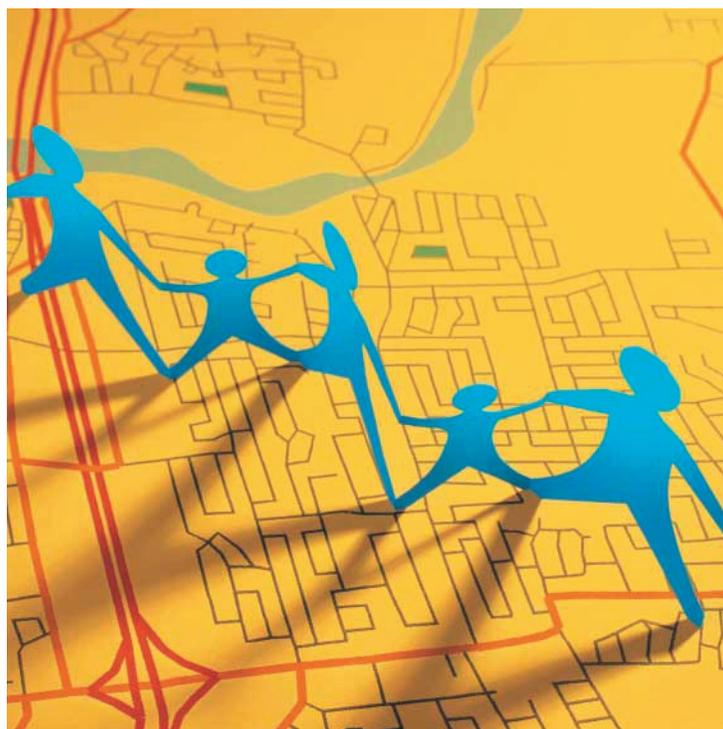


**Les médecins immigrants et
non immigrants en régions éloignées
au Québec : processus d'insertion
globale et facteurs de rétention**

Myriam SIMARD et
Nicolas VAN SCHENDEL

URBANISATION, CULTURE ET SOCIÉTÉ

INRS



**Les médecins immigrants et
non immigrants en régions éloignées
au Québec : processus d'insertion globale
et facteurs de rétention**

Myriam SIMARD et Nicolas VAN SCHENDEL

RAPPORT FINAL

Institut national de la recherche scientifique
Urbanisation, Culture et Société

Avril 2004

Responsabilité scientifique : Myriam Simard
Myriam.Simard@inrs-ucs.quebec.ca
Institut national de la recherche scientifique
Urbanisation, Culture et Société

Diffusion :
Institut national de la recherche scientifique
Urbanisation, Culture et Société
3465, rue Durocher
Montréal (Québec) H2X 2C6

Téléphone : (514) 499-4000
Télécopieur : (514) 499-4065

www.inrs-ucs.quebec.ca

Projet de recherche financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

ISBN 2-89575-060-2
Dépôt légal : 2^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
© Tous droits réservés

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS.....	1
INTRODUCTION.....	19
1. LA RÉTENTION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN RÉGIONS RURALES OU ÉLOIGNÉES : RECENSION DES ÉCRITS	25
1.1 Les facteurs en cause	25
1.2 La rétention difficile des médecins ayant une obligation de service en région	28
1.3 Partir ou rester : comprendre le processus menant à la décision.....	29
1.4 Une condition de la rétention : l'intégration au milieu rural (selon Cutchin).....	33
Le Soi du médecin :	35
La communauté médicale locale :	36
La communauté en général :	36
1.5 L'intégration et la rétention des médecins immigrants en régions éloignées au Québec : un premier angle d'analyse	37
2. MÉTHODOLOGIE.....	39
2.1 La constitution du guide d'entretien	39
2.2 La constitution de l'échantillon	40
2.2.1 La sélection des participants	41
2.2.1.1 Les critères de sélection	41
2.2.1.2 L'utilisation des listes de médecins DHCEU et boursiers	41
2.2.2 Le recrutement	44
2.3 Le déroulement de l'enquête.....	46
2.4 La compilation et l'analyse des données	47
3. LA POPULATION À L'ÉTUDE : CARACTÉRISTIQUES ET ÉLÉMENTS DE PARCOURS.....	49
3.1 Les principales caractéristiques	49
3.1.1 L'âge et le sexe	49
3.1.2 L'origine continentale	50
3.1.3 L'origine urbaine et rurale.....	51
3.1.4 Temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique médicale en région.....	52
3.2 Parcours avant l'exercice de la profession en région québécoise	53
3.2.1 Formation médicale de base ou spécialisée	53
3.2.2 Pratique médicale à l'étranger	54
3.2.3 Motifs de l'émigration et du choix du Québec comme société d'accueil.....	55
3.2.4 Connaissance des conditions requises à l'exercice de la profession au Québec	56
3.2.4.1 Une connaissance superficielle et partielle.....	56
3.2.4.2 Des examens et des stages d'accueil, d'internat rotatoire ou de résidence légitimes	57
3.2.4.3 L'attitude protectionniste et rigide de la corporation professionnelle médicale et de l'État.....	57
3.2.4.4 Désavantages et précarité accrus des femmes et des réfugiés médecins.....	58
3.2.4.5 Les États-Unis comme solution de remplacement en cas de refus.....	59

3.2.5	Itinéraire entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région	59
3.2.5.1	Emplois sous-qualifiés pour survivre.....	59
3.2.5.2	Stratégies pour rester en contact avec la médecine : stages de recherche ou études	60
3.2.5.3	Évaluation de la période d'attente.....	62
CONCLUSION.....		66
4.	DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES.....	69
4.1	La perspective des régions	69
4.1.1	La préparation	69
4.1.1.1	Évaluation de la formation en résidence et des stages en région	69
4.1.1.2	Les atouts de l'expérience médicale rurale à l'étranger.....	72
4.1.1.3	La perspective d'aller en région	74
4.1.1.4	Raisons du choix de la région	81
4.1.2	L'installation.....	83
4.1.2.1	Âge et statut familial à l'arrivée	83
4.1.2.2	L'arrivée en région : quelques facettes de l'accueil	87
Conclusion		90
4.2	L'insertion socioprofessionnelle et familiale en région : un tableau d'ensemble ..	94
4.2.1	L'insertion professionnelle : le travail avant tout	94
4.2.1.1	L'intérêt de la pratique en région.....	94
4.2.1.2	Une médecine exigeante	97
4.2.1.3	Des conditions de travail acceptables.....	99
4.2.1.4	Le soutien des collègues et du personnel infirmier	102
4.2.1.5	Des relations familières avec les patients	106
4.2.2	L'insertion dans la communauté.....	110
4.2.2.1	Le « petit milieu » comme cadre des relations sociales.....	110
4.2.2.2	Le médecin en région : d'étranger à notable	115
4.2.2.3	La participation à la vie locale	122
4.2.3	L'insertion familiale	124
4.2.3.1	Les (in)occupations du conjoint.....	124
4.2.3.2	Des enfants bien intégrés	126
Conclusion		129
4.3	Les seuils de la rétention ou les conditions de la durée.....	133
4.3.1	L'intention au départ : « programmé » à revenir ou ouvert à rester?.....	134
4.3.2	Les facteurs de rétention : quitter ou demeurer?	136
4.3.2.1	La rétention minimale : le séjour prévu	139
4.3.2.2	La rétention conditionnelle	141
4.3.2.3	La rétention optimale : le séjour illimité.....	158
4.3.3	Une stratégie globale de la rétention : « faire avec » la vie en région	163
4.3.3.1	Une évaluation de l'intégration.....	164
4.3.3.2	Tirer le meilleur parti : profiter ou compenser	166
Conclusion		170
4.4	Des solutions à apporter pour améliorer la rétention	174
4.4.1	Des problèmes critiques et récurrents en arrière-plan	174
4.4.1.1	Effets pervers d'une pénurie chronique de médecins.....	174
4.4.1.2	Difficultés de trouver un emploi aux conjoint(e)s des médecins	177
4.4.1.3	Absence d'écoles au-delà du secondaire	178
4.4.2	Question préalable : obligation ou incitation?	178
4.4.3	La formation médicale universitaire.....	181
4.4.4	La pratique médicale régionale	183
4.4.5	La vie en région	187
Conclusion		188

CONCLUSION GÉNÉRALE.....	191
ADDENDA : ET MAINTENANT? RÉALITÉ DE MÉDECINS IMMIGRANTS DONT L'ACCÈS À LA PRATIQUE MÉDICALE N'EST PAS ENCORE GARANTI	197
ANNEXE 1 : DÉMARCHES DU MÉDECIN DHCEU.....	205
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE.....	209
BIBLIOGRAPHIE.....	227

Liste des tableaux

Tableau 1 : Distribution théorique de l'échantillon de médecins omnipraticiens immigrants et non immigrants (DHCEU, boursiers) selon le statut de rétention (demeurer, partir)	41
Tableau 2 : Critères de sélection.....	41
Tableau 3 : Distribution selon les régions désignées et le statut de rétention des médecins DHCEU repérables dans l'annuaire médical du Collège des médecins du Québec	43
Tableau 4 : Distribution selon les régions désignées et le statut de rétention des médecins boursiers repérables dans l'annuaire médical du Collège des médecins du Québec	43
Tableau 5 : Répartition des répondants selon le programme (DHCEU et boursiers), le statut de la rétention (demeuré et quitté) et les grandes régions d'assignation (Ouest et Est du Québec).....	46
Tableau 6 : Distribution selon les tranches d'âge et le programme (DHCEU, boursiers) au moment de l'entretien	49
Tableau 7 : Distribution selon le sexe, le programme (DHCEU, boursiers) et le statut de rétention (partis, demeurés)	50
Tableau 8 : Origine continentale des répondants selon le programme et le statut de la rétention.....	51
Tableau 9 : Origine urbaine-rurale des répondants selon le programme et le statut de la rétention.....	51
Tableau 10a : Temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région	52
Tableau 10b : Temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région	52
Tableau 11 : Pratique médicale à l'étranger des médecins DHCEU	55
Tableau 12 : Statuts d'immigration à l'arrivée	55
Tableau 13 : Âge à l'arrivée en région selon le programme et le statut de rétention	84
Tableau 14 : Statut familial à l'arrivée en région (2 niveaux) selon le programme et le statut de rétention.....	85
Tableau 15 : Statut familial à l'arrivée en région (3 niveaux) selon le programme et le statut de la rétention	85
Tableau 16 : Statut familial à l'arrivée en région (subdivision des variables « Célibataire ou seul » et « Avec conjoint sans enfants ») selon le programme et le statut de rétention	86
Tableau 17 : Appréciation des incitatifs financiers selon le programme et le statut de rétention.....	100
Tableau 18 : Appréciation des relations de travail selon le programme et le statut de rétention.....	103
Tableau 19 : Relations sociales selon le programme et le statut de rétention	112
Tableau 20 : Participation à la vie locale selon le programme et le statut de rétention.....	123
Tableau 21 : Statut occupationnel du conjoint en région selon le programme et le statut de la rétention	124
Tableau 22 : Statut familial à l'arrivée en région selon le programme et le statut de rétention	127
Tableau 23 : Intention au départ selon le programme et le statut de rétention	135
Tableau 24 : Seuils de rétention (intervalles de la durée) selon le programme d'installation et le statut de rétention	138
Tableau 25 : Seuils de rétention (intervalles de la durée) selon le programme d'installation en région.....	138

Faits saillants

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Cette étude se situe dans un contexte où une mauvaise répartition territoriale des effectifs médicaux au Québec incite, de plus en plus, à cibler l'immigration comme une des solutions aux besoins de main-d'œuvre médicale en cas de pénurie.

Peu de connaissances approfondies sur cette question spécifique des médecins immigrants en région au Québec permettent d'appuyer les mesures à prendre. Malgré l'existence d'un programme qui, depuis le début des années 1980, est consacré aux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU), on ne sait rien de la dynamique de leur intégration professionnelle, sociale et familiale, ni des facteurs de leur rétention en région. Dans cette étude, nous entendons par « médecin immigrant » un omnipraticien ayant obtenu son statut d'immigrant et ayant signé un contrat l'engageant à exercer pendant quatre ans dans un établissement en régions éloignées, désignée par le ministère dans le cadre du programme des DHCEU.

En dépit de deux études statistiques produites au ministère de la Santé et des Services sociaux, plusieurs questions concernant ces médecins immigrants en région demeurent en suspens. Comment s'intègrent-ils hors des métropoles et grandes villes? Quels avantages et désavantages voient-ils à pratiquer en région? Comment perçoivent-ils leur environnement professionnel régional? Et leur environnement social et culturel? Leur famille s'adapte-t-elle à ce contexte régional? Quels sont leurs critères personnels contribuant à rester et s'enraciner en région au-delà de leur contrat de quatre ans? Pourquoi restent-ils? Sinon, pourquoi quittent-ils? Quelles sont les convergences et divergences avec leurs confrères médecins non immigrants pratiquant aussi en région?

C'est pour documenter cette réalité méconnue qu'une recherche qualitative a été entreprise à la fin de 2002. Cette étude s'insère également dans un cadre plus large, l'immigration en région, alors qu'une politique de régionalisation de l'immigration a été instaurée au Québec en 1992. Les questions de l'attraction et de la rétention sont au cœur de cette politique de déconcentration spatiale des immigrants, outre celles du développement des régions et de l'intégration à la majorité francophone.

Deux objectifs sont à la base de cette recherche : 1) décrire le processus d'insertion socioprofessionnelle et familiale des médecins immigrants ou formés à l'étranger (DHCEU) dans les régions éloignées du Québec; 2) dégager les principaux facteurs de rétention découlant de ce processus.

Notre but consiste à étudier les conditions de l'insertion socioprofessionnelle et de la rétention en régions éloignées, dans un contexte d'obligation ou de contrainte imposée à des médecins. En effet, compte tenu d'une expérience déjà bien remplie au chapitre de la migration, on peut croire, *a priori*, que le premier choix de ces médecins serait de demeurer en milieu urbain.

Par ailleurs, puisque nous avons ciblé des médecins ayant pratiqué en région pour honorer un engagement, on doit s'attendre, en toute logique, à ce qu'ils quittent leur lieu d'assignation une fois leur obligation acquittée, à moins que la conjonction de circonstances particulières diverses aient pour effet de prolonger leur séjour. L'identification de ces conditions constitue dès lors l'intérêt premier de cette recherche.

Parallèlement, nous avons jugé utile de comparer les médecins DHCEU à un groupe témoin de médecins formés au Québec ayant eux aussi été tenus d'honorer un engagement contractuel en régions éloignées. Ce dernier groupe est constitué d'omnipraticiens ayant bénéficié de bourses annuelles octroyées par le programme *Bourses d'études en médecine*. Le boursier peut recevoir jusqu'à quatre années d'aide financière en échange d'un nombre équivalent d'années de pratique en dehors des grands centres.

