études.
 n.s. : effet non significatif obtenu par diverses études.

Source : Leduc N, Bilodeau H : Les mesures gouvernementales québécoises d'incitation à la pratique médicale en régions éloignées ou isolées. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales* 2003; 43(3) : 505-528.

Annexe 2

Guide d'entrevue groupe 1

Au cours de cette entrevue, nous allons parler des différentes expériences et motivations qui vous ont amené à choisir d'exercer votre profession en régions éloignées et à y rester.

Il y a trois parties à cette entrevue :

- 1) Ce qui vous a attiré dans la pratique en RE,
- 2) Les conditions de l'installation dans cette région, puis à cet endroit,
- 3) Ce qui fait en sorte que vous êtes demeuré jusqu'à présent ici. Et vos intentions futures.

SITUATION ANTÉRIEURE AU DÉPART EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES : **FACTEURS INFLUENÇANT L'ATTRACTION**

Vous êtes originaire de _____ (nom de la région)

- Y avez-vous passé votre enfance et adolescence? Y avez-vous fait vos études de niveau collégial?
[Si réponse est non dans l'un ou l'autre cas, demander combien de temps; dans quelle autre région les études ont été faites]
- Y avez-vous encore de la famille? Des attaches particulières?

Comment se sont déroulées vos études de médecine?

- Ont-elles, de façon générale, répondu à vos attentes par rapport à l'idée que vous vous faisiez de la médecine avant de les entreprendre?
- Avez-vous travaillé au cours de cette période? Vous êtes-vous endetté?

Mesures durant la formation :

- Aviez-vous bénéficié au cours de votre formation d'une bourse d'étude? (en médecine, d'une bourse régionale en formation spécialisée)
- Avez-vous eu un emploi d'été en région pour étudiant en médecine?
- Avez-vous fait un stage d'été ou un stage d'immersion clinique?
- Avez-vous fait un stage de formation pré ou post doctoral en région?

Si a bénéficié de l'une ou l'autre de ces mesures : Est-ce que cela a eu un impact sur votre décision de venir pratiquer en région? Pouvez-vous me donner plus de détails?

J'aimerais maintenant que vous me parliez de la façon dont vous avez décidé d'un lieu de pratique après vos études?

- D'abord, est-ce que plusieurs possibilités se sont présentées à vous à ce moment-là?
[Choix entre milieu urbain et milieu rural/régional; entre plusieurs régions.]
- Comment cela s'est-il passé pour le choix de votre (premier) lieu de pratique? Qu'est-ce qui vous a attiré?
 - o Connaissiez-vous cet endroit auparavant? (Comment l'avez-vous connu?
 - o Y aviez-vous de la famille ou des amis?

[Si plus d'un lieu, documenter comment cela s'est passé pour chaque endroit :

- *Durée de séjour à chaque endroit, les motifs d'attraction, d'installation et de départ?.*
- *Connaissance antérieure de cet endroit (Comment l'avez-vous connu?)*
- *Famille ou amis résidant dans ce lieu?]*

Quelle était votre situation familiale au moment du choix de votre (premier) lieu de pratique?

- Le conjoint :
 - o Quelle est (ou était) sa région d'origine?
 - o Y avait-il des chances qu'elle puisse exercer sa profession ou occuper un emploi?
- Aviez-vous des enfants? (ou aviez-vous le projet d'en avoir?)
 - o Si oui, quel âge?
 - o Quelles étaient les possibilités au niveau scolaire?

[Si plusieurs lieux de pratique, documenter à chaque fois cette même situation familiale pour l'occupation du conjoint]

Attentes par rapport à la profession

Certains médecins prétendent que ceux qui optent pour une pratique en régions éloignées sont des aventuriers ou ont un certain goût pour le risque...

- Diriez-vous que c'est votre cas? *[Explorer «le désir de relever des défis»]*
 - o Mode de pratique (solo, groupe, grand groupe, réseau,...)
 - o Charge de travail attendue et souhaitée
 - o Autonomie professionnelle
 - o Activités professionnelles (soins aux patients hospitalisés, soins en cabinet, tâches administratives, enseignement (technique infirmière, etc.)

Avez-vous entendu parler d'une autre manière ou en d'autres termes de la pratique médicale en région?

[Les caractéristiques: ce qu'on dit du type de pratique, pour les omnis et pour les spécialistes?]

- Si oui, d'où vous venaient ces informations? (collègues étudiants; tournées de promotion et initiatives des comités locaux de recrutement; etc.)

Et vous personnellement, [le cas échéant, en dehors de ce qu'on vient de voir - défi et autonomie recherchés], quelles étaient vos attentes à l'égard d'une pratique médicale en régions éloignées? Qu'est-ce qui, en somme, vous attirait dans cette pratique?

- Mode de pratique (solo, groupe, grand groupe, réseau,...)
Charge de travail attendue et souhaitée
Autonomie professionnelle
Activités professionnelles (soins aux patients hospitalisés, soins en cabinet, tâches administratives, enseignement (techn. infirmière, etc.)
- Collègues de la même promotion
Présence d'une masse critique de collègues
Proximité d'un centre hospitalier et d'une faculté de médecine

- Mesures incitatives pour omnipraticiens et spécialistes:
 - o Rémunération supérieure en région
 - o Plafonds abolis
 - o Possibilité de ressourcement
 - o Possibilité de dépannage ou remplacement (certains commencent comme ça, puis choisissent la région qui leur convient et s'y installent)
- En plus, pour spécialiste :
 - o Prime de rétention
 - o Prime de revalorisation
 - o Forfait réseau
 - o Supplément de garde

Au niveau des régions, à l'époque, vous offrait-on des avantages particuliers pour vous attirer? (équipements, aménagement physique de salles de soins,..)