MÉTHODOLOGIE

L'échantillon a été constitué à partir de quatre sous-groupes : 1) les médecins omnipraticiens immigrants ou formés à l'étranger (programme DHCEU) qui ont *quitté* la région assignée une fois leur contrat d'engagement honoré; 2) les médecins omnipraticiens immigrants ou formés à l'étranger ayant complété leur engagement et qui sont *demeurés* en régions éloignées; 3) les médecins omnipraticiens boursiers qui ont *quitté* la région une fois leur contrat d'engagement honoré; 4) les médecins omnipraticiens boursiers ayant complété leur engagement et qui sont *demeurés* en régions éloignées.

Un total de 45 entretiens semi-dirigés ont été réalisés : 24 auprès de médecins DHCEU et 21 auprès de médecins boursiers ayant déjà pratiqué ou pratiquant encore en régions éloignées au Québec. De ce nombre, quinze DHCEU et onze boursiers avaient quitté la région au moment des entretiens, contre respectivement neuf et dix qui y demeureraient toujours.

L'analyse a procédé selon le plan suivant : 1) description des caractéristiques de la population à l'étude (DHCEU et boursiers) et des éléments du parcours migratoire des DHCEU; 2) comparaison DHCEU/boursier relativement à la perspective des régions et

à l'installation; 3) analyse des dimensions de l'insertion sociale et professionnelle (professionnelle, communautaire et familiale) suivant la distinction DHCEU-boursiers et partis-restés; 4) analyse des facteurs de rétention en fonction d'une typologie des seuils ou des intervalles de la durée créée *a posteriori*.

LA POPULATION À L'ÉTUDE : CARACTÉRISTIQUES ET ÉLÉMENTS DE PARCOURS

Quel est le profil général des médecins que nous avons rencontrés? Voilà la question à laquelle nous répondons dans ce chapitre. Nous traçons un portrait des principales caractéristiques de ces médecins ainsi que des éléments de leur parcours, en particulier celui des médecins immigrants. Il s'agit ici de décrire ce qu'ils ont fait avant de venir au Québec, les raisons de leur venue, leurs attentes, la façon dont ils ont vécu la période ayant précédé leur départ en région, etc.

Partie essentiellement descriptive, nous comparons les caractéristiques des deux groupes à l'étude (DHCEU et boursiers), lorsque pertinent. Dans un premier temps, nous examinons les variables suivantes : 1) l'âge et le sexe; 2) l'origine continentale; 3) la provenance urbaine ou rurale; 4) le temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique médicale en région. Puis, nous nous attardons au parcours ayant précédé leur résidence et leur installation en région.

Sans entrer dans le détail, mentionnons d'abord les points qui ressortent davantage pour chacune des caractéristiques. En ce qui concerne l'âge au moment de l'entretien, il importe de souligner l'écart de près de dix ans séparant les médecins immigrants et les boursiers, ces derniers étant les plus jeunes. Quant au sexe, les répondants sont majoritairement des hommes. Relativement à l'origine continentale, on remarque que près de la moitié des médecins DHCEU proviennent d'Europe. Suivent dans une proportion semblable les médecins originaires d'Amérique du Sud et Antilles ainsi que d'Asie. Un infime part vient du Moyen-Orient.

À l'égard de l'origine urbaine ou rurale, nous en avons fait l'examen dans la mesure où cette variable nous permet déjà d'identifier le degré de familiarité du répondant avec le milieu de vie des régions éloignées. Dans l'ensemble, la majorité des médecins proviennent d'un milieu urbain, c'est-à-dire qu'ils y ont toujours vécu jusqu'à l'installation en région. Seul un tiers d'entre eux sont originaires du milieu rural.

Quant au temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région, il est très long pour les médecins DHCEU, variant de trois ans — pour une faible minorité — jusqu'à quatorze ans. Pour près des trois quarts des médecins DHCEU interrogés, le délai d'attente est en moyenne de huit ans.

En ce qui concerne le parcours des médecins avant l'exercice de leur profession en région québécoise, il révèle plusieurs faits inattendus. D'abord, une proportion non négligeable des médecins formés à l'étranger (un peu plus du tiers) avait déjà soit *complété* une spécialité, soit *entrepris* une telle formation spécialisée, interrompue par leur immigration. Il s'agit principalement de la gastro-entérologie, l'urologie, la neurologie, la pédiatrie, la chirurgie, la médecine tropicale et l'ophtalmologie. Aucun de ces médecins n'a pu poursuivre sa carrière de spécialiste ou sa formation spécialisée au Québec, faute de permis. Tous ont dû accepter de se réorienter en médecine familiale et faire le deuil de leur spécialité.

Les trois quarts des médecins DHCEU ont pratiqué la médecine dans leur pays d'origine. Cette expérience se révélera pour plusieurs, directement pertinente dans le cadre de leur travail en régions éloignées au Québec. En effet, ces médecins ont été confrontés, dans leur pays d'origine, à une situation de pratique régionale où les besoins étaient énormes et les moyens négligeables.

Chez les trois quarts des médecins interrogés, ce sont des considérations politiques, parfois couplées à des considérations économiques, qui ont motivé leur départ du pays d'origine. Fuir un régime politique avec lequel on est en désaccord, un climat instable et violent ou encore une situation économique incertaine... sont les motifs qui reviennent le plus souvent.

Peu d'entre eux connaissaient bien les conditions requises à l'exercice à la profession médicale au Québec, pas plus qu'ils ne soupçonnaient la complexité et la longueur des démarches. Tous trouvent légitime de devoir passer des examens d'équivalence et de faire des stages ou des années de résidence afin, notamment, de se familiariser avec la médecine nord-américaine. Toutefois, certains déplorent l'attitude trop protectionniste de la corporation professionnelle médicale ou de l'État et ce, dès le projet d'immigration esquissé. Devant ces difficultés, souvent inattendues, bon nombre de médecins envisagent d'aller pratiquer aux États-Unis et vont même jusqu'à passer leurs examens d'équivalence américains.

Enfin, leur itinéraire entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région révèle une période d'attente longue et difficile, marquée notamment par des emplois sous-qualifiés pour survivre et assumer leurs responsabilités familiales : emplois manuels diversifiés, travail d'entretien ou dans les manufactures, gardiens d'édifices, employés dans les cuisines de restaurants, préposés aux bénéficiaires dans des hôpitaux, ambulanciers... À cela s'ajoute une réelle inquiétude de rester trop longtemps éloigné de la médecine et de perdre leurs compétences et savoirs à force de ne plus pratiquer. Pour contrer ce danger, plusieurs tenteront de travailler ou d'étudier dans un domaine

connexe à la médecine, par exemple en faisant des stages de recherche médicale dans des laboratoires.

Leur évaluation de cette période d'attente est négative, en raison surtout de la longueur du délai d'attente et de l'incertitude entourant leur avenir comme médecin. La perte de leur identité professionnelle et la crainte de s'éloigner à jamais de la médecine sont omniprésentes dans les entretiens. De plus, les répondants soulignent les conséquences néfastes d'un tel délai, non seulement sur les plans professionnel et financier, mais aussi psychologique et familial.

LA PERSPECTIVE DES RÉGIONS

Dans cette section, il est d'abord question de la *préparation* des médecins en vue de leur installation en région éloignée, sous l'angle de la formation ou de l'expérience déjà acquise, puis de la perspective d'y pratiquer et d'y vivre. Nous nous arrêtons également sur les motifs conduisant au choix d'une région plutôt que d'une autre, ainsi que sur les attentes et appréhensions. Puis, en second lieu, nous traitons sommairement des conditions de l'*installation* (facteurs personnels, familiaux et d'accueil).

La préparation

Globalement, la majorité des répondants qui se sont exprimés sur la formation en résidence ont estimé qu'elle a été *globalement* utile et adéquate. Les DHCEU en particulier font valoir les avantages de cette formation pour se recycler, se familiariser avec la médecine nord-américaine, et même enrichir leur expérience pratique médicale. Cependant, lorsque interrogés *spécifiquement* sur la préparation pour la pratique en région, plusieurs émettent des réserves et ont un avis mitigé. Deux motifs expliquant leur insatisfaction ressortent. D'une part, ils évoquent l'orientation de leur programme universitaire, davantage axé vers la pratique urbaine. La formation donnée surtout par des spécialistes, l'absence de contact avec des professeurs omnipraticiens régionaux pouvant les sensibiliser à la réalité de la pratique en région au cours de leurs études, la tendance à une spécialisation trop rapide qui empêche une vision globale de la médecine et un apprentissage de base polyvalent, sont à quelques reprises déplorées. D'autre part, le contact avec la réalité régionale — notamment par les stages — est jugé insuffisant pour acquérir suffisamment d'autonomie et de confiance pour faire face aux défis multiples de la pratique régionale.

Fait intéressant, plus des trois quarts des médecins immigrants ayant pratiqué à l'étranger ont expérimenté, dans leur pays d'origine, une pratique médicale en milieu rural ou régional. La durée varie entre un an et dix ans. Cette expérience figurera clairement comme un *atout* lorsqu'ils iront en région éloignée au Québec, puisque cette

pratique médicale à l'étranger leur a appris à développer des qualités particulièrement pertinentes dans les régions, telles l'autonomie et la polyvalence. De plus, ils ont eu à se débrouiller dans des contextes difficiles de grande pénurie de ressources ou de situations de guerre.

Certains médecins ont acquis leur expérience de pratique en milieu rural dans le cadre d'années de « service civil » dans leur pays d'origine. Cette obligation de service civil s'effectua en retour de leur formation assumée par l'État et en guise de « reconnaissance ». Par conséquent, l'idée de travailler en région après leur formation médicale ne leur est pas tout à fait étrangère ou nouvelle, puisqu'ils ont déjà servi leur pays en pratiquant dans des zones éloignées.

Quant à la perspective d'aller en région, selon qu'on soit médecin formé à l'étranger (DHCEU) ou médecin boursier, l'idée ne soulève pas les mêmes opinions et sentiments. Chez les médecins DHCEU on observe *deux niveaux* de réactions. D'abord, émerge une première opinion positive, où la quasi-totalité des médecins immigrants expriment spontanément leur satisfaction d'avoir eu « la chance » de pouvoir accéder à l'exercice de leur profession dans le pays d'accueil. La notion « d'échange de services » revient dans plusieurs entretiens. Ainsi, les médecins expliquent trouver « normale » et « correcte » l'obligation contractuelle d'aller pratiquer quatre ans en région éloignée, puisant soit dans leurs expériences passées de service civil à l'étranger, soit dans un sentiment de loyauté et de reconnaissance envers le pays d'accueil pour étayer leur propos. L'exigence contractuelle est perçue comme un marché honorable, surtout dans un contexte de pénurie de médecins en région.

Cependant, un deuxième niveau de réponse transparait subtilement dans les propos des DHCEU. Ces derniers formulent certaines doléances à l'égard de l'obligation contractuelle en raison, notamment, des effets pervers qu'elle engendre sur leur vie conjugale et familiale, de l'iniquité par rapport aux autres médecins non immigrants, ou simplement du mode de vie rural éloigné de leurs goûts personnels. En outre, le montant élevé de la pénalité financière est mentionné.

Par contraste, la majorité des médecins boursiers évoquent le défi d'une pratique globale et polyvalente comme principal incitatif à aller en régions éloignées, couplé plus secondairement à un goût de découverte et d'aventure. Clairement, la médecine en milieu régional et rural leur semble être un moyen d'avoir plus d'autonomie dans leur profession, un contact plus étroit et continu avec leurs patients ainsi qu'une occasion de « voir autre chose ».

En fait, cette attitude des boursiers quant à la perspective d'aller pratiquer en région est teintée par leur « jeunesse », c'est-à-dire cette étape de la vie où le goût des défis et de l'aventure est particulièrement attrayant. Également, se profile la notion de « qualité de vie », primordiale chez la jeunesse contemporaine. À cet égard, les jeunes boursiers médecins n'y sont pas indifférents et recherchent, eux aussi, une qualité de vie conforme à leurs aspirations, en termes de plein air, de quiétude, de moindre stress et de cadre propice pour élever une famille.

Concernant les raisons conduisant au choix d'une région, elles diffèrent légèrement selon qu'on soit médecin DHCEU ou boursier. Pour la plupart des médecins formés à l'étranger, ce sera la combinaison de divers facteurs qui expliquera leur décision finale : distance acceptable par rapport à Montréal ou à d'autres centres urbains, expérience heureuse lors des stages de résidence, accueil chaleureux, présence d'autres médecins immigrants qui les invitent à venir s'installer, acceptation de la région par la conjointe, services et activités pour l'ensemble de la famille. Le facteur prépondérant semble être, toutefois, une distance raisonnable par rapport à Montréal, Ottawa ou Québec associée à la qualité du réseau de transport (routier et aérien). Une région non desservie par un aéroport se verra parfois éliminée au profit d'une autre où est possible un voyage rapide en avion à destination de Montréal.

Pour les boursiers, les raisons du choix du lieu découlent directement de leur perspective d'aller en région. Ils choisissent donc, avant tout, un endroit stimulant de pratique médicale, un lieu d'expérimentations et d'aventures, un cadre de vie de qualité où se conjuguent le plein air, la beauté des paysages, le calme et la sécurité. Tout comme les DHCEU, ils recherchent eux aussi une région qui ne soit pas trop isolée et éloignée de Montréal ou Québec, avec un système de transport adéquat et un climat de travail et de vie agréable et chaleureux.

Rappelons toutefois une particularité des boursiers. Près de la moitié sont d'origine rurale. Leur choix d'aller en région éloignée est par conséquent teinté d'une familiarité avec ce type de milieu, acquise lors de l'enfance. Ils ont une connaissance globale des régions québécoises — que les DHCEU n'ont pas — qui les aide à sélectionner la région répondant vraiment à leurs goûts précis. Au moment d'expliquer leur décision finale, ils évoquent plus souvent que les DHCEU la « beauté de la région » et ses qualités environnementales (présence du fleuve et de la mer, montagnes, paysages sauvages) ainsi que la proximité de la famille ou de la parenté vivant en région.

L'installation

À l'arrivée en région, presque tous les médecins âgés de plus de 35 ans étaient des DHCEU (16/17). Les DHCEU plus jeunes ont, quant à eux, pratiquement tous quitté la région (7/8), une fois leur engagement terminé. Ce qui nous amène à émettre l'hypothèse selon laquelle la perspective d'une carrière pour de jeunes médecins formés à l'étranger ne peut être envisagée en dehors des grands centres urbains que si, en cours d'expérience en milieu rural ou régional, des conditions très favorables en viennent à compenser de manière significative les difficultés associées à une seconde migration. En effet, au moment de partir en région subsistent les promesses d'avenir engendrées par la première migration, notamment dans une ville comme Montréal. Un tel contexte entourant l'installation en région diffère de celui offert à la compréhension des boursiers du même âge qui perçoivent plutôt leur engagement en région comme une occasion de « voir autre chose ». Ils y voient aussi la chance de tenter l'aventure, ce qui, à la longue, peut tout aussi bien les pousser à demeurer dans la région, si l'aventure est heureuse, qu'à la quitter afin de poursuivre ailleurs leur carrière. En d'autres mots, le fait d'être jeune ne semble nullement le gage, ici, d'une rétention prolongée en région.