Attentes par rapport au milieu de vie

Reportez-vous au moment où vous deviez choisir un lieu de pratique... Dites-moi quelles étaient vos attentes à l'égard du milieu de vie? Qu'est ce qui vous attirait?

- Type de communauté recherchée (taille, caractéristiques socio-économiques de la pop.,)
- Activités culturelles, récréatives et sportives
- Disponibilité et accès à certains services et commodités (collège, université, aéroport, épiceries fines, etc.)
- Qualité du système scolaire pour les enfants

Attentes globales et motifs du choix en général

En rétrospective, et de manière générale, que représentait pour vous à l'époque la perspective d'aller en région?

Et maintenant, qu'est-ce qui a été le plus important pour vous inciter à vous **installer** dans cette région en particulier, puis dans cet endroit bien précis?

- Quel rôle les mesures incitatives ont-elles joué dans votre décision de vous installer dans cette région en particulier, puis dans cette localité?

[Inclure les mesures durant la formation : stages, emplois d'été, etc.].

L'INSTALLATION EN RÉGION

En rétrospective, si vous considérez les six premiers mois de votre installation dans cette région, diriez-vous que les attentes que vous aviez avant votre arrivée étaient justes, réalistes ? Avez-vous eu des surprises, bonnes ou mauvaises ?

- D'abord, à l'égard de l'exercice de la profession ?
[écart entre ce qui était attendu ou souhaité au niveau professionnel et la réalité de la pratique médicale]
- Ensuite, à l'égard du milieu de vie ?
[écart entre ce qui était attendu ou souhaité à ce niveau et la réalité des conditions de vie en général (logement, accès aux services et commodités, activités socioculturelles, école des enfants et occupation du conjoint)]
 - o Et votre conjoint (pour ceux qui en avaient un à ce moment), comment se sont passé ces premiers six mois ?

Percevez-vous qu'il y a eu un écart entre, par exemple, le soutien attendu avant votre arrivée et le soutien réel fourni par les comités locaux ou les collègues de travail ? Comment vous a-t-on accueilli *[orientation dans la communauté, intégration au milieu de travail, etc]* ?

Peut-on parler d'un accueil de la population au cours de cette période ? Si oui, dans quel sens ?

SITUATION POSTÉRIEURE À L'ARRIVÉE EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES : FACTEURS INFLUENÇANT LE MAINTIEN DE LA PRATIQUE

Depuis votre arrivée dans la région, vous avez vu des collègues s'installer puis quitter après quelques années. Selon vous comment expliquez que vous soyez demeuré toutes ces années à _____ ?

Autrement dit, qu'est ce qui vous distingue des médecins qui ont quitté la région ?

Identité personnelle

Attribuez-vous cela à des prédispositions ou à des qualités personnelles ? Si oui, dans quelle mesure par rapport à d'autres dimensions plus objectives ?

[Auto-efficacité; désir de relever des défis, de plus grande autonomie]

Conditions de l'exercice de la profession

Parlez-moi des conditions dans lesquelles vous avez eu à exercer votre profession, de leur évolution depuis la période de l'installation.

- Êtes-vous satisfait de :
 - o De l'évolution des conditions de la pratique médicale dans leur ensemble (écart entre les attentes et les conditions réelles)
 - o Des relations intra-professionnelles (avec les autres médecins)
 - o Des relations inter-professionnelles (avec autres membres du réseau de la santé et l'administration)

- Quelle évaluation faites-vous :
 - o De la stabilité de l'équipe médicale
 - o De la complexité technique des actes médicaux
 - o De la polyvalence /éventail des tâches
 - o De la lourdeur de la pratique (Heures, gardes,...)
 - o De l'accès aux spécialités de support
 - o Des consultations à distance (corridors de service)
 - o Des équipements

Nous aimerions savoir le rôle que les différentes mesures gouvernementales, régionales ou locales ont pu jouer dans votre décision de demeurer en région.

- o Rémunération supérieure en région
- o Plafonds abolis
- o Possibilité de ressourcement
- o Possibilité de dépannage ou remplacement (incluant le forfait réseau)

En plus, pour spécialiste :

- o Prime de rétention
- o Prime de revalorisation
- o Supplément de garde

Reportez-vous encore une fois au moment de votre installation. Dans quelle mesure étiez-vous **confiant** que vous aviez les capacités et habilités professionnelles requises pour faire le travail qu'exige la pratique médicale en régions éloignées? (Auto efficacité)

Avec votre expérience, maintenant, pensez-vous que vous avez reçu toute la préparation nécessaire (entre autre les stages en régions pré ou post doctoraux, emploi d'été, ...) pour exercer en régions éloignées?

De nouveau, à l'époque de votre installation, pensez-vous que vous aviez tout ce qu'il vous fallait (informations, habilités professionnelles et personnelles) pour vous **ajuster** à une pratique en régions? (Ajustement potentiel)

Dans l'ensemble, diriez-vous que depuis votre arrivée vous vous êtes bien ajusté à votre environnement de travail?

Conditions de vie pour le médecin et sa famille

Depuis votre installation dans cette région, êtes-vous satisfait de la manière dont les choses se sont déroulées en dehors de votre travail?

- Conciliation entre vie personnelle et professionnelle
- Habilités relationnelles [*habilité à créer des liens, à interagir socialement avec la population locale, à composer avec les «petits milieux» (tout le monde se connaît), etc.*]

- Statut social [manière dont les médecins sont perçus par la population et/ou leurs patients ; perception de leur rôle dans la communauté];
- Appréciation des ressources du milieu (services et commodités, écoles des enfants, environnement physique, climat, etc.), et du rythme de vie (tranquillité, proximité).

Qu'en est-il de votre conjoint? Et des autres membres de votre famille?

En rétrospective, pensez-vous qu'au moment de votre installation vous aviez tout ce qu'il vous fallait alors pour vous ajuster, vous adapter à un milieu de vie comme celui que vous retrouvez ici? (Informations, habilités personnelles)

Et votre conjoint?

Dans l'ensemble, diriez-vous que vous vous êtes personnellement bien ajusté à votre milieu social depuis le moment de votre installation? .

- Amis originaires de la région, activités sociales et récréatives dans la région;
- Participation sociale indirecte (se rendre à des fêtes de villages et autres activités dans la communauté), et directe (membres d'associations ou de clubs locaux).

Qu'en est-il de votre conjoint? Des autres membres de votre famille?

Évaluation globale de l'intégration et de la rétention

De façon générale, diriez-vous qu'aujourd'hui, vous vous sentez intégré (ajustement général) dans votre communauté tant sur le plan professionnel que personnel?

Parmi l'ensemble des facteurs dont nous avons discuté dans cette entrevue, pouvez-vous me dire quels sont ceux qui ont été déterminants dans votre décision de rester? Avez-vous déjà pensé à partir? Si oui, qu'est-ce qui vous a amené à rester?

Quelles sont vos intentions relativement à votre lieu de pratique?

- A court terme (d'ici deux ans)
- À moyen terme (d'ici 5 ans)
- A plus long terme (plus de 5 ans)

OPINIONS À L'ÉGARD DE L'ENSEMBLE DES MESURES

Depuis plus de vingt-cinq ans, le gouvernement a mis en place une série de mesures dans le but d'attirer, et de favoriser le maintien des médecins en régions éloignées...

Vous, avec votre expérience et le fait d'en avoir vu arriver et repartir, vous avez certainement une opinion sur ces mesures.

J'aimerais que vous nous disiez ce que vous en pensez et que vous nous indiquiez lesquelles vous apparaissent les plus pertinentes et efficaces. Y en a-t-il d'autres qui pourraient être mises en place?

[Énumération des mesures négociées et non négociées.]

De façon générale, quels sont les principaux problèmes à résoudre pour le recrutement et le maintien de médecins dans les régions éloignées? Quelles solutions voyez-vous? Quels sont les facteurs à améliorer?

Guide d'entrevues groupe 2

Au cours de cette entrevue, nous allons parler des différentes expériences et motivations qui vous ont amené à choisir d'exercer votre profession en régions éloignées et à y rester.

Il y a trois parties à cette entrevue :

- 4) Ce qui vous a attiré dans la pratique en RE,
- 5) Les conditions de l'installation dans cette région, puis à cet endroit,
- 6) Ce qui fait en sorte que vous êtes demeuré jusqu'à présent ici. Et vos intentions futures.

SITUATION ANTÉRIEURE AU DÉPART EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES : FACTEURS INFLUENÇANT L'ATTRACTION

Vous êtes originaire de _____ (nom de la région)

- Y avez-vous passé votre **enfance et adolescence**? Y avez-vous fait vos études de niveau collégial?
[Si réponse est non dans l'un ou l'autre cas, demander combien de temps; dans quelle autre région les études ont été faites]
- Y avez-vous **encore de la famille**? Des **attaches particulières**?

Comment se sont déroulées vos études de médecine?

- Ont-elles, de façon générale, **répondu à vos attentes par rapport à l'idée que vous vous faisiez de la médecine** avant de les entreprendre?
- Avez-vous **travaillé au cours de cette période**? Vous êtes-vous endetté?

Pendant votre formation :

- Avez-vous bénéficié d'une bourse d'étude (en médecine **ou** d'une bourse régionale en formation spécialisée) ?
- Avez-vous eu un emploi d'été en région pour étudiant en médecine?
- Avez-vous fait un stage d'été ou un stage d'immersion clinique?
- Avez-vous fait un stage de formation pré ou post doctoral en région?

Si a bénéficié de l'une ou l'autre de ces mesures : Est-ce que cela a eu un impact sur votre décision de venir pratiquer en région? Pouvez-vous me donner plus de détails?

J'aimerais maintenant que vous me parliez de la **façon dont vous avez décidé d'un lieu de pratique après vos études**?

- D'abord, est-ce que **plusieurs possibilités se sont présentées** à vous à ce moment-là?
[Choix entre milieu urbain et milieu rural/régional; entre plusieurs régions.]
- Comment cela s'est-il passé pour le choix de votre **premier lieu de pratique en région? Qu'est-ce qui vous a attiré en somme?**
 - o Connaissez-vous cet endroit auparavant? (Comment l'avez-vous connu?)
 - o Y aviez-vous de la famille ou des amis?
 - o Autres dimensions : laissez parler...

Quelle était votre **situation familiale au moment du choix** de ce lieu de pratique?