Par ailleurs, la majorité des médecins interrogés (35 sur 45) étaient accompagnés d'un conjoint à leur arrivée en région (17 DHCEU et 18 boursiers). Fait à noter, tandis que la répartition entre les boursiers ayant quitté et ceux qui sont demeurés est à peu près égale (10 contre 8), on compte une plus grande proportion de DHCEU accompagnés d'un conjoint qui ont quitté la région (12 contre 5). Un tel écart est maintenu si l'on isole ceux qui, en plus du conjoint, étaient accompagnés d'au moins un enfant à l'arrivée (10 contre 4). Dans la mesure où se pose, dès le départ, la question de l'insertion de leurs enfants en milieu régional, ce résultat laisse entrevoir le poids relatif de l'éducation scolaire dans la décision de quitter, notamment chez les immigrants.

Avec ou sans conjoint, l'installation en région de l'ensemble des médecins interrogés se passe généralement bien. Pour la plupart, c'est moins la question de l'installation en tant que telle qui suscite leurs commentaires, que celle de l'accueil qui leur a été réservé : celui de la population en général, mais surtout celui des diverses structures locales ou du personnel des services de santé. En particulier, le soutien des collègues de travail ressort souvent dans les commentaires relatifs aux premiers temps de l'installation en région, tant chez les DHCEU que chez les boursiers. Deux aspects d'un tel soutien sont dégagés : l'assistance professionnelle et l'orientation dans la communauté.

L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE ET FAMILIALE

Ce chapitre a pour but premier de documenter, auprès de la population à l'étude, deux types de facteurs censés intervenir de manière prépondérante dans la décision de médecins omnipraticiens de quitter les régions éloignées où ils ont pratiqué ou encore, d'y demeurer : les facteurs d'ordre professionnel et ceux d'ordre psychosocial (Mongeau, Lapointe et Claveau, 1994). Le second type de facteurs correspond à ce que Humphreys *et al.* (2001) appellent les facteurs sociaux liés aux caractéristiques personnelles et à la famille (l'éducation des enfants, l'occupation du conjoint, les relations avec des membres de la communauté, etc.). Les aspects ici considérés sont en fait de trois ordres : professionnel, communautaire et familial. L'insertion est l'outil privilégié pour traiter de ces dimensions, dans la mesure où elle permet de voir le médecin et sa famille sous l'angle de ses rapports avec un milieu de vie et de pratique.

Un autre objectif consiste à dégager pour chacune de ces trois dimensions un certain nombre de tendances ou de vérifier si des différences sont observables entre, d'une part, médecins DHCEU et boursiers, et d'autre part, entre médecins qui demeuraient encore en région au moment des entretiens et ceux qui avaient quitté.

En ce qui concerne la dimension professionnelle de l'insertion, cinq aspects ont été traités et documentés à partir des propos tenus par les répondants : l'intérêt pour le type de pratique en région, le caractère exigeant de cette pratique, les conditions de travail (rémunération et ressourcement), le soutien des collègues et les relations avec les patients.

Le premier point révèle que la grande majorité des médecins interrogés, quel que soit leur programme d'installation (DHCEU ou boursiers), ont une conception relativement semblable de la pratique médicale en région. Des caractéristiques souvent évoquées dans la littérature sur le sujet, telles que la polyvalence et l'autonomie, sont ici reprises et commentées. La notion de « prise en charge complète » du patient semble les recouvrir en partie, sans compter celle de « médecin de famille » qui paraît prendre tout son sens et son intérêt dans le contexte des régions éloignées. Dans cette perspective, le manque de spécialistes n'est pas nécessairement vu comme un désavantage.

Le deuxième point traite du caractère exigeant d'une telle médecine et l'aborde sous deux angles : d'abord, celui de la *lourdeur de la pratique médicale* générée par la nature des responsabilités qu'impliquent notamment la *polyvalence* et *l'autonomie d'intervention*; ensuite, la *lourdeur de la charge de travail*, le plus souvent tributaire du nombre insuffisant de médecins omnipraticiens dans la région concernée. Une tendance générale est ici observée : la lourdeur de la pratique médicale en région, liée à

l'importance des responsabilités, ainsi que la charge de travail sont surtout commentées par des DHCEU et des boursiers ayant quitté ladite région.

Le troisième point aborde les conditions de travail du point de vue des incitatifs financiers et de l'allocation de journées de ressourcement, ne laisse voir aucune différence marquée entre DHCEU et boursiers, partis aussi bien que restés. Par exemple, DHCEU et boursiers se départagent indistinctement entre ceux qui considèrent les conditions de rémunération bonnes ou très bonnes d'une part, et passables ou mauvaises, d'autre part. Ils sont par ailleurs unanimes en ce qui concerne le ressourcement qui, disent-ils, répond tout à fait adéquatement à leurs besoins, non seulement en termes de formation, mais également parce qu'il s'agit aussi d'un moyen de se « changer les idées » à l'occasion et, pour certains, de se replonger dans l'atmosphère des grands centres urbains où se tiennent généralement les divers congrès ou formations.

Le quatrième point met clairement en lumière l'importance d'entretenir de bonnes relations de travail. La proportion de répondants considérant qu'elles ont été excellentes ou très bonnes est largement supérieure à celle les ayant trouvées correctes « sans plus » (30 contre 12). Dans l'un et l'autre cas, le fait d'être DHCEU ou boursier, parti ou resté, ne semble pas intervenir dans l'explication de ces perceptions. Nombreux sont ceux qui soulignent l'importance de se soutenir ou de se serrer les coudes entre collègues. L'esprit d'équipe est généralement sous-entendu dans l'appréciation de ces relations qualifiées d'excellentes ou de très bonnes avec les collègues. Un tel esprit d'équipe constituerait donc un « point fort » des conditions de la pratique en région.

Enfin, le cinquième et dernier point de la dimension professionnelle s'intéresse au type de relations qu'entretiennent les médecins avec leurs patients. Bien que presque tous les répondants voient d'un bon œil le développement de rapports familiers entre le médecin et son patient, nombreux sont ceux qui jugent nécessaire d'en fixer les limites lorsque le contexte de la relation déborde le cadre habituel de la consultation médicale. Près de la moitié des DHCEU (10) et la très grande majorité des boursiers (17) font état de cette nécessité, la plupart en des termes non équivoques quant à l'importance d'établir une frontière étanche entre vie professionnelle et vie privée. L'hypothèse d'une distance culturelle plus grande entre DHCEU et populations locales, ce qui rendrait moins pressant chez les premiers le besoin d'établir de telles limites, pourrait expliquer un tel écart.

En ce qui concerne la dimension sociale ou communautaire de l'insertion, trois aspects ont été traités : le milieu régional comme cadre des relations sociales, le statut du médecin dans la communauté et sa participation à la vie locale.

Le premier point illustre, en premier lieu, certaines des difficultés qui sont associées à la vie dans de petits milieux. Le manque d'intimité ou la perte d'anonymat sont, à cet égard, fréquemment mentionnés, principalement par les boursiers. Par ailleurs, les données révèlent que les relations sociales en dehors du milieu de travail sont moins fréquentes chez les DHCEU — et en particulier chez ceux qui ont quitté — qu'elles ne le sont chez les boursiers. Certains des répondants ayant quitté (boursiers et DHCEU) évoquent la relative fermeture des populations locales et la difficulté des rapprochements avec elles.

Ce qui nous conduit au deuxième point, l'insertion communautaire, qui concerne la perception qu'ont les médecins interrogés de leur statut ou de la place qu'ils occupent aux yeux de ces populations. Trois figures émergent dans ce contexte : l'étranger, le professionnel de la santé, et la vedette locale.

Dans le premier cas, la comparaison entre les boursiers et les DHCEU est particulièrement éclairante. Chez les premiers, le statut d'*étranger* fait essentiellement référence à tout individu qui n'est « pas de la place » et, dans une certaine mesure, au caractère permanent, immuable de cette situation. Pour les DHCEU, la situation apparaît un peu plus compliquée. En effet, en plus d'être des étrangers venant de la ville, ils sont aussi, et surtout, des immigrants originaires d'autres pays. Cette perception, lorsqu'elle se superpose à la première, ne tourne pas toujours à l'avantage de ces médecins. Du moins, est-on porté à se poser la question. En effet, chez les DHCEU, la perception d'attitudes discriminatoires ou de réactions mitigées à leur endroit de la part des populations locales est surtout présente parmi ceux qui ont quitté.

Dans le cas de la deuxième figure intervient un autre type de lien entre le médecin et la population qui déborde le cadre des relations entre étrangers et natifs. Ce lien est fondé sur la dépendance des populations envers le *professionnel de la santé*. Le besoin du médecin en région est un thème qui revient chez de nombreux répondants, surtout des DHCEU et boursiers ayant quitté (la moitié d'entre eux dans chacun des cas), un peu comme si le poids des attentes générées par un tel besoin avait eu un impact sur la décision de partir. Quelle que soit l'interprétation qu'on en fasse, les propos tenus à cet effet indiquent clairement qu'il y aurait chez les populations locales une inquiétude persistante quant à la durée de séjour des médecins, mêlée d'une crainte d'avoir à faire le deuil ou à se réhabituer à chaque départ ou arrivée d'un médecin dans la région.

Enfin, la troisième figure, celle de la *vedette locale*, donne la mesure de la reconnaissance sociale et du respect dont témoignent les membres de la localité à l'égard d'une « personne en vue » dans la communauté ou du médecin en tant que notable « de la place ». Tant les DHCEU que les boursiers qui se prononcent sur ce

point s'entendent pour dire que le médecin en région est, selon eux, beaucoup plus respecté qu'en ville.

Le dernier point de l'insertion communautaire qui concerne la participation à la vie locale n'est pas sans lien avec le statut de vedette locale. En effet, des répondants, surtout des boursiers, confirment avoir été sollicités, à titre de notable reconnu dans la communauté, pour participer à des comités organisateurs d'événements, à des clubs sociaux divers ou d'autres organismes locaux. Dans la plupart des cas, ils affirment y avoir répondu favorablement. Par contre, la plupart des DHCEU à qui la question a été posée affirment n'avoir jamais été invités. Par ailleurs, les trois quarts des DHCEU et les quatre cinquième des boursiers qui disent n'avoir jamais participé à de telles activités ou à des organismes communautaires, ont quitté leur région.

Enfin, en ce qui concerne la dimension familiale de l'insertion, deux aspects seulement ont été traités : la situation du conjoint et l'insertion scolaire des enfants. Le premier point révèle que l'inoccupation du conjoint pourrait être, sinon le facteur principal, du moins l'un de ceux susceptibles d'avoir un effet important sur la décision de quitter, et ce, tant chez les DHCEU que chez les boursiers. Quant à l'insertion scolaire, il apparaît que l'éducation des enfants en région constituait surtout un problème chez les médecins qui sont partis, notamment des DHCEU.

LES SEUILS DE RÉTENTION OU LES CONDITIONS DE LA DURÉE

Dans cette section, nous avons tenté de cerner, au moyen de la notion de seuils de rétention, ce que nous avons appelé les conditions de la durée. D'une part, nous identifions les facteurs qui entrent en jeu dans la décision de demeurer en région ou de quitter au bout d'un certain temps et, d'autre part, les stratégies qui permettent de tirer le meilleur parti possible de la vie en région ou encore, d'y faire son temps et peut-être même davantage (insertion personnelle et familiale). Ce temps peut avoir varié selon que l'intention initiale ait été de revenir à échéance du contrat (« programmés à revenir ») ou, au contraire, de rester si la situation s'y prêtait (« ouverts à demeurer »).

Deux types de décisions ont été définis par rapport à l'intention initiale d'un retour au bout de trois ou quatre ans : revenir effectivement au moment de l'échéance du contrat ou reporter ce retour à plus tard. Quant à la seconde intention qui préfigure une rétention plus longue, elle sous-entend trois types de décisions : revenir malgré soi, demeurer résolument sans exclure un retour éventuel en ville et, enfin, s'installer définitivement. À ces cinq types de décisions correspondent autant d'*intervalles de la durée* et leurs *seuils de rétention* respectifs (les limites servant à circonscrire les intervalles).

Ces *seuils* sont de trois types : la rétention minimale (intervalle de durée prévue), la rétention conditionnelle (qui comporte elle-même trois intervalles de durée : étirée, interrompue et variable), et la rétention optimale (intervalle de durée illimitée). Les deux premiers intervalles — la durée prévue et la durée étirée — relèvent de la première intention (« programmés à revenir ») tandis que les trois autres sont issus de la seconde (ouverts à demeurer). Le seuil de rétention minimale correspond au niveau de base de la rétention, aussi appelé niveau de *faible rétention*. La rétention conditionnelle et la rétention optimale correspondent, pour leur part, à ce que nous avons appelé le niveau de *rétention prolongée*.

Au chapitre du seuil de *rétention minimale*, dans lequel la durée prévue de la rétention coïncide avec la durée du contrat, l'analyse qui ne porte pratiquement que sur des DHCEU a montré que les facteurs en cause dans la décision de revenir à échéance relèvent de la volonté de renouer le plus rapidement possible avec les repères familiers du milieu urbain en général et montréalais en particulier, soit la famille, la communauté d'origine, la vie culturelle et artistique. Incidemment, ce type d'intention de départ concerne principalement des DHCEU (7 répondants sur 8). D'ailleurs, tous sauf un, sont originaires d'un milieu urbain. L'éducation scolaire des enfants semble jouer accessoirement dans la décision du retour. Par contre, certains associent la qualité de l'éducation à l'univers des grands centres urbains. L'emploi du conjoint, malgré l'inoccupation de tous (5 sur 5 conjoints présents en région étant sans emploi), n'est mentionné que par trois répondants et ne vient qu'au second plan des motifs invoqués.

Le profil des répondants ayant l'intention de revenir à échéance révèle qu'il s'agit de médecins seuls ou qui débutent leur vie familiale, et dont le style de vie et les attaches sont profondément ancrés dans le milieu montréalais. L'évaluation plutôt négative qu'ils font de la vie en région ne sert qu'à mieux l'illustrer. Et d'ailleurs, tous les répondants de ce cas de figure, à l'exception notable du boursier, compensent par des ressourcements fréquents en milieu urbain, ce qui constitue là leur principale stratégie de rétention.