- Le conjoint :
 - o Quelle est (ou était) sa région d'origine?
 - o Y avait-il des chances qu'elle puisse exercer sa profession ou occuper un emploi?
- Aviez-vous des enfants? (ou aviez-vous le projet d'en avoir?)
 - o Si oui, quel âge?
 - o Quelles étaient les possibilités au niveau scolaire?

*[Si plus d'un lieu – **AVANT** ou **APRÈS** l'installation dans la région de désignation - documenter comment cela s'est passé pour chaque endroit :*

- *Durée de séjour à chaque endroit, les motifs d'attraction, d'installation et de départ?.*
- *Connaissance antérieure de cet endroit (Comment l'avez-vous connu?)*
- *Famille ou amis résidant dans ce lieu?*
- *Situation familiale : conjoint, présence d'enfants.*

Attentes par rapport à la profession

Certains médecins prétendent que ceux qui optent pour une pratique en régions éloignées sont des **aventuriers ou ont un certain goût pour le risque...**

- Diriez-vous que c'est **votre cas**? *[Explorer «le désir de relever des défis»]*
 - o Mode de pratique (solo, groupe, grand groupe, réseau,...)
 - o Charge de travail attendue et souhaitée
 - o Autonomie professionnelle
 - o Activités professionnelles (soins aux patients hospitalisés, soins en cabinet, tâches administratives, enseignement (technique infirmière, etc.)

Au moment de votre formation, avez-vous **entendu parler en d'autres termes** de la pratique médicale en région?

[Les caractéristiques: ce qu'on dit du type de pratique, pour les omnis et pour les spécialistes?]

- **Si oui, d'où vous venaient ces informations?** (collègues étudiants; tournées de promotion et initiatives des comités locaux de recrutement; etc.)

[En particulier si répond que goût du risque ne s'applique pas à son cas]

Vous personnellement, quelles étaient vos attentes à l'égard d'une pratique médicale en régions éloignées? **Qu'est-ce qui, en somme, vous attirait dans cette pratique?** *[outre le sens du défi ou du risque]*

- Mode de pratique (solo, groupe, grand groupe, réseau,...)
 Charge de travail attendue et souhaitée
 Autonomie professionnelle
 Activités professionnelles (soins aux patients hospitalisés, soins en cabinet, tâches administratives, enseignement (techn. infirmière, etc.)

- Collègues de la même promotion
- Présence d'une masse critique de collègues
- Proximité d'un centre hospitalier et d'une faculté de médecine

Les **mesures incitatives** ont-elles joué un rôle à ce moment-là?

- Pour omnipraticiens et spécialistes:
 - o Rémunération supérieure en région
 - o Absence de plafonds
 - o Possibilité de ressourcement
 - o Primes d'installation et de maintien (mesures régionales pour certaines localités en ce qui concerne les omnis)
 - o Possibilité de dépannage ou remplacement (*certain commencent comme ça, puis choisissent la région qui leur convient et s'y installent*)
- En plus, pour spécialiste :
 - o Prime de rétention
 - o Prime de revalorisation
 - o Forfait réseau ou prime de remplacement
 - o Supplément de garde (garde de 24 h ou de 12 h (forfaits de 350 ou de 50))

Au niveau des régions, à l'époque, **vous offrait-on des avantages particuliers** pour vous attirer? (équipements, aménagement physique de salles de soins,...)

Attentes par rapport au milieu de vie

Au moment où vous avez envisagé la possibilité de venir pratiquer en région, **quelles étaient vos attentes à l'égard du milieu de vie?** Qu'est ce qui vous attirait?

- Type de communauté recherchée (taille, caractéristiques socio-économiques de la pop.,)
- Activités culturelles, récréatives et sportives
- Disponibilité et accès à certains services et commodités (collège, université, aéroport, épiceries fines, etc.)
- Qualité du système scolaire pour les enfants

Attentes globales et motifs du choix en particulier

En rétrospective, et de manière générale, **que représentait pour vous à l'époque la perspective d'aller en région?**

Et maintenant, en résumé, **qu'est-ce qui a été le plus important pour vous inciter à vous installer** dans cette région en particulier, puis dans cet endroit bien précis?

- Quel rôle les **mesures incitatives** ont-elles joué dans votre décision de vous **installer** dans cette région en particulier, puis dans cette localité?
[Inclure les mesures durant la formation : stages, emplois d'été, etc.].

L'INSTALLATION EN RÉGION

En rétrospective, si vous considérez **les six premiers mois de votre installation** dans cette région, diriez-vous que les attentes que vous aviez avant votre arrivée étaient justes, réalistes ? **Avez-vous eu des surprises**, bonnes ou mauvaises ?

- D'abord, à l'égard de l'exercice de la profession ?
[écart entre ce qui était attendu ou souhaité au niveau professionnel et la réalité de la pratique médicale]
- Ensuite, à l'égard du milieu de vie ?
[écart entre ce qui était attendu ou souhaité à ce niveau et la réalité des conditions de vie en général (logement, accès aux services et commodités, activités socioculturelles, école des enfants et occupation du conjoint)]
 - o Et **votre conjoint** (pour ceux qui en avaient un à ce moment), comment se sont passé ces premiers six mois ?

Percevez-vous qu'il y a eu un **écart entre, par exemple, le soutien attendu avant votre arrivée et le soutien réel fourni par les comités locaux ou les collègues de travail** ?