À partir de ce niveau de *faible rétention*, le seuil de rétention minimale, nous avons procédé à l'analyse des conditions d'une *rétention prolongée* (que représentent les trois niveaux de la rétention conditionnelle ainsi que celui de la rétention optimale). Nous avons d'abord considéré les facteurs susceptibles d'étendre la durée du séjour, malgré une intention initiale de retour à échéance du contrat (c'est le séjour « étiré »). Nous avons également examiné les facteurs susceptibles d'une part de limiter la durée du séjour compte tenu d'une intention initiale d'ouverture (séjour interrompu) et, d'autre part, de la faire varier suivant ce même principe d'ouverture (séjour variable). Enfin,

nous avons dégagé un ensemble de facteurs qui semblent contribuer à rendre ce séjour à toutes fins utiles permanent (séjour illimité).

L'analyse du premier niveau de la *réétention conditionnelle* a porté sur le seuil de réétention à durée « étirée » qui touche majoritairement des DHCEU (6 sur 9). On observe ici une extension de l'intervalle de la durée initiale prévue (3 ou 4 ans) à une étendue dont le seuil peut varier suivant les circonstances (mais nullement suivant un principe d'ouverture) — de quelques années seulement (majorité des cas) à plus de dix ans (2 cas). L'analyse montre que l'éducation des enfants constitue le facteur prépondérant d'une décision de retour en ville. Une décision déjà prise au départ pour des motifs liés à l'attraction exercée par le milieu urbain en général (à l'instar du précédent cas de figure), mais ayant dû être reportée pour des raisons qui tiennent : 1) en certains cas, à la nécessité d'assurer la meilleure transition possible aux enfants, au médecin et à la famille; 2) en général, à la vive satisfaction que procure le type de pratique ainsi que, chez quelques-uns seulement, la qualité de vie.

Dans pratiquement tous les cas, l'éducation ou le bien-être de l'enfant constitue toujours un enjeu de la réétention : soit ce bien-être est la cause directe d'un séjour prolongé, soit il vient précipiter la décision du retour. L'éducation est particulièrement valorisée chez les DHCEU et sa qualité est ici aussi associée aux grands centres urbains. Quant à la situation du conjoint, elle ne semble poser aucun problème (sur 7 conjoints présents en région, 5 étaient occupés). Par contre, l'appréciation globale de la vie en région, sous ses aspects socioculturels et environnementaux, est dans l'ensemble plutôt négative ou indifférente. À l'instar du précédent cas de figure (réétention minimale), la compensation est aussi la stratégie de réétention qui prédomine, notamment chez les DHCEU. Il importe par ailleurs de noter que seulement deux répondants ne sont pas originaires d'un milieu urbain.

L'analyse du deuxième niveau de la réétention conditionnelle concerne le seuil à durée interrompue. Tous les répondants concernés par ce cas de figure, à peu près autant de boursiers (5) que de DHCEU (4), ont quitté la région au terme de leur engagement (3 ou 4 ans) alors qu'ils avaient initialement envisagé la possibilité de prolonger leur séjour au-delà de cette limite. Les facteurs en cause dans la décision de quitter la région sont soit d'ordre professionnel (lourdeur de la charge de travail et possibilité de relocalisation), soit familial (situation du conjoint). La question de l'éducation des enfants revêt autant d'importance aux yeux des DHCEU, ce qui confirme la tendance précédemment observée voulant que l'éducation soit surtout valorisée par les DHCEU.

Par ailleurs, la satisfaction à l'égard de la vie en région apparaît plus élevée que chez les répondants des précédents cas de figure, laissant entrevoir la possibilité d'une réétention

plus étendue. Et d'ailleurs, sauf pour un cas, l'attraction du milieu montréalais ou de la « grande ville » est ici moins forte, ou ne s'exprime pas de la même manière. La ville est certes un port d'attache qui laisse la porte ouverte à un retour éventuel, mais n'est pas le seul lieu possible ni celui dont on ne saurait se passer. La stratégie de rétention prédominante n'est d'ailleurs plus la compensation. En fait, on sent déjà une oscillation entre le recours à celle-ci et la mise à profit des ressources offertes par le milieu. À noter que le tiers seulement des répondants ne sont pas originaires d'un milieu urbain.

L'analyse du troisième et dernier niveau de la rétention conditionnelle porte sur ce que nous avons appelé le seuil à durée variable. Tous les répondants de ce cas de figure, qui se composent presque exclusivement de boursiers (9 répondants sur 10), sont demeurés au-delà du terme de leur contrat, en conformité avec l'intention initiale qui laissait entrevoir une prolongation de séjour (demeurer résolument si tout va bien). Le séjour est dit à durée variable dans la mesure où la décision de le prolonger à échéance du contrat demeure sujette à évaluation périodique suivant les aléas de la vie en région, c'est-à-dire des conditions qui finissent par peser ou qui, au contraire, encourage à poursuivre. Les données révèlent la forte incidence, à ce chapitre, des facteurs d'ordre professionnel sur la décision de quitter (charge de travail, relocalisation) autant que sur celle de demeurer (type de pratique, équipes de travail). Par ailleurs, chez certains, les conditions du milieu de vie jouent un rôle de premier plan dans leur décision de demeurer en région tant que rien ne viendra les en dissuader, notamment des facteurs d'ordre professionnel. Quant aux facteurs d'ordre familiaux, ils sont pratiquement absents chez des médecins dont les conjoints ont presque tous été occupés lors de leur séjour en région ou dont les enfants, pour ceux qui en ont, sont sans doute encore trop jeunes pour que leur éducation ne soit un sujet de préoccupation.

Tout comme pour le précédent cas de figure (séjour interrompu), la porte demeure toujours ouverte à un éventuel retour en ville. De la même façon, les grands centres urbains exercent auprès des médecins concernés un pouvoir d'attraction relatif, mais qui, ici, s'évalue davantage en fonction de ce que les régions ont à proposer en contrepartie. La stratégie de rétention varie chez pratiquement tous les répondants entre la mise à profit des ressources du milieu régional et la compensation par ressourcement en milieu urbain. Par ailleurs, un peu moins de la moitié des répondants sont originaires de milieux ruraux ou semi-ruraux.

L'analyse des conditions de la *rétention prolongée* se poursuit et se termine avec le seuil de *rétention optimale* et l'intervalle de durée illimitée qui lui est associé. Les répondants concernés sont pour la plupart des DHCEU (6 sur 9). Tous sont évidemment demeurés en région. Pour ces médecins, vivre en région répond à un projet d'installation ou correspond à un mode de vie recherché. La décision de demeurer au-delà du terme

de 3 ou 4 ans est donc conséquente avec ce projet, la réalité de la vie en région au cours de cette période venant conforter les attentes de départ. Cette décision pourrait être réévaluée, mais il faudrait pour cela que surviennent de sérieuses difficultés. Les facteurs d'ordre professionnel sont, à l'instar du précédent cas de figure, au premier rang des motivations des médecins concernés à demeurer en région. En revanche, et compte tenu de leur engouement réel pour nombre de caractéristiques du milieu de vie, une détérioration des conditions de travail pourrait difficilement les inciter à quitter, à moins de circonstances insurmontables et susceptibles d'avoir un effet désastreux sur les autres aspects de leur vie. Pour ces médecins relativement âgés pour la plupart, accompagnés de conjoints occupés et issus de milieux ruraux ou semi-ruraux pour certains, le projet d'installation semble une parade suffisante à toute possibilité sérieuse de modification de perspective.

De façon générale, et à l'inverse des précédents cas de figure, la perspective d'un retour définitif en ville semble ici exclue. Les grands centres urbains fascinent moins. Ils ne sont intéressants que dans la mesure où l'on y a encore des membres de sa famille, mais aussi parce que l'on peut y trouver des produits dont on manque en région. On peut également s'y ressourcer à l'occasion aux plans social et culturel. Ainsi, la compensation joue-t-elle un rôle de second plan par rapport à l'autre stratégie de rétention — la mise à profit des ressources du milieu — qui prédomine ici largement.

DES SOLUTIONS À APPORTER

Trois difficultés majeures se profilent comme toile de fond aux propositions de solutions de médecins, DHCEU ou boursiers. Lié aux effets pervers d'une pénurie persistante de médecins, l'équilibre fragile de l'équipe médicale locale est au cœur de leurs préoccupations puisque cet équilibre est toujours menacé par d'éventuels départs de médecins additionnels. En outre, ceci constitue un frein au recrutement d'une relève médicale régionale. Cette situation, couplée notamment à la complexité de trouver des emplois satisfaisants pour les conjoint(e)s des médecins, interpelle toute la problématique du développement régional au Québec.

Parmi ceux qui se sont exprimés sur la délicate question du caractère soit obligatoire ou soit incitatif d'aller en région, un consensus quasi général émerge : il faut obliger tous les nouveaux finissants, immigrants ou pas, à aller faire un séjour d'une durée raisonnable dans les régions en pénurie d'effectifs médicaux. Des nuances sont apportées quant à la durée du séjour. Le souci de rendre cette « obligation » la plus acceptable possible est au cœur des propos. Les répondants justifient cette obligation par divers motifs, les DHCEU s'inspirant beaucoup de leurs expériences passées de

« service civil » alors que les boursiers évoquent plutôt des notions de « devoir », de « don », de « juste retour » ou « d'échange » dans un contexte critique de pénurie.

Trois niveaux de solutions sont proposées : 1) formation médicale universitaire; 2) pratique médicale régionale; 3) qualité de vie globale en région. En ce qui concerne la formation, les solutions passent par un changement de mentalité et d'approche ainsi que par une sensibilisation de tous les étudiants à la réalité différente des régions, notamment par des stages obligatoires plus nombreux et plus tôt en régions éloignées.

Au regard de la pratique médicale régionale, quatre types de solutions sont avancées, concernant autant l'accueil et le suivi du médecin en région, l'organisation du travail, les diverses mesures financières et compensatoires, que la garantie de retour en ville au moment souhaité. L'augmentation des effectifs médicaux en région est un incontournable. La nécessité de tenir compte de la nouvelle mentalité de la relève médicale, soucieuse de conditions de travail décentes et d'un mode de vie équilibré, est mentionnée. Quant aux diverses mesures financières et compensatoires, la plupart affirment qu'elles sont importantes et qu'elles ont un impact favorable auprès des médecins en région. Toutefois, des remarques sont fréquemment formulées quant aux « limites » et au « caractère temporaire » de telles mesures, notamment sur la rétention.

Enfin, relativement à la vie en région, les solutions proposées portent sur la « qualité de vie globale » dans ses aspects autant économique, que social, éducatif, communautaire et culturel. Elles s'élargissent à l'ensemble de la famille du médecin, conjointe et enfants. Le soutien au conjoint, d'abord dans sa recherche d'emploi en région et ensuite dans son intégration locale, occupe une place importante dans les suggestions. Le niveau culturel est particulièrement ciblé, étant souvent le parent pauvre et négligé de la vie en région. En fait, en filigrane se retrouvent toute la problématique du développement des régions au Québec et la nécessité d'une politique vigoureuse de développement régional global.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Un rappel des principaux constats est d'abord présenté. Par la suite, nous suggérons cinq pistes de réflexions pouvant être utiles dans la solution des besoins de main-d'œuvre médicale dans le contexte actuel de pénurie en région et, ultimement, dans l'amélioration de leur rétention.

Ces pistes concernent, notamment, la question des étapes de vie professionnelle et personnelle que connaissent tous les médecins, les aspirations à une qualité de vie des jeunes finissants en médecine, les notions de « service civil » ou « d'échange », l'ouverture des postulants-médecins immigrants d'aujourd'hui à s'installer n'importe où

au Québec pour avoir accès à la pratique médicale et remédier à l'inégale répartition territoriale des effectifs médicaux au Québec.

La nécessité d'un arrimage entre les politiques de développement régional et de régionalisation de l'immigration est soulignée, si l'on veut retenir des médecins, immigrants ou pas, en région. Ces deux politiques sont clairement interpellées dans ce dossier et leur étroite concertation est incontournable. En outre, des mesures non seulement économiques, mais aussi sociales et culturelles sont essentielles afin de répondre aux exigences de qualité de vie sous tous ses aspects. D'où l'importance cruciale d'une politique de développement régional global. Ce n'est qu'avec un tel arrimage, résolument conçu avec une perspective globale, que les efforts soutenus de rétention en région de la population, médicale ou autre, seront viables et durables.

Par conséquent, il importe d'intensifier la collaboration entre les quatre ministères et les autres organismes concernés par la question, que ce soit au niveau de la santé, de l'immigration, du développement régional, de l'éducation, du Collège des médecins ou encore des fédérations médicales. Une vision globale et concertée est nécessaire entre ces divers acteurs et décideurs, à partir de la question de l'obtention d'équivalence des études médicales jusqu'à celle des mesures à prendre pour favoriser une insertion globale et durable en régions éloignées. En particulier, la question de la reconnaissance des diplômes devrait être considérée avec la plus grande diligence et efficacité possible, afin de réduire les longs délais et accélérer ainsi le processus d'insertion en médecine et en région.

Introduction

MISE EN CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Depuis quelques années, le problème de la répartition des médecins dans les différentes régions du Québec est abondamment décrit, largement médiatisé¹ et fait l'objet de recommandations dans tous les rapports portant sur les difficultés de recrutement. Ainsi, en 2000, le rapport de la Commission Clair soulève la question de la mauvaise répartition géographique des effectifs médicaux, particulièrement dans les régions éloignées et isolées. Il recommande, à court terme, quelques mesures ciblées et exceptionnelles qui permettraient l'augmentation des effectifs médicaux dans les cas de pénurie. Certaines de ces recommandations réfèrent directement à l'immigration comme source de recrutement afin de combler les besoins en main-d'œuvre médicale².

Cependant, peu de connaissance approfondie sur cette question des médecins immigrants en région au Québec permet de vraiment appuyer les mesures à prendre. Malgré l'existence d'un programme qui, depuis le début des années 1980, est consacré aux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU), on ne sait rien de la dynamique de leur intégration professionnelle, sociale et familiale, ni des facteurs de leur rétention en région. Rappelons que ce programme a été implanté en 1983-84 à l'intention des candidats médecins provenant de l'extérieur du Québec. Il s'agit de places de résidence en médecine familiale offertes avec engagement contractuel de pratiquer, par la suite, quatre ans³ dans une région ayant des besoins prioritaires et dite région « désignée » par le ministère⁴. Ce n'est qu'après avoir complété cette résidence que ces médecins formés à l'étranger sont admissibles aux examens menant à l'obtention du permis d'exercice de la médecine au Québec. Pour accéder à ce programme de résidence, un médecin DHCEU doit préalablement avoir obtenu la reconnaissance de l'équivalence de son diplôme en réussissant trois examens (voir annexe 1 : Démarches du médecin DHCEU).

¹ Voir entre autres André Pratte, « Les travaux forcés », *La Presse*, 3 août 2002, p. A14. Également, *Le Devoir* a publié, du 23 au 27 décembre 2002, une série de 5 articles d'Isabelle Paré sur « La médecine... une profession en crise? ».