Comment vous a-t-on accueilli *[orientation dans la communauté, intégration au milieu de travail, etc.]* ?

Peut-on parler d'un **accueil de la population au cours de cette période** ? Si oui, dans quel sens ?

Au moment de votre installation :

- Dans quelle mesure étiez-vous **confiant** que vous aviez les capacités et habilités professionnelles requises pour faire le travail qu'exige la pratique médicale en régions éloignées ? (Autoefficacité)
Pensez-vous que vous aviez tout ce qu'il vous fallait (informations, habilités professionnelles et personnelles) pour vous **ajuster** à une pratique en régions ? (Ajustement potentiel)
- Pensez-vous **que vous aviez tout ce qu'il vous fallait alors pour vous ajuster à un milieu de vie comme celui que vous avez retrouvé en [nom de la région]** ? (Informations, habilités personnelles)
Et **votre conjoint** ?

SITUATION POSTÉRIEURE À L'ARRIVÉE EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES : FACTEURS INFLUENÇANT LE MAINTIEN DE LA PRATIQUE

Vous avez passé un certain temps en région (années, mois). Pendant ce temps, vous avez certainement rencontré d'autres collègues qui, comme vous, sont venus s'y installer (avant ou après vous). Vous en avez vu **qui ont quitté ou en ont manifesté l'intention**, et d'autres **qui, au contraire, semblaient vouloir demeurer**.

Qu'est ce qui vous rapproche des premiers et vous distingue des seconds ?

Identité personnelle

Attribuez-vous cela à une **incompatibilité personnelle** avec le type de pratique ou le mode de vie en région, ou plutôt aux **conditions objectives** auxquelles vous avez été confrontées (professionnellement ou dans la vie de tous les jours)? **Part relative de ces dimensions...**

Dimension professionnelle

Parlez-moi du cadre **dans lequel vous avez eu à exercer votre profession, entre le moment de votre installation jusqu'à votre départ.**

Dans cette perspective, quelle **évaluation faites-vous** :

- Des caractéristiques de la pratique médicale
 - o complexité des actes médicaux
 - o polyvalence ou éventail des tâches
- De l'évolution des conditions de cette pratique dans leur ensemble (écart entre les attentes et les conditions réelles)
 - o stabilité de l'équipe médicale
 - o lourdeur de la pratique (Heures, gardes,...)
 - o accès aux spécialités de support et des consultations à distance (corridors de service)
 - o équipements
 - o relations *intra-professionnelles* (avec les autres médecins) et *inter-professionnelles* (avec autres membres du réseau de la santé et l'administration)

En comparaison de ce que vous avez connu en région, **quelle évaluation faites-vous des conditions actuelles de votre pratique?**

Jusqu'à quel point les différentes mesures gouvernementales, régionales ou locales ont-elles joué dans le fait que vous soyez demeuré [tant d'années] en région?

- o Rémunération supérieure en région
- o Absence de plafonds
- o Possibilité de ressourcement
- o Possibilité de dépannage ou remplacement (effet du dépannage sur charge de travail)
- o Primes de maintien (non négociée, régionale)

En plus, pour spécialiste :

- o Prime de rétention (après trois ans d'installation)
- o Prime de revalorisation (annuelle)
- o Forfait réseau (annexe 102 ?)
- o Supplément de garde

Auraient-elles pu vous inciter à demeurer plus longtemps?

Dans l'ensemble, **diriez-vous que vous avez pu vous ajuster à votre environnement de travail lorsque vous étiez en région?**

Avec l'expérience que vous avez acquise, **pensez-vous aujourd'hui que vous avez reçu toute la préparation nécessaire** (entre autre les stages en régions pré ou post doctoraux, emploi d'été, ...) pour exercer en régions éloignées?

Dimension contextuelle

Lorsque vous étiez en région, **comment évaluez-vous la manière dont les choses se sont déroulées en dehors de votre travail?**

- Conciliation entre vie personnelle et professionnelle
- Habilités relationnelles [*habilité à créer des liens, à interagir socialement avec la population locale, à composer avec les «petits milieux» (tout le monde se connaît), etc.*]
- Statut social [manière dont les médecins sont perçus par la population et/ou leurs patients ; perception de leur rôle dans la communauté];
- Appréciation des ressources du milieu (services et commodités, écoles des enfants, environnement physique, climat, etc.), et du rythme de vie (tranquillité, proximité).

Dans l'ensemble, **diriez-vous que vous avez su personnellement vous ajuster à votre milieu social ?**

- Amis originaires de la région, activités sociales et récréatives dans la région;
- Participation sociale indirecte (se rendre à des fêtes de villages et autres activités dans la communauté), et directe (membres d'associations ou de clubs locaux).

Comment cela s'est-il passé pour **votre conjoint**? Et pour les autres membres de votre famille?

En comparaison de ce que vous avez connu en région, **quelle évaluation faites-vous de votre qualité de vie actuelle?**

Évaluation globale de l'intégration et de la rétention

De façon générale, dans quelle mesure pensez-vous **avoir pu vous intégrer à la communauté locale** où vous avez exercé en région, tant sur le plan **professionnel que personnel**?

Parmi l'ensemble des facteurs dont nous avons discuté dans cette entrevue, pouvez-vous me dire **quels sont ceux qui ont été déterminants dans votre décision de quitter?**
Avez-vous déjà **pensé à demeurer**? Si oui, qu'est-ce qui aurait pu **vous inciter à le faire**?