² Commission Clair, *Les solutions émergentes*, Rapports et recommandations, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2000, Québec, 454 p. Voir également le site Internet du MSSS « Médecin en région » www.msss.gouv.qc.ca/enregion, Gouvernement du Québec.

³ À noter que dans les premières années du programme, la durée prévue du séjour était de 3 ans. À partir de 1987, il fut de 4 ans.

⁴ Pour l'historique de cette politique, voir Frezza et Jodoin (1994 : 38-44). Rappelons que cette politique fut instaurée dans un contexte où il y avait une perception de surplus de médecins au Québec. L'accès à la profession y était particulièrement difficile pour les médecins immigrants.

Seules deux études réalisées au ministère de la Santé et des Services sociaux abordent directement ce sujet. La première, effectuée en 1994⁵, trace un portrait détaillé des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU). Elle fournit des données statistiques sur leur répartition et leur installation dans les régions du Québec. La deuxième, publiée en 2000, trace un portrait beaucoup plus succinct sur l'état des effectifs des personnes immigrantes qui se sont installées en région entre 1995 et 1999⁶. Les tendances qui se dégagent veulent que les médecins immigrants inscrits à ce programme, tant les médecins de famille que les spécialistes, complètent la durée de leur engagement de quatre ans et s'installent de plus en plus dans les régions intermédiaires, en périphérie des centres urbains, plutôt que dans les régions éloignées. On remarque également une tendance accrue au remboursement de la pénalité prévue à la politique triennale en vigueur lors de la signature (du montant de 200 000 \$ ou de 300 000 \$) en cas de refus de s'installer dans les régions désignées par le ministère.

Ainsi, en dépit de ce portrait statistique, plusieurs questions demeurent en suspens, notamment sur les facteurs de rétention en région. Qu'advient-il de ces médecins immigrants? Comment s'intègrent-ils hors des métropoles et grandes villes? Quels avantages et désavantages voient-ils à pratiquer en région? Comment perçoivent-ils leur environnement professionnel régional? Et leur environnement social et culturel? Leur famille s'adapte-t-elle à ce contexte régional? Quelles sont leurs conditions de base requises pour rester et s'enraciner en région au-delà de leur contrat de quatre ans? Pourquoi restent-ils? Sinon, pourquoi quittent-ils? Quelles sont les convergences et divergences avec leurs confrères médecins non immigrants pratiquant aussi en région?

Désireux de documenter davantage la réalité des médecins immigrants pratiquant en région, le ministère de la Santé et des Services sociaux a donc approché l'un de nous, en 2001, pour élaborer un projet de recherche sur ce sujet, compte tenu de son expertise sur la question de l'immigration en région remontant à plusieurs années. Une étude qualitative fut ainsi conçue afin de pouvoir cerner le processus d'insertion globale de ces médecins et les facteurs menant à une rétention en région ou à un départ. Cette présente étude se situe donc dans le cadre plus général de l'immigration en région, même si elle touche la répartition territoriale des effectifs médicaux et leur rétention. C'est dire que pour avoir une vision globale de la situation, il importe de combiner ces deux axes de recherche.

⁵ Murielle Frezza et Georges Jodoin, *Politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post doctorale en médecine, 1985-1986 à 1994-1995. Suivi des dispositions relatives à l'installation des médecins*, ministère de la Santé et des Services Sociaux, novembre 1994, 66 p.

⁶ Michel Clermont, *Programme de places de résidence en médecine de famille ou en spécialité pour les diplômés hors du Canada et des États-Unis et les diplômés du Québec, Portrait de la situation 1995-1999*, ministère de la Santé et des Services Sociaux, novembre 2000, 18 p.

IMMIGRATION EN RÉGION

La situation des immigrants en région demeure peu étudiée, même si le Québec se dotait, il y a plus de dix ans, d'une politique de régionalisation de l'immigration. Dans la foulée de cette politique, certains travaux de recherche ont été réalisés afin d'alimenter les réflexions de l'État québécois sur la régionalisation de l'immigration et les mesures à entreprendre pour faciliter l'enracinement durable des immigrants en région. Une première analyse critique de la politique québécoise de régionalisation de l'immigration a été produite, en 1996, à partir de l'historique et de l'évolution de cette politique (Simard, 1996). On y met en évidence tant les objectifs sous-jacents que les défis futurs de cette politique. De plus, il y est constaté que les questions de l'attraction et de la rétention sont au centre de la politique de déconcentration spatiale des immigrants, outre celles du développement des régions et de l'intégration à la majorité francophone.

L'intégration des immigrants en dehors des grands centres urbains au Québec est généralement analysée sous l'angle de l'intégration au marché du travail, du développement économique et social, ainsi que de l'apport démographique⁷. Les études se centrent généralement sur une seule région; peu examinent l'impact différencié des diverses réalités régionales (intermédiaires/isolées) sur l'intégration des immigrants. En outre, rares sont celles qui étudient, de façon globale, l'ensemble des facteurs pouvant intervenir sur l'attraction et la rétention des immigrants en région.

La distinction entre régions intermédiaires et éloignées est cependant au centre des réflexions d'un groupe de recherche sur la migration des jeunes Québécois (GRMJQ)⁸. Les multiples formes de migrations (extrarégionales, interrégionales, de retour, etc.) sont analysées, comparant les mouvements de la population des jeunes entre les divers types de régions⁹. Ces recherches peuvent nous inspirer, en ce qu'elles démontrent la complexité des facteurs de départ et de retour, l'importance de la vitalité et du dynamisme de la région pour attirer une relève, ainsi que l'impact différencié des diverses réalités régionales (selon les services disponibles, les distances par rapport aux villes, la vie culturelle, etc.) sur l'attraction et la rétention des jeunes en région¹⁰.

⁷ Voir entre autres, Bonneau et Tremblay (1993); Dumont et Santos (1996); Girard et Manègre (1989).

⁸ Myriam Simard est associée aux travaux de ce groupe de recherche pour y apporter la problématique de la jeunesse immigrante en région et comparer ainsi l'insertion et les pratiques migratoires des jeunes régionaux, immigrants ou pas. Ces travaux comparatifs s'inscrivent dans le contexte du départ des jeunes des régions.

⁹ Voir notamment : Madeleine Gauthier, Marc Molgat et Serge Côté, *La migration des jeunes au Québec : résultats d'un sondage auprès des 29-34 ans du Québec*, Cahier de recherche de l'INRS-Culture et Société, Université du Québec, mai 2001, 113 p. ; Patrice LeBlanc, Madeleine Gauthier et David-H. Mercier, *La migration des jeunes de milieu rural*, Rapport remis au ministère des Régions, INRS-Urbanisation, Culture et Société, août 2001, 162 p.

¹⁰ Pour un aperçu des travaux, se référer au site de L'Observatoire Jeunes et Société : www.obsjeunes.qc.ca. Voir également le récent numéro de *Recherches sociographiques* consacré à la migration des jeunes (Gauthier, 2003). On y trouve notamment un article portant sur le croissant péri-nordique du Québec et qui compare la migration des

En outre, les travaux antérieurs de l'un de nous, se spécialisant surtout dans l'intégration des immigrants en dehors des grands centres urbains, peuvent nous donner des pistes supplémentaires. En effet, la préoccupation de comparer et de moduler les difficultés spécifiques des immigrants selon leur appartenance à des régions éloignées ou intermédiaires, rurales ou urbaines, y est omniprésente. Ainsi, une recherche sur les entrepreneurs agricoles immigrants a permis de déceler un attachement particulier à la terre et à la région de ces nouveaux arrivants de même qu'une tradition d'implication dans la société rurale québécoise (Simard, 1994, 1995a). Une gradation de leur implication sur une période de plus de dix ans est mise en évidence, débutant d'abord dans le secteur professionnel pour continuer par la suite dans le secteur social, scolaire et enfin politique (Simard, 1995b).

Également, une étude des stratégies d'insertion des familles immigrantes travaillant en région a été réalisée durant les dernières années, dans une perspective diachronique et intergénérationnelle. Autant les parents que leurs jeunes sont examinés dans leurs rapports à la région, leur sentiment d'appartenance régional, leur implication locale, leur intégration professionnelle et sociale, leur identité culturelle ainsi que leurs projets d'avenir (Simard, 1997b, 1997c, 2001, 2003a, 2003b; Mimeault *et al.*, 2001). Un discours positif sur la « nature » est remarqué chez les jeunes d'origine immigrée résidant en régions éloignées : tranquillité, grands espaces, air pur, accès facile aux loisirs de plein air (Simard *et al.*, 2001). Par conséquent, plusieurs facteurs d'attraction et de rétention des immigrants en région au Québec ont pu être identifiés dans ces études, par l'analyse de diverses variables aussi bien individuelles (pays de naissance, âge à l'arrivée, scolarisation, expertise...) que régionales (diversification de l'emploi, qualité des services...) ou structurelles (économie mondiale...).

On peut résumer les conditions d'enracinement durable dégagées de ces recherches par deux mots-clefs : emploi et qualité de vie globale. C'est dire que sont décisifs non seulement des emplois stables, mais également une qualité de vie régionale convenable, soit un accès facile aux services essentiels, un système d'éducation de qualité, la présence d'activités socioculturelles et récréatives variées, la disponibilité d'emplois diversifiés pour l'ensemble de la famille (Simard, 1999). Il faut noter que la présence de noyaux régionaux de communautés culturelles paraît secondaire par rapport aux possibilités réelles d'emplois et à la disponibilité de services diversifiés pour la famille immigrante. Il convient donc d'aborder la question des facteurs d'attraction et de rétention des immigrants en région avec innovation, refusant les idées préconçues et les

formules dogmatiques, telle la « masse critique obligée » d'immigrants en région. (Simard,1996, 1997a)¹¹.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET DÉFINITIONS DES DEUX GROUPES ÉTUDIÉS

Deux objectifs sont à la base de cette recherche : 1) décrire le processus d'insertion socioprofessionnelle et familiale des médecins immigrants ou formés à l'étranger (DHCEU) dans les régions éloignées au Québec; 2) dégager les principaux facteurs de rétention découlant de ce processus. Nous verrons à cerner, au moyen d'une approche qualitative, ce qui ressort du discours tenu par les médecins concernés sur leur propre expérience d'insertion en région.

En tirant partie de cette expérience, nous cherchons à apporter une vision à long terme de la contribution de l'immigration dans la solution des besoins en effectifs médicaux régionaux. Par cette connaissance inédite sur un des enjeux cruciaux et contemporains au Québec, nous espérons ainsi alimenter les réflexions critiques actuelles de l'État sur l'accès au système de santé et sa capacité de répondre, équitablement, aux besoins de toute la population québécoise alors que perdure un contexte de pénurie de médecins, particulièrement en régions éloignées.

Dans cette étude, nous entendons par « médecin immigrant » un omnipraticien ayant obtenu son statut d'immigrant et ayant signé un contrat l'engageant à exercer dans un établissement d'une région éloignée et désignée par le ministère. Ce programme dit des DHCEU (diplômés hors Canada/États-Unis) permet en effet aux médecins formés à l'étranger de pratiquer au Québec à condition que leur formation soit reconnue, qu'ils suivent une formation postdoctorale dans un programme de résidence d'une université québécoise (habituellement deux ans) et qu'ils réussissent les examens requis. La participation au programme est assujettie à la signature d'un contrat dans lequel le diplômé s'engage à pratiquer durant quatre ans dans une région désignée (éloignée et en pénurie d'effectifs).

Par ailleurs, nous avons jugé utile de comparer ces médecins immigrants à un groupe témoin de médecins formés au Québec, et ayant eux aussi été contraints par un engagement contractuel à pratiquer la médecine en régions éloignées pour une période déterminée. Ce groupe est constitué d'omnipraticiens ayant bénéficié de bourses annuelles octroyées par le programme *Bourses d'études en médecine*. Le boursier peut recevoir jusqu'à quatre années d'aide financière en échange d'un nombre équivalent

¹¹ Pour une synthèse des travaux de Simard, voir un court article paru récemment : Myriam Simard, « L'intégration des immigrants en région » dans Roch Côté (dir.), *Québec 2002. Annuaire politique, social, économique et culturel*, Fides, 2001, p. 161-167.

d'années de pratique en dehors des grands centres. Cette comparaison permet de dégager les particularités de chacun des deux groupes étudiés, tout en dressant un portrait plus complet et nuancé de la pratique médicale des omnipraticiens en régions éloignées.

PRÉSENTATION DU RAPPORT

Ce rapport comporte quatre chapitres. Dans le premier, nous reprendrons l'essentiel d'une recension des écrits réalisée en février dernier (van Schendel, 2003) portant sur la rétention des médecins en milieu rural ou en régions éloignées. La rétention y est abordée sous l'angle du processus d'intégration, puis organisée en fonction des objectifs de la recherche.

Le deuxième chapitre traite de la méthodologie et le troisième décrit la population à l'étude au moyen de ses principales caractéristiques (âge, sexe, origine continentale, origine régionale, etc.) et de quelques éléments de parcours avant l'installation en région.

Le quatrième chapitre traite, quant à lui, des principales dimensions qui font l'objet de l'analyse. Elles sont au nombre de quatre : la perspective des régions, l'insertion socioprofessionnelle et familiale, les seuils de la rétention et les solutions à apporter au problème de la rétention en région. Une conclusion générale vient clore ce rapport.

Par ailleurs, on trouvera dans un addenda à la fin du rapport, les résultats de deux rencontres exploratoires réalisées en novembre 2003 auprès de médecins immigrants pour qui l'accès à la pratique médicale n'est pas présentement garanti. Cela permet d'actualiser certains aspects de la problématique exposée dans ce rapport à propos des médecins formés à l'étranger. En outre, ces résultats documentent, brièvement, la réalité actuelle de médecins immigrants au Québec¹².

¹² Ces rencontres exploratoires furent réalisées avec la collaboration d'organismes d'accueil et d'intégration des immigrants auxquels avaient eu recours ces médecins. (Voir Addenda : Et maintenant? Réalité de médecins immigrants dont l'accès à la pratique médicale n'est pas encore garanti).

1. LA RÉTENTION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN RÉGIONS RURALES OU ÉLOIGNÉES : RECENSION DES ÉCRITS

Que veut-on dire exactement lorsqu'on parle de rétention des médecins en régions rurales ou éloignées? Comment peut-on la mesurer? Pour répondre à ces questions, Humphrey *et al.* (2001) ont procédé à un relevé des diverses définitions de la rétention qui se trouvent dans la littérature. La plupart de ces définitions, affirment-ils, sous-entendent que la rétention n'implique pas un temps de pratique indéfini en un lieu donné, mais bien une durée minimale de résidence (*stay*) dans une communauté donnée. La constitution exacte de ce minimum n'est pas très claire et varie selon qu'il est défini par un praticien, un représentant régional, etc. Chose certaine, la rétention suppose toujours un temps de service suffisant ou adéquat.

En *termes opérationnels*, selon ces auteurs toujours, la rétention se définit comme le temps écoulé entre la prise d'engagement à la pratique médicale dans une communauté et le moment de la séparation ou du départ de cette communauté.

Une autre définition opérationnelle, non recensée par Humphreys *et al.*, est proposée par Pathman, Konrad et Agnew (1994). Selon ces auteurs, la rétention se définit comme l'intervalle de temps (mesuré en nombre de mois ou d'années) passé par un individu dans un lieu ou dans un type de lieu (par exemple, dans une communauté rurale spécifique) donné. Cette définition est intéressante, car elle permet de poser en retour la question suivante : « Quels sont les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur le temps [nombre de mois ou d'années] que passera un médecin dans un milieu rural donné? »

1.1 Les facteurs en cause

Humphreys *et al.* (2001) proposent une classification des facteurs recensés dans la littérature qui seraient en cause dans la décision de demeurer en milieu rural ou de le quitter. Ces facteurs sont regroupés sous trois catégories :

1. Les facteurs d'ordre professionnel (la nature du travail, la satisfaction, le soutien, la rémunération, les conditions physiques, etc.). Par exemple, référence est faite à l'étude de Kamien (1998) selon laquelle la satisfaction professionnelle est la principale raison justifiant le choix des médecins de demeurer en milieu rural;
2. Les facteurs sociaux liés aux caractéristiques personnelles et à la famille. Sont ici énumérés des facteurs tels que la difficulté à composer avec le changement, la perception de problèmes liés à l'éducation secondaire des enfants, l'occupation du conjoint, l'éloignement de la famille, les mauvaises conditions de logement, les

conflits avec les collègues, les problèmes avec des membres de la communauté, et le temps insuffisant passé avec la famille;

3. Les facteurs externes reliés à la communauté et à sa localisation géographique. Les auteurs se réfèrent une fois de plus à l'étude de Kamien (1997) dans laquelle la satisfaction sociale et personnelle avec le style de vie rural représente une raison significative pour demeurer dans un tel milieu. Une autre étude, celle de Hays *et al.* (1997), fait état de la perception très favorable de l'environnement rural par les jeunes enfants comme un facteur susceptible de jouer sur la rétention.

Dans la foulée de leur revue de littérature sur la question de la rétention, Humphreys *et al.* (2002) ont eux-mêmes réalisé une enquête auprès de plus de 600 médecins généralistes exerçant dans les régions rurales et éloignées d'Australie. Le résultat le plus marquant de cette étude est que les facteurs d'ordre professionnel (le soutien des pairs, le système de garde et la diversité de la pratique médicale) ont un effet plus déterminant que les facteurs d'ordre personnel ou environnementaux sur la rétention (mesurée en termes de durée de pratique) des médecins généralistes en milieu rural. Viennent en second lieu l'accessibilité des services et l'attrait du milieu physique (*geographical attractiveness*). Le principal problème pour ces médecins est la charge excessive de travail et la difficulté de trouver du temps libre pour les loisirs familiaux.

Les données de cette étude relative à l'effet déterminant des facteurs d'ordre professionnel sur la rétention confirment les résultats obtenus par Kamien (1998) en 1996 dans une étude longitudinale conduite auprès de 91 des 101 médecins qui, en 1986, avaient répondu à un questionnaire portant sur leurs intentions de poursuivre ou de quitter leur pratique rurale en Australie. Quarante-neuf pour cent (22/45) des médecins qui avaient eu l'intention de quitter pratiquait toujours dans le milieu, tandis que 24 % (11/46) de ceux qui comptaient poursuivre avaient quitté. Parmi les principaux problèmes mentionnés par ces médecins en 1986, se trouvent la charge de travail trop lourde, le manque de contacts professionnels, la diminution des équipements médicaux et le manque de soutien des spécialistes en urgence. Dix ans plus tard, ceux qui étaient demeurés en poste avaient résolu la plupart de ces problèmes et, fait à retenir, avaient le *sentiment de faire un travail important pour la communauté*. À ce facteur de rétention s'ajoutait la satisfaction relative à la variété et à l'autonomie de la pratique médicale en milieu rural.

Une autre étude (Pathman, Williams et Konrad, 1996), menée auprès d'un échantillon de 620 médecins, indique que la satisfaction à l'égard de certains aspects de la vie et de la pratique en milieu rural n'est pas toujours associée à la rétention. Les analyses révèlent que les médecins sont très satisfaits du type de rapports qu'ils ont avec les

patients, de l'autonomie clinique dont ils bénéficient, du fait de dispenser des soins à une population dans le besoin (*medically needy patients*) et, plus généralement, du style de vie dans les petites communautés. Pourtant, la rétention de ces médecins ne semblent reliée qu'à leur satisfaction à l'égard de la communauté ainsi qu'à l'occasion qui leur est donnée, dans un tel milieu, de réaliser leurs objectifs professionnels¹³.

À notre connaissance, peu d'études au Canada ont porté spécifiquement sur les facteurs de rétention. Une enquête menée auprès de 127 médecins¹⁴ pour le compte de l'Association médicale de Saskatchewan (Florizone, 1997) dans des régions rurales de cette province, traite moins des facteurs de rétention que des sources de satisfaction concernant la vie et la pratique en milieu rural. Fait intéressant, la liberté professionnelle figure parmi les sources les plus importantes identifiées par ces médecins. De leur côté, Sempowski et Godwin (2002) ont comparé les caractéristiques de médecins ayant pratiqué dans des localités rurales de l'Ontario selon qu'ils les avaient quittées après moins de trois ans (médecins « à court terme ») ou plus de sept ans (médecins « à long terme »). Les médecins « à long terme » étaient davantage susceptibles d'être de sexe masculin, d'être plus âgés, d'être rémunérés à l'acte, d'avoir un conjoint satisfait, de compter plus d'enfants à la maison, d'avoir une formation plus poussée en anesthésie et d'avoir un meilleur accès à des programmes subventionnés d'éducation médicale continue (EMC). Les auteurs en concluent que la satisfaction du conjoint, les enjeux relatifs aux enfants, la disponibilité de formation supplémentaire et les programmes subventionnés d'EMC pourraient faire l'objet de recherches et d'interventions dans le but d'améliorer la rétention des effectifs médicaux.

En ce qui concerne le Québec, l'étude de Mongeau, Lapointe et Claveau (1994) réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans la région du Bas-Saint-Laurent au moment de l'enquête, ou y ayant déjà exercé, montre le rôle joué par les facteurs d'ordre professionnel¹⁵ et psychosocial¹⁶ dans leur décision de rester ou de quitter la région. Entre autres données intéressantes pour notre propos, sont les réponses à une question ouverte demandant aux omnipraticiens de se prononcer sur les facteurs qui feraient ou auraient fait en sorte qu'ils prolongent leur séjour dans la région. Les

¹³ La réalisation des objectifs professionnels n'est pas clairement définie dans cette étude. Les auteurs reconnaissent que le sens de cet item pour les médecins devrait être exploré dans des recherches ultérieures. Compte tenu des caractéristiques de la pratique en milieu rural (polyvalence, diversité des tâches et des compétences), nous pouvons faire l'hypothèse d'un lien entre de tels objectifs et un certain sens du défi que pose leur réalisation aux yeux des médecins.

¹⁴ À noter qu'environ 70 % des médecins de l'échantillon résidaient à l'étranger au moment de l'obtention de leur premier diplôme médical. Par contre, l'origine n'est nullement prise en compte dans l'analyse.

¹⁵ Se référant ici, à l'instar de la première catégorie de Humphrey *et al.* (2001) rapportée plus haut, aux conditions de travail, au remplacement, au support de spécialistes, à l'équipement, à la qualité de vie professionnelle, etc.

¹⁶ C'est-à-dire tout ce qui relève de la famille, du conjoint et de son emploi, de la reconnaissance professionnelle, de la vie sociale et de l'intégration professionnelle et sociale. Il s'agit, somme toute, de la deuxième catégorie de Humphrey *et al.* (2001) qu'il nomme « facteurs sociaux liés aux caractéristiques personnelles et à la famille ».

omnipraticiens qui sont restés (plus de quatre ans) mettent davantage l'accent sur des facteurs d'ordre professionnel (amélioration souhaitée des conditions de travail, etc.), tandis que ceux qui ont quitté affirment qu'ils auraient prolongé leur séjour s'ils avaient eu moins de difficultés d'intégration au plan social et professionnel (facteurs d'ordre psychosocial).

1.2 La rétention difficile des médecins ayant une obligation de service en région

Les échantillons des enquêtes présentées jusqu'ici sont implicitement composés de médecins ayant librement choisi de pratiquer en milieu rural ou en régions éloignées. Aucune indication ne permet de supposer qu'il en est autrement, à l'exception notable de la dernière étude citée (Mongeau, Lapointe et Claveau, 1994) dans laquelle 18 % des médecins interrogés sont des individus ayant obtenu des bourses d'études en médecine en échange d'un engagement variable de un à quatre ans de pratique en régions éloignées. Les données concernant ces boursiers indiquent d'ailleurs qu'ils « sont plus nombreux parmi les omnipraticiens qui ont quitté la région que chez ceux qui y sont demeurés ». Ce qui laisse entendre, selon l'interprétation donnée par les auteurs, que si les bourses sont utiles pour attirer les médecins en région, elles ne constituent certainement pas un incitatif pour les y retenir.

Pathman, Konrad et Ricketts (1992) en arrivent à une conclusion semblable dans une étude visant à comparer le taux de rétention en milieu rural de médecins participant au programme de bourses du NHSC (National Health Service Corps) aux États-Unis avec celui de médecins ne participant pas à ce programme. Ayant suivi pendant neuf ans l'évolution d'une cohorte de participants NHSC et de non-participants, les auteurs observent que le taux de rétention des premiers était significativement moins élevé que celui des seconds. En effet, au moment de l'enquête, 12 % des médecins boursiers poursuivaient leur pratique dans la même localité rurale que celle du début, tandis que 29 % pratiquaient toujours en en région « non métropolitaine ». En comparaison, chez les non-participants au programme, ces taux étaient respectivement de 39 % et de 52 %.

De leur côté, Rosenblatt *et al.* (1996) ont également constaté un faible taux de rétention des médecins boursiers du NHSC en milieu rural. De tous les médecins boursiers diplômés entre 1980 et 1983 et ayant servi par la suite en milieu rural (pour une période de trois ans en moyenne), seulement un quart pratiquait toujours en 1994 dans la région où ils avaient été assignés par le NHSC. Fait intéressant toutefois, ces derniers dispensaient des services à la population sur une base purement volontaire, ce qui semble indiquer une forte implication auprès de la communauté. Par ailleurs, parmi ceux qui avaient quitté le lieu de pratique initial, nombreux étaient ceux qui exerçaient

toujours en milieu rural ou dont la pratique médicale en milieu urbain était de type communautaire.

Une autre étude de Pathman, Konrad et Ricketts (1994) a déterminé que parmi les médecins ayant participé au programme de bourses du NHCS, ceux qui étaient les plus satisfaits de leur travail et/ou de leurs rapports avec la communauté démontraient un taux de rétention supérieur à celui des autres participants. Dans un article publié deux ans plus tard et portant spécifiquement sur les médecins boursiers du NHCS appartenant aux minorités ethniques ou culturelles (noires et hispaniques essentiellement), Pathman et Konrad (1996) constatent que ces derniers, durant leurs années de service en milieu rural, étaient moins satisfaits de leur travail et de leur vie personnelle que ne l'étaient les autres participants au même programme. Selon les auteurs, une préférence marquée de ces minorités à l'égard du milieu urbain expliquerait en partie une telle insatisfaction, ainsi que leur faible taux de rétention.

Aucune autre étude, à notre connaissance, n'a pris en compte de manière systématique la variable ethnoculturelle dans l'évaluation de programmes visant une meilleure répartition territoriale des médecins en régions rurales ou éloignées, et encore moins dans l'exploration des facteurs en cause dans leur décision de demeurer en milieu rural ou de le quitter. Une étude fait exception. Simmons *et al.* (2002), dont l'échantillon, rappelons-le¹⁷, compte pour près du quart de médecins nés et formés à l'étranger, prend au moins cette variable en considération, quoique superficiellement, dans l'analyse. En fait, les données à cet effet peuvent se résumer au commentaire suivant :

Non-Australian-born graduates expressed significant concern about not being able to get back to metropolitan practice, which might mean a greater likelihood of overseas-trained physicians moving to the city from rural areas once this is possible. (p. 480)

La préférence des médecins immigrants pour le milieu urbain dans cette étude australienne est à mettre en parallèle avec celle manifestée par les minorités ethnoculturelles dans l'étude américaine de Pathman et Konrad (1996). De même, on peut de façon générale conclure des données disponibles relatives au faible taux de rétention des médecins boursiers en milieu rural, une tendance chez eux à vouloir retourner en région « non métropolitaine ».

1.3 Partir ou rester : comprendre le processus menant à la décision

La question de savoir ce qui incite des médecins — participants ou non à un programme de recrutement tel que le NHCS — à quitter leur pratique en milieu rural pour une autre

¹⁷ Voir section 1.

en milieu urbain, ou au contraire, à demeurer en poste, est au cœur de la problématique de la rétention. Or, selon Humphreys *et al.* (2001), l'identification des facteurs en cause dans la rétention, si elle représente une dimension incontournable de la recherche sur cette question, ne peut faire l'économie des circonstances particulières qui font que les besoins et préoccupations professionnelles ont priorité sur les besoins personnels, ou vice versa, dans la décision de quitter ou de rester. En d'autres termes, et pour faire suite aux propos de Cutchin (1997a), ce qui a été négligé dans la recherche sur la rétention est l'étude du processus conduisant à cette décision.

Selon Humphreys *et al.* (2001), toujours, trois phases sont impliquées dans le processus de prise de décision concernant la pratique en milieu rural (ou en régions éloignées) :

1. La décision d'exercer en milieu rural à laquelle sont associés des facteurs dits internes (besoins personnels et professionnels des médecins généralistes et de leur famille) et des facteurs dits externes (géographiques, sociaux, communautaires et relatifs à la pratique médicale caractéristique du milieu);
2. La décision de demeurer en milieu rural et d'y poursuivre sa pratique, où trois ordres de facteurs sont considérés : ceux qui influencent la rétention proprement dite, ceux qui influencent le départ et ceux qui facilitent ou qui constituent des déclencheurs de la décision de demeurer ou de partir. De deux choses l'une : ou bien l'on résout la dissonance en modifiant le poids relatif de ces influences et l'on décide de demeurer, ou bien on ne parvient pas à la résoudre et l'on cherche des solutions de rechange en termes de relocalisation;
3. La décision de relocalisation où l'on réévalue les besoins personnels et professionnels en relation avec d'autres milieux de vie. On peut dès lors décider de se relocaliser ou considérer qu'une telle relocalisation n'améliorera pas sensiblement la situation et décider de demeurer malgré tout.