Quelles sont **vos intentions** relativement à votre lieu de pratique actuel?

- A court terme (d'ici deux ans)
- À moyen terme (d'ici 5 ans)
- A plus long terme (plus de 5 ans)

Un **retour en région** est-il une chose envisageable à plus ou moins long terme? Pourquoi?

OPINIONS À L'ÉGARD DE L'ENSEMBLE DES MESURES

Depuis plus de vingt-cinq ans, le gouvernement a mis en place **une série de mesures** dans le but d'attirer, et de favoriser le maintien des médecins en régions éloignées...

- Vous, avec votre expérience et le fait d'en avoir vu arriver et repartir, vous avez certainement une **opinion sur ces mesures**.
- J'aimerais que vous nous disiez ce que vous en pensez et que vous nous indiquiez **lesquelles vous apparaissent les plus pertinentes et efficaces**. Y en a-t-il d'autres qui pourraient être mises en place?

[Énumération des mesures négociées et non négociées.]

De façon générale, quels sont les **principaux problèmes à résoudre pour le recrutement et le maintien de médecins dans les régions éloignées**? Quelles solutions voyez-vous? Quels sont les facteurs à améliorer?

Annexe 3

Critères de recrutement des participants aux groupes de discussion

Une grille de sélection des participants a été établie en fonction des profils des clientèles étudiantes des facultés de médecine du Québec et des hypothèses à invalider par rapport aux facteurs importants dans le choix et le maintien d'une pratique en régions.

Elle contenait les éléments suivants :

- la langue
- le sexe
- le statut civil (vivre seul ou en couple)
- l'année d'étude
- l'intention de se spécialiser
- l'origine régionale (i.e. avant les études collégiales)
- l'intention ou non de pratiquer en régions

Langue : Français (Toutefois, les étudiants de l'université Mc Gill pouvaient participer aux discussions en anglais si cela reflétait le choix des participants. Par contre, le participant devait avoir une assez bonne compréhension du français pour être en mesure de suivre les discussions.)

La composition recherchée pour chacun des 4 groupes :

- Moitié, moitié, hommes et femmes
- Une bonne distribution d'étudiants de chacune des années (1^{ère} et 2^{ème} : 2 étudiants, 3^{ème} : 2 étudiants, 4^{ème}, et 5^{ème} : 3 étudiants, résidents : 3 résidents)
- La moitié ayant l'intention de se spécialiser dans une spécialité de base
- Entre un tiers et la moitié qui vivent en couple
- Entre un tiers et la moitié des personnes qui ne soient pas originaires de grands centres urbains comme Montréal et Québec
- La moitié ou moins ayant l'intention d'aller pratiquer en région

Annexe 4

Guide de discussion — Groupes d'étudiants en médecine

Avant la rencontre

- Compléter un court questionnaire avant le début de la rencontre
 - Année en médecine
 - Intérêt pour une spécialisation
 - Région de provenance
 - Situation familiale (couple, enfants, étude/travail du/de la conjoint(e))
 - Région éventuelle d'installation de sa pratique

Introduction (5-10 minutes)

- Présentation de l'animateur (explication : objectifs de la rencontre, enregistrement, présence de collègues, confidentialité, déroulement.)
- PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS
 - PRÉNOM, ANNÉE D'ÉTUDE, STATUT DE FAMILLE,
 - LIEU D'ORIGINE, LIEUX OÙ ON A FAIT SES ÉTUDES SECONDAIRES, COLLÉGIALES,
 - SI ON A DÉMÉNAGÉ DURANT L'ENFANCE

Rêves de carrière (5 minutes)

- Lorsque vous avez commencé vos études de médecine, en première année, comment voyiez-vous votre parcours professionnel ? Sondez :
 - Médecine généraliste vs spécialisation
 - Type de pratique
 - Lieu de pratique
- À quel moment faites-vous ces choix ?

Ce qu'on recherche – les critères d'établissement de sa pratique (45-60 min)

- Constitution de la liste des critères.
 Quels sont tous les critères ou éléments que vous avez considérés ou que vous allez considérer lorsque viendra le moment de choisir le lieu d'établissement de votre pratique médicale ?

 Chacun parle à tour de rôle et j'aimerais que vous me disiez les critères pour que je les écrive sur les feuilles au mur.
- L'importance relative des critères

On remet à chacun des participants 20 collants qu'il aura à distribuer parmi les critères recueillis lors de l'établissement de la liste de base. Tous les critères mentionnés sont écrits sur des « flip chart ». On demande aux participants d'apposer en marge des critères importants pour eux autant de collants qu'ils le jugent nécessaire en se rappelant qu'ils n'ont que 20 collants à distribuer parmi TOUS les critères importants.

On fait la somme et on discute des critères selon leur ordre d'importance pour bien comprendre le rôle qu'ils jouent dans l'établissement du lieu de pratique.

Définir la pratique en dehors des centres universitaires – positif et négatif (25-30 min)

On continue nos exercices de groupe. Je vous donne un thème de réflexion et je veux que tour à tour, en continuant les tours de tables successifs, vous me donniez l'image ou l'idée qui vous vient à l'esprit. Chacun apporte une idée que j'écris sur les tableaux. On continue jusqu'à ce que les idées de chacun de vous soient épuisées.