Ce modèle de Humphreys *et al.* s'inspire, du moins dans la description des deux dernières phases, d'études qualitatives menées en Australie par Hays *et al.* (1997) et par McIsaac *et al.* (2000). Dans ces deux études, en effet, la rétention en milieu rural est vue comme étant le fruit d'un équilibre constant entre facteurs influençant la décision de rester (d'ordre professionnel, familial ou relié à la communauté) et d'autres influençant la décision de partir (charge de travail, conflits chroniques, etc.). Or, ce qui finalement provoque la décision de partir, ce sont des facteurs dits « déclencheurs » (difficulté personnelle à composer avec le changement, l'entrée des enfants à l'école secondaire, l'aggravation de certains conflits au travail, etc.). Dans les deux études, une ambivalence

est également observée quant à la perspective de quitter un milieu de pratique rural compte tenu de la perte d'avantages que cela représente.

Une autre étude qualitative, non citée par Humphreys *et al.* mais néanmoins pertinente à la compréhension du processus de prise de décision, est celle de Pope *et al.* (1998) dont l'analyse procède à partir de certaines données d'une enquête conduite par le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de Colombie-Britannique en 1989. L'analyse ne porte en effet que sur les propos de 121 médecins (sur plus de 400), ayant répondu de manière relativement détaillée à une question ouverte (concernant leurs expériences en milieu rural) dans un questionnaire comportant, par ailleurs, une quarantaine de questions fermées. Nous croyons utile ici de rendre compte de manière relativement détaillée de la méthode et des résultats de cette étude.

Plus qu'une simple analyse de contenu caractérisant l'approche méthodologique des études australiennes sur le processus de prise de décision, Pope *et al.* se fondent sur l'approche du *grounded theory* pour déterminer le comment de la décision (suivant quels scénarios). Ainsi, l'analyse des commentaires fournis par les médecins a-t-elle pour but d'élaborer un cadre théorique permettant de comprendre le processus susceptible de mener les médecins à la décision de demeurer ou non en région rurale. Les données ont été regroupées suivant trois grandes catégories (le cadre théorique résultant de l'analyse) : l'engagement communautaire, la confiance médicale et la compensation.

L'engagement communautaire. La médecine rurale représente plus qu'une vocation. Le médecin développe souvent un lien étroit avec les membres de la communauté, une expérience qui, en elle-même, peut être jugée positivement ou négativement. À titre d'exemple, trouver un équilibre entre vie familiale et responsabilités professionnelles peut être très difficile lorsqu'un médecin doit être constamment disponible et facilement repéré dans une petite communauté. Les circonstances personnelles et les valeurs déterminent dans quelle mesure un médecin peut trouver un équilibre entre les avantages et les inconvénients de vivre et de travailler dans une communauté rurale.

La confiance médicale. Les médecins de famille en milieu rural pratiquent souvent sans avoir accès aux récentes technologies, ni aux spécialistes. Ils ont davantage de responsabilités et se doivent d'être polyvalents, ce qui peut représenter un *grand défi* pour certains ou une importante source de stress pour d'autres. La confiance que le médecin peut avoir dans ses propres habiletés à composer avec les situations parfois difficiles qui se présentent à lui déterminera comment de telles situations peuvent être perçues. Cette confiance peut contribuer pour une très large part à la décision de quitter le milieu rural.

La compensation. Elle se présente sous trois formes : financière, professionnelle et personnelle. La *compensation financière* ne peut être mesurée de façon adéquate que lorsque considérée en relation avec un ensemble de facteurs, incluant le coût de la vie, les incitatifs financiers, etc. La *compensation professionnelle* relève de l'infrastructure médicale, de la bureaucratie corporative et des politiques liées à la gestion des soins de santé. Ainsi, non seulement les médecins ruraux se sentent souvent isolés du fait d'être peu soutenus au plan médical, ils se sentent également isolés des instances politiques et des décisions prises à ce niveau, ce qui est susceptible d'affecter leur vie et leur pratique¹⁸. En résumé, l'équilibre entre les avantages professionnels et les sacrifices consentis au plan professionnel et personnel dépend de la nature des politiques locales et de la satisfaction éprouvée par le médecin à l'égard des décisions politiques provinciales. Quant à la *compensation personnelle*, elle relève essentiellement de caractéristiques de la communauté (« qualité de vie », c'est-à-dire sécurité et vie saine, santé pour les enfants, qualité des services) et des avantages offerts au médecin et à sa famille (emploi du conjoint).

L'extrait suivant résume sommairement la manière dont s'articulent, selon les auteurs de l'étude, les enjeux de la pratique en milieu rural en termes d'engagement communautaire, de confiance médicale et de compensation personnelle et professionnelle :

Rural doctors are given the opportunity to practise front-line medicine where they feel they are truly helping people and where they come to know and care for their patients and community. To do this, a rural physician ends up not only taking on a new job, but also taking on a new way of life. The satisfaction the physicians have with this experience will depend greatly on the confidence they have in their abilities to practice rural medicine effectively and the rewards for doing so. (p. 10)

Pour chacune des trois catégories, apparaît un facteur prépondérant (*load factor*) « qui fera pencher la balance » en faveur de la décision de partir ou de rester. Ce facteur émerge de la tension continue que suscite l'évaluation des aspects positifs et négatifs de la pratique et de la vie en milieu rural :

For example, with respect to community commitment, whether the rural physician views this commitment on the continuum between being a great asset to practising rural medicine at one extreme, or as an overwhelming responsibility at the other extreme will have a great impact on relocation decisions. The « load factor » on the decision scale is greatest for those physicians who see the issue of community commitment at one end of the spectrum. For physicians closer to the middle of the spectrum, a greater struggle will occur where the positive and negative aspects of this situation sway the decision back and forth.

¹⁸ Les auteurs font, à ce propos, le commentaire suivant : « These professional concerns can be even greater for international medical graduates practising in a rural area. » Le sens de ce commentaire n'est toutefois pas développé.

De manière générale, quatre scénarios sont dégagés pour expliquer ce qui fait pencher la balance et incite les médecins ruraux à partir ou à demeurer :

- 1) *Décider rationnellement de partir*. Les aspects négatifs outrepassent les aspects positifs. En particulier, l'engagement envers la communauté et la responsabilité que cela suppose ne sont pas adéquatement compensées aux plans financier, professionnel et personnel.
- 2) *Attendre la « dernière goutte »*. Les médecins ne sont pas satisfaits dans l'ensemble. Leurs sacrifices et leurs gratifications sont en déséquilibre, ce qui leur engendre une insatisfaction dans leur pratique, mais pas assez pour les inciter à partir. Il faudra attendre qu'un événement particulier survienne pour qu'ils en arrivent à prendre cette décision.
- 3) *Vivre le scénario de la « dernière goutte »*. Rien d'autre ne présage du départ des médecins qu'un événement ou une situation singulière qui finit par l'emporter sur les avantages réels qu'ils retirent de leur vie en région.
- 4) *Décider de rester*. Les aspects positifs de la pratique en milieu rural l'emportent largement sur les aspects négatifs et font en sorte que les médecins décident de rester. Parmi ces aspects positifs, on compte la liberté professionnelle et le sens du défi, la chance de pouvoir mettre ses habiletés à l'épreuve et le sens de la responsabilité envers la communauté.

Au dire même des auteurs, cette étude confirme les résultats d'autres études relativement à l'impact des facteurs professionnels, personnels et communautaires sur la satisfaction des médecins en milieu rural. De plus, elle fournit un cadre pour comprendre comment ces différents aspects interagissent et influencent la décision des médecins de quitter ou de demeurer en région. La décision de demeurer, en particulier, repose davantage sur des facteurs d'ordre professionnel faisant appel aux valeurs et aspirations du médecin (liberté professionnelle et sens du défi), ainsi que des facteurs d'ordre communautaire impliquant un sens de la responsabilité et de l'engagement de la part du médecin¹⁹.

1.4 Une condition de la rétention : l'intégration au milieu rural (selon Cutchin)

Le thème de l'engagement communautaire apparaissant dans l'étude de Pope *et al.* (1998) décrit un type de rapport entre le médecin et sa communauté qui suppose une intégration de celui-ci à son milieu. Or, d'autres liens sont possibles qui, dans la mesure où ils se forment et se maintiennent, consolident cette intégration et, par là, augmentent

¹⁹ Faisant valoir la richesse du matériel obtenu, les auteurs émettent le commentaire suivant : « We are reminded that the findings from *these data came from asking physicians to "tell their story"*, so future researchers might consider the benefits of using qualitative methods [...]. »

la probabilité de la rétention. C'est ce postulat qui amène Cutchin (1997a, 1997b; Cutchin *et al.*, 1994) à introduire le concept d'intégration en vue du développement des études sur la rétention des médecins en milieu rural, tout en critiquant le point de vue qui prédomine actuellement dans la recherche.

Selon Cutchin (1997b), ce point de vue tend à voir la décision de quitter un milieu de pratique comme une sorte de mécanisme stimulus-réponse déclenché par des facteurs spécifiques. Cette perspective met l'accent sur la décision de partir sans recourir à l'expérience spatiale et historique qui lui est inhérente. Elle ne prend nullement en compte la variété et la complexité de l'expérience humaine dans un milieu de vie (*in place*), ni du processus menant à la rétention. Ce processus peut se concevoir en tant qu'*intégration « expérientielle » au milieu*, laquelle permet de se concentrer sur l'interaction entre des médecins et leur environnement local. Cet environnement comporte un ensemble de *défis auxquels il faut répondre*. L'intégration au milieu facilite la rétention en donnant un sens relatif à ce milieu, procurant ainsi des raisons d'y demeurer.

Cette notion d'intégration s'est d'abord imposée empiriquement dans le cadre d'une étude menée par ce chercheur (Cutchin *et al.*, 1994) où l'on demandait à des médecins de réagir à un scénario fictif mettant en scène des conditions de pratique et de vie en milieu rural. Les répondants devaient d'abord évaluer sur une échelle Likert l'importance de 18 facteurs dans la détermination d'une rétention probable de cinq ans du médecin dans son milieu. Puis, en réponse à une question ouverte, ils devaient identifier d'autres facteurs importants à considérer selon eux. Cent-trente-deux médecins ont fourni une évaluation des 18 facteurs, et 75 d'entre eux ont répondu à la question ouverte.

Des 18 facteurs, six ont été jugés très importants ou assez importants pour expliquer la rétention : disponibilité des équipes de remplacement (*relief coverage*), qualité des écoles locales, compatibilité avec la communauté médicale, logement de qualité, possibilité de consulter des spécialistes par téléphone et disponibilité de partenaires médecins. L'analyse des réponses à la question ouverte a, quant à elle, fait ressortir quatre grands thèmes : l'intégration socioculturelle, de loin le plus important, le contexte des soins médicaux, la stabilité économique et la situation géographique.

Le thème de l'intégration socioculturelle, tel qu'il se caractérise à partir des propos tenus par les médecins, reflète l'importance des diverses relations sociales en milieu rural. En effet, parmi les sous-thèmes les plus souvent évoqués par les répondants se trouvent l'*acceptation*, le *soutien* et la *compatibilité* avec les membres de la

communauté, les occasions récréatives, le confort du conjoint, les liens familiaux dans la région et l'encadrement religieux (église).

Pour les auteurs de l'étude, ces résultats rendent compte concrètement de certains aspects de la vie et de la pratique en milieu rural. Cela amène les auteurs à considérer la décision de demeurer ou de quitter comme étant déterminée par une constellation de facteurs inextricablement liés à l'expérience de la réalité quotidienne. Par ailleurs, la notion émergente d'intégration socioculturelle est utile pour comprendre les liens qui s'établissent entre le médecin comme personne, comme membre d'une famille, d'une profession et d'une communauté. Les réponses à la question ouverte valorise une telle intégration à la communauté en mettant l'accent sur des concepts tels que « acceptation », « compatibilité », « bonheur », « famille » et « intérêts communs ». De plus, les deux thèmes les plus fréquemment évoqués, l'intégration socioculturelle et le contexte des soins médicaux, articulent d'importants liens entre les médecins, la communauté médicale et la communauté rurale.

Ces conclusions incitent Cutchin (1997a, b) à réaliser, par la suite, une recherche qualitative « en profondeur » auprès de médecins pratiquant en milieu rural au Kentucky, de membres de la communauté médicale locale et de *leaders* de la communauté en général, afin de mieux comprendre les circonstances et le processus de la rétention.

L'analyse a fait ressortir trois « domaines » d'intégration nécessaires à la compréhension du processus sous-jacent : le Soi du médecin en tant que vecteur à la fois cohérent et changeant de l'action et de l'intégration dans un milieu donné (*in place*), la communauté médicale locale, incluant membres et institutions, qui joue un rôle important dans l'intégration et, enfin, la communauté locale en général. Chacun de ces domaines comporte des dimensions et sous-dimensions :

Le Soi du médecin :

- Le *Soi historique* : antécédents socioéconomique²⁰ et culturel (*past cultural matrix*), historique familial, expérience antérieure de la ruralité, éducation et expérience médicale et, finalement, modèles et personnes influentes (par exemple, présence de médecins ou d'infirmières dans la famille).
- Le *Soi social* : la famille immédiate, appartenances institutionnelles (*membership*) ou à des groupes sociaux (important dans la construction d'une

²⁰ Exemple d'antécédents socioéconomique : certains médecins de l'enquête ont grandi dans des milieux pauvres, ce qui ajoute à leur expérience et à leur habilité à intervenir auprès des populations défavorisées en **général**.

identité locale), rôles joués ou susceptible d'être joués dans la communauté et matrice culturelle actuelle.

- Le *Soi émergent* : valeurs et aspirations (le sens du défi et le désir de contribuer à l'amélioration de la santé de la population locale), force de l'identité et créativité.

La communauté médicale locale :

- Les *institutions* : types de pratique (hôpitaux, en groupe, seul), taille et pouvoirs des institutions, développement historique et rôles des intervenants non locaux.
- Les *médecins* : aspects démographiques, idéologies médicales, niveau de coopération, de communication et d'interaction, les personnes-ressources (*anchorpersons*) et les types d'innovation.

La communauté en général :

- La *dimension sociale* : le milieu socioculturel, réseaux sociaux et cohésion sociale, divisions de classes et liens à l'intérieur comme à l'extérieur de la communauté.
- La *dimension économique* : situation économique, efforts de développement et ressources disponibles.
- La *dimension politique* : institutions politiques et *leadership*, niveau d'engagement des citoyens dans les affaires locales, etc.
- *Autre* : développement historique et dimensions géographiques.