- On parle beaucoup de « pratique dans les régions éloignées ». Quelles sont toutes les idées, toutes les images qui vous viennent spontanément à l'esprit ? À quoi cela vous fait-il penser ? Comment vous représentez-vous la vie dans ces régions ?
- Maintenant dressons le portrait typique du médecin qui y travaille ? (Conditions de pratique, intérêt, âge, implication dans son milieu, type de pratique, formation continue, installation physique de son bureau, sa vie sociale et familiale, ses loisirs. Tout quoi !
- En quoi ce portrait est-il différent de celui du médecin qui pratique dans un grand centre ? Sondez les notions de centres universitaires, de régions périphériques, de régions éloignées, de régions isolées. Est-ce qu'il y a des différences entre ces réalités ? Si oui : quelles sont-elles ?
- Quels sont les craintes ou les freins par rapport à la pratique en régions éloignées ?

Exercice en équipe de 2 personnes – motiver et inciter les médecins à pratiquer en régions et surtout maintenir cette pratique (25-30 min)

En équipe de 2 personnes, j'aimerais que vous établissiez un plan de mesures variées incitatives pour amener les médecins à pratiquer en régions et surtout à s'y établir. Vous avez 10 minutes pour préparer votre programme. Chaque équipe présentera son plan aux autres participants. Ce sera suivi d'une discussion générale.

Important : Bien comprendre ce qui constitue une motivation ou encore un frein et surtout pourquoi cela est important et à quel niveau cela joue.

Sonder :

- Le monétaire : rôle, niveau nécessaire pour avoir un impact réel, récurrence, amélioration de la rémunération vs pénalité, allocation d'installation, des bourses contre des années de pratique en régions éloignées, etc.
- La famille : conjoint(e), travail, enfants, loisirs, école pour les enfants, etc.
- La formation continue : au jour le jour avec des collègues, des cours de mise à jour, etc.
- Les ressources : collègues, ressources matérielles, densité du corps médical, etc.
- Liberté, notion de travailleur autonome, rôle social du médecin, impression d'avoir perdu son temps si on revient vers un grand centre parce qu'on n'a pas aimé l'expérience, etc.
- Connaissance des régions : stages et/ou visites en région, connaissance du milieu de vie, parrainage, intégration sociale, vie culturelle, etc.
- Rôle des facultés dans ce processus.

Votre situation (15 min)

Et vous, que comptez-vous faire ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous motive ? Qu'est-ce qui vous freine ?

Chaque participant présente sa situation personnelle.

Questions finales des observatrices (5 min)

Remerciement.

Annexe 5

Catégories d'analyse

(2 2) ATTRACTION

(2 2 1) Contexte et perspectives

(2 2 2) Attentes-appréhensions

(2 2 2 1) Pratique médicale

(2 2 2 2) Milieu de vie

(2 2 3) Impact mesures incitatives sur décision

(2 2 3 1) Bourses d'études en médecine

(2 2 3 1 1) Positif

(2 2 3 1 2) Aposteriori

(2 2 3 1 3) Nul

(2 2 3 2) Stages (exposition) en région

(2 2 3 2 1) Pré-doctoraux

(2 2 3 2 1 1) Positif

(2 2 3 2 1 2) Aposteriori

(2 2 3 2 1 3) Négatif

(2 2 3 2 1 4) Neutre

(2 2 3 2 1 5) Nul

(2 2 3 2 2) Post-doctoraux

(2 2 3 2 2 1) Positif

(2 2 3 2 2 2) Aposteriori

(2 2 3 2 2 3) Négatif

(2 2 3 2 2 4) Neutre

(2 2 3 2 2 5) Nul

(2 2 3 3) Autres (majoration, primes, ressourcement)

(2 2 3 3 1) Positif

(2 2 3 3 2) Aposteriori

(2 2 3 3 3) Nul

(2 2 4) Facteurs en cause

(2 2 4 1) Professionnel

(2 2 4 2) Contexte-famille ou personnel

(2 2 4 3) Incitatifs financiers

(2 2 4 4) Profession - Contexte-famille

(2 2 4 5) Profession - Personnel (et contexte)

(2 2 4 6) Profession - Incitatifs

(2 2 4 7) Profession - Contexte-famille - Incitatifs

(2 2 4 8) Profession - Personnel (et Contexte) - Incitatifs

(2 2 4 9) Contexte-famille (et personnel) - Profession

(2 2 4 10) Personnel (et Contexte) - Profession - Incitatifs

- (2 2 4 11)Contexte-famille ou personnel - Incitatif
- (2 2 4 12)AUCUN

(2 3) INSTALLATION

- (2 3 1)Circonstances et conditions
- (2 3 2)Effet des bourses
 - (2 3 2 1)D'études en médecine
 - (2 3 2 1 1)Positif
 - (2 3 2 1 2)Aposteriori
 - (2 3 2 1 3)Nul
 - (2 3 2 2)Régionales de formation spécialisée
 - (2 3 2 2 1)Positif
 - (2 3 2 2 2)Aposteriori
- (2 3 3)Impact des stages sur décision (réelle ou potentielle)
 - (2 3 3 1)OUI
 - (2 3 3 1 1)Pré-doctoral
 - (2 3 3 1 2)Résidence
 - (2 3 3 1 3)Prédoc et Résidence
 - (2 3 3 2)NAP
- (2 3 4)Impact autres mesures
 - (2 3 4 1)Positif
 - (2 3 4 2)Aposteriori
 - (2 3 4 3)Nul
- (2 3 5)Facteurs de décision
 - (2 3 5 1)Professionnel
 - (2 3 5 2)Profession - Contexte-famille
 - (2 3 5 3)Profession - Incitatifs
 - (2 3 5 4)Contexte-famille ou personnel
 - (2 3 5 5)Contexte-famille - Profession
 - (2 3 5 6)Contexte-famille et Incitatifs
 - (2 3 5 7)Contexte-famille - Incitatifs - Profession
 - (2 3 5 8)Contexte - Profession - Incitatifs (Gr. 3-4)
- (2 3 6)Pourquoi pas en région? (gr. 3-4)
 - (2 3 6 1)Professionnel
 - (2 3 6 2)Contextuel-familial
 - (2 3 6 3)Contextuel-familial et Professionnel
 - (2 3 6 4)Désincitatifs (mesures gouv.)

(2 4) MAINTIEN

- (2 4 1)Dimension familiale

- (2 4 1 1)Modification statut familial
 - (2 4 1 1 1)Situation maritale
 - (2 4 1 1 1 1)Même qu'à l'arrivée
 - (2 4 1 1 1 2)Différente qu'à l'arrivée
 - (2 4 1 1 1 3)NSP
 - (2 4 1 1 2)Situation parentale
 - (2 4 1 1 2 1)Même qu'à l'arrivée
 - (2 4 1 1 2 2)Différente qu'à l'arrivée
 - (2 4 1 1 2 3)NAP

- (2 4 1 2)Occupation conjoint modifiée ?
 - (2 4 1 2 1)OUI
 - (2 4 1 2 2)NON
 - (2 4 1 2 3)Nouveau conjoint
 - (2 4 1 2 4)NAP

- (2 4 1 3)Insertion des conjoints et des enfants

(2 4 2)Dimension socioculturelle

- (2 4 2 1)Relations sociales (au travail vs hors-travail)
- (2 4 2 2)Ressources du milieu (vs attentes et besoins)
 - (2 4 2 2 1)Accès aux commodités et à culture
 - (2 4 2 2 2)Rythme et cadre de vie

(2 4 3)Dimension professionnelle

- (2 4 3 1)Les caractéristiques de la pratique (vs ville)
- (2 4 3 2)Les conditions de la pratique
 - (2 4 3 2 1)Stabilité équipe et lourdeur charge
 - (2 4 3 2 2)Relations intra et inter-profess.
 - (2 4 3 2 3)Accès spécialistes et équipement

(2 4 4)Appréciation globale

- (2 4 4 1)De l'ajustement
 - (2 4 4 1 1)Au travail
 - (2 4 4 1 2)Au milieu de vie
 - (2 4 4 1 3)En général

- (2 4 4 2)De l'appartenance au milieu régional

- (2 4 4 3)Des conditions du maintien (ou départ)

(2 4 5)Demeurer ou partir ?

- (2 4 5 1)Décision de quitter (Groupe 1)

- (2 4 5 1 1)Déjà envisagée?
 - (2 4 5 1 1 1)OUI (et effectivement prise)
 - (2 4 5 1 1 2)OUI (sérieusement mais sans suite)
 - (2 4 5 1 1 3)OUI (une éventualité)
 - (2 4 5 1 1 4)NON
- (2 4 5 1 2)À l'avenir
 - (2 4 5 1 2 1)Encore possible
 - (2 4 5 1 2 2)Peu probable
- (2 4 5 2)Impact des mesures incitatives
 - (2 4 5 2 1)Rémunération, primes
 - (2 4 5 2 1 1)Positif
 - (2 4 5 2 1 2)Aposteriori
 - (2 4 5 2 1 3)Nul (ou neutre)
 - (2 4 5 2 2)Ressourcement
 - (2 4 5 2 2 1)Positif
 - (2 4 5 2 2 2)Aposteriori
 - (2 4 5 2 2 3)Nul (ou neutre)
 - (2 4 5 2 3)Dépannage
 - (2 4 5 2 3 1)Positif
 - (2 4 5 2 3 2)Aposteriori
 - (2 4 5 2 3 3)Négatif
 - (2 4 5 2 3 4)Neutre
- (2 4 5 3)Facteurs déterminants du maintien
 - (2 4 5 3 1)Profession - Contexte-famille
 - (2 4 5 3 2)Profession - Personnel (et Contexte)
 - (2 4 5 3 3)Profession - Contexte-famille - Incitatifs
 - (2 4 5 3 4)Profession - Personnel (Contexte) - Incitatifs
 - (2 4 5 3 5)Contexte-famille - Profession
 - (2 4 5 3 6)Personnel (et Contexte) - Profession
 - (2 4 5 3 7)Contexte-famille - Profession - Incitatifs
 - (2 4 5 3 8)Personnel (Contexte) - Profession - Incitatifs
 - (2 4 5 3 9)Contexte-fam. (ou pers.) - Incitatifs – Profes.
 - (2 4 5 3 10)Profession (seul)
 - (2 4 5 3 11)Professionnel et Incitatifs
 - (2 4 5 3 12)Contexte-famille (seul)
 - (2 4 5 3 13)AUCUN
- (2 4 5 4)Les facteurs et conditions du départ (Groupe 2)
 - (2 4 5 4 1)Professionnel
 - (2 4 5 4 2)Contextuel-familial-personnel
 - (2 4 5 4 3)Profes. et Contexte-familial (ou person.)
 - (2 4 5 4 4)Contexte-familial (ou person.) - Professionnel

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>