Par ailleurs, l'intérêt de l'approche de Cutchin (1997b) réside également dans la description et l'illustration de ce qu'il appelle les trois principes essentiels du processus d'intégration au milieu. Il s'agit de la *sécurité*, de la *liberté* et de l'*identité*. Ces principes expriment davantage que de simples motifs d'action et d'intégration; ils décrivent à la fois les types de problèmes éprouvés et les solutions trouvées par les médecins au cours du processus d'intégration. Chacun de ces principes se subdivise à son tour suivant un certain nombre de dimensions :

1. *La sécurité* : confiance dans ses habiletés médicales, engagement envers ses aspirations et ses buts, habiletés à rencontrer les besoins familiaux (le bonheur du conjoint, l'éducation des enfants), aisance avec la communauté médicale et ses institutions, l'environnement de la pratique de groupe, le développement de la communauté et des institutions médicales, le réseau social et culturel déjà constitué, respect de la communauté médicale et de la communauté en général;

2. *La liberté* : défi et diversité du travail médical, collaboration au sein de la communauté médicale et de la communauté en général, habileté à développer des ressources en soins de santé, diversité dans les possibilités d'interactions sociales, engagement dans les affaires de la communauté, activités personnelles et familiales, perspectives de développement concernant le Soi et le milieu (*place*);
3. *L'identité* : perte d'anonymat, rôles joués et responsabilités prises, respect (envers le médecin) de la communauté médicale et de la communauté en général, combler ses aspirations dans le milieu (*in place*), vision du Soi comme appartenant à la communauté, la conscience du Soi dans le temps et dans l'espace (*place*), etc.

En somme, l'approche de Cutchin apparaît utile dans la mesure où est postulée une interaction dynamique entre le Soi et la communauté pour comprendre le processus et les circonstances de l'intégration et expliquer, par cet intermédiaire, la décision de demeurer ou de partir (la rétention).

1.5 L'intégration et la rétention des médecins immigrants en région éloignée au Québec : un premier angle d'analyse

À notre connaissance, aucune étude au Québec n'a jamais pris en compte cette dimension de l'interaction entre le médecin et sa communauté dans le but de comprendre le rapport entre le processus d'intégration et les facteurs de rétention. Aucune n'a considéré que le médecin était avant tout un acteur social, porteur d'une histoire ou d'une expérience particulière susceptible d'être racontée.

Par ailleurs, nous ne savons rien de ce que Cutchin appelle l'*intégration « expérientielle » au milieu* (rural ou régional en l'occurrence) chez des médecins qui ont, en outre, connu l'expérience de l'immigration et qui s'installent en région, non par choix, mais parce qu'ils y sont contraints s'ils veulent pratiquer la médecine. Et c'est précisément dans ce rapport entre la double expérience de la migration et l'intégration non choisie dans un milieu autre que celui de la première arrivée que réside l'intérêt de notre étude.

En effet, notre objectif consiste à étudier les conditions de l'insertion socioprofessionnelle et de la rétention en régions éloignées dans un contexte d'obligation ou de contrainte imposée à des médecins dont on peut croire, *a priori*, que leur premier choix serait de demeurer en milieu urbain, compte tenu d'une expérience déjà bien remplie au chapitre de la migration. L'intégration « expérientielle » au milieu risque ainsi d'être elle-même contrainte par certaines limites dont il s'agit alors d'explorer le sens.

Puisque nous avons affaire à des médecins qui ont été en région pour honorer un engagement, on doit s'attendre, en toute logique, à ce que ces derniers quittent leur région d'assignation une fois leur contrat terminé, à moins que ne soient remplies des conditions particulières qui auraient pour effet de prolonger leur séjour. L'appréhension de ces conditions constitue dès lors le but premier de la recherche.

Pour les fins de notre étude, nous dirons que la durée de cet engagement (quatre ans) équivaut à une sorte de niveau de base de la rétention (ou le niveau dit de « faible rétention »)²¹ des médecins en région, étant donné que rien, en dehors des termes de leur contrat, ne semble pouvoir les y retenir. Du point de vue de l'analyse, ce sont ces médecins à « faible rétention » qu'il nous faut d'abord considérer.

Dans la mesure où l'on admet le point de vue de Cutchin, selon qui la rétention serait le produit d'un processus d'intégration « expérientielle » au milieu, une « faible rétention » peut dès lors être vue comme le résultat d'un processus incomplet d'intégration au milieu dont il s'agit, dès lors, de cerner les obstacles à travers le récit que font les médecins de leur expérience de la vie quotidienne et de la pratique médicale en régions éloignées.

Ces médecins immigrants (DHCEU) seront comparés à un groupe témoin de médecins non immigrants et formés au Québec, mais soumis eux aussi à une forme de contrainte (boursiers d'études en médecine), afin de bien distinguer les facteurs et processus qui relèvent d'une problématique de l'immigration.

Par ailleurs, les DHCEU et boursiers (immigrants et natifs) qui auront quitté au terme de leur engagement (« faible rétention ») seront comparés à ceux de ces mêmes catégories qui, eux, auront décidé de prolonger leur pratique en régions éloignées au-delà de l'échéance prescrite, de manière à obtenir une image un peu plus claire d'un processus d'intégration en voie de parachèvement²². Les récits que nous livreront ces médecins à « rétention prolongée » sur leurs expériences passées et présentes de la vie quotidienne et de la pratique médicale en régions éloignées permettront de préciser et, en certains cas, de valider, les conditions d'une intégration au milieu que les médecins du premier groupe auront contribué à esquisser.

²¹ Nous adoptons ici la définition de la rétention proposée par Pathman, Konrad et Agnew (1994), soit un intervalle de temps (mesuré en nombre de mois ou d'années) passé par un individu dans un lieu ou dans un type de lieu (par exemple, dans une communauté rurale spécifique) donné.

²² Étant entendu que la décision de demeurer après quatre ans, alors que sont remplies les conditions du contrat, constitue en soi le signe d'une intégration au milieu ayant comporté, théoriquement, peu d'obstacles.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 La constitution du guide d'entretien

Afin d'obtenir une vue d'ensemble de la réalité du programme DHCEU et des conditions de la pratique médicale en région au Québec, des entretiens téléphoniques ont d'abord été menés en décembre 2002 auprès de sept représentants des Régions régionales de l'Abitibi, de la Côte-Nord, du Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Laurentides. Les questions ont porté sur la situation des médecins en général, et immigrants en particulier, dans les régions concernées. Elles visaient à dégager les principales dimensions de l'expérience socioprofessionnelle et familiale.

Les perceptions de ces représentants ont permis de confirmer nombre d'éléments présents dans la littérature sur la problématique de la rétention et de saisir en partie la spécificité de la question immigrante dans ce contexte. Elles ont par ailleurs servi à préciser les thèmes à aborder au moment de l'enquête avec des médecins DHCEU ainsi qu'avec des médecins boursiers d'un groupe témoin.

Le guide d'entretien que nous avons constitué par la suite comporte trois sections (voir l'annexe méthodologique) : 1) le parcours migratoire et l'établissement en région; 2) l'insertion professionnelle, sociale et culturelle; 3) l'évaluation globale de l'expérience en région.

La première section s'adresse tout particulièrement aux médecins immigrants et vise à obtenir des informations sur l'expérience acquise dans les pays d'origine, sur les motifs et les conditions de l'émigration (connaissance des conditions requises à l'exercice de la médecine au Québec), ainsi que sur la période précédant l'installation en région et sur l'installation elle-même. L'évaluation de la formation — dans le pays d'origine et au Québec (formation en résidence) — en regard de la pratique en région est un thème qui est également prévu dans ce cadre.

La deuxième section couvre un ensemble d'aspects relatifs aux conditions de la pratique médicale en région (caractéristiques, charge de travail, etc.), aux rapports avec la population en général (relations sociales, participation, etc.) et à l'insertion des membres de la famille (occupation du conjoint, école des enfants).

Quant à la dernière section, elle porte sur les perceptions des conditions de vie en région (accès aux services socioculturels et commerciaux, rythme de vie, environnement naturel et climat), des avantages et des désavantages (pris globalement), ainsi que sur

l'évaluation des motifs du retour en ville ou d'installation plus ou moins définitive. Une dernière question vise à obtenir l'appréciation de ce qui devrait être fait pour améliorer la rétention en région.

Une première version du guide d'entretien a été préparée puis retravaillée par les deux chercheurs signataires du rapport. Nous avons alors tenu compte de commentaires émis par un médecin d'origine immigrante, mais formé entièrement au Québec et ayant lui-même une expérience de la pratique en région, ainsi que d'autres formulés par deux personnes responsables de ce projet au MSSS. Une deuxième version a été prétestée auprès d'un autre médecin ayant déjà participé au programme DHCEU. Cette version n'a été que légèrement retouchée.

2.2 La constitution de l'échantillon

L'échantillon a été constitué sur la base de quatre sous-groupes :

- Les médecins omnipraticiens immigrants ou formés à l'étranger (programme DHCEU) qui ont complété leur contrat et qui ont décidé de quitter la région qui leur avait été assignée;
- Les médecins omnipraticiens immigrants ou formés à l'étranger ayant complété leur engagement et qui ont décidé de **demeurer** en régions éloignées;
- Les médecins omnipraticiens boursiers qui ont complété leur contrat d'engagement et qui ont décidé de **quitter** la région qui leur avait été assignée;
- Les médecins omnipraticiens boursiers ayant complété leur engagement, et qui ont décidé de **demeurer** en régions éloignées.

Le tableau 1 fait état de la distribution théorique de l'échantillon. Douze (12) répondants par case nous est apparu un nombre largement suffisant *a priori* pour atteindre la saturation.

Tableau 1 : Distribution théorique de l'échantillon de médecins omnipraticiens immigrants et non immigrants (DHCEU/boursiers) selon le statut de rétention (demeurer/partir)

	OMNIPRATICIENS IMMIGRANTS (DHCEU)	OMNIPRATICIENS NON IMMIGRANTS (Boursiers RAMQ)	Total
Demeurent	12	12	24
Partent	12	12	24
Total	24	24	48

2.2.1 La sélection des participants

2.2.1.1 Les critères de sélection

Les critères de sélection des participants ont été établis à trois : 1) la pratique dans les régions désignées à rémunération majorée; 2) les conditions de l'installation en région (en l'occurrence, les mesures avec engagement); 3) la durée de l'engagement contractuel. Le tableau 2, ci-dessous, illustre les implications de chacun de ces critères.

Tableau 2 : Critères de sélection

RÉGIONS DÉSIGNÉES (ÉLOIGNÉES)	MESURES AVEC ENGAGEMENT	DURÉE DU CONTRAT
Zones à rémunération majorée :	Deux programmes :	– Fixée suivant les termes du programme DHCEU, soit 4 ans (3 ans pour les premiers participants au programme)
– L'Abitibi, le Nord-du-Québec, la Côte-Nord et la Gaspésie	– DHCEU (médecins immigrants)	
– Parties du Bas-Saint-Laurent, du Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais et des Laurentides	– Bourses d'études en médecine (seule mesure non négociée touchant les médecins formés au Québec)	– Conséquemment, début de l'engagement au plus tard en septembre 1998

2.2.1.2 L'utilisation des listes de médecins DHCEU et boursiers

Afin de constituer notre échantillon, nous avons utilisé deux listes fournies par le MSSS conformément à la Loi sur l'accès à l'information. La première est une liste de médecins inscrits au programme DHCEU (1984-1999). Elle contient les informations suivantes : nom, prénom, origine (ville et/ou pays de provenance), université fréquentée, spécialité, dates du début et de la fin de l'engagement, région et établissement de désignation, année d'inscription au programme et remarques générales. Nous avons également utilisé une liste de médecins boursiers RAMQ (1986-2002) ayant obtenu plus de deux bourses annuelles (et donc susceptibles d'avoir un temps d'engagement en région semblable à celui des DHCEU, c'est-à-dire 3 ou 4 ans). Cette liste contient le même type de renseignements que la précédente : nom, prénom, région et établissement

de désignation, nombre d'années d'engagement, dates du début et de la fin de l'engagement, date de désignation, année de disponibilité, lieu et date de naissance, université fréquentée, années d'obtention des bourses et remarques générales.

La liste DHCEU comporte un total de 338 inscriptions dont seulement 165 correspondent au critère des régions désignées (zones à rémunération majorée). De ce nombre, près de la moitié ont été retranchées pour raisons d'échec aux examens, de non respect de l'engagement ou de début de ce même engagement à partir de 1999 (ces médecins n'ont donc pas encore complété leur période de 4 ans à l'heure actuelle), ou de formation en résidence dans une spécialité autre que la médecine familiale, ou encore, parce que le nom ne figure pas dans l'annuaire médical du Collège des médecins du Québec (édition 2002-2003).

Le nombre de cas valides, en ce qui concerne les médecins DHCEU susceptibles d'être inclus dans l'échantillon, n'est donc que de 87. Le tableau 3 en montre la distribution par régions désignées. De ces 87 médecins omnipraticiens, 62, soit les 3/4, pratiquent actuellement dans la région de Montréal, contre seulement 17 qui sont demeurés en régions éloignées et 8 qui ont quitté pour venir s'installer en région dite intermédiaire (Estrie, Mauricie, etc.).

La liste des médecins boursiers²³ comporte, quant à elle, un total de 107 inscriptions correspondant au critère du nombre de bourses reçues (3 et 4) et à celui des régions désignées (zones à rémunération majorée). De ce nombre, près de la moitié, là encore, ont été retranchées pour raisons de non-respect de l'engagement (remboursement en tout ou en partie) ou de début de ce même engagement à partir de 1999 (comme pour les médecins DHCEU), ou de formation en résidence dans une spécialité autre que la médecine familiale, ou encore, parce que le nom ne figure pas dans l'annuaire médical du Collège des médecins du Québec (édition 2002-2003).

²³ Ont été exclus de la sélection les boursiers qui sont demeurés en régions, les médecins originaires de ces mêmes régions (en nous basant sur le lieu de naissance).

Tableau 3 : Distribution selon les régions désignées et le statut de rétention des médecins DHCEU repérables dans l'annuaire médical du Collège des médecins du Québec

	Abitibi	Nord-du-Québec	Outaouais	Hautes-Laurentides	Gaspésie	Bas-St-Laurent	Côte-Nord	Lac-Saint-Jean	Total
Retournés à Montréal	14	1	11	9	9	7	8	3	62
Demeurés en régions éloignées	3	3	4	3	1	1	2	--	17
Installés en région intermédiaire	4	--	--	--	1	--	2	1	8
Total	21	4	15	12	11	8	12	4	<u>87</u>

Le nombre de cas valides de médecins boursiers n'est donc que de 54. Comme l'indique le tableau 4, vingt-neuf (29) d'entre eux pratiquent actuellement dans les régions de Montréal ou de Québec, contre seulement 21 qui sont demeurés en régions éloignées et 5 qui ont quitté pour s'installer en région dite intermédiaire (Estrie, Mauricie, etc).

Tableau 4 : Distribution selon les régions désignées et le statut de rétention des médecins boursiers repérables dans l'annuaire médical du Collège des médecins du Québec

	Abitibi	Nord-du-Québec	Outaouais	Hautes-Laurentides	Gaspésie	Bas-St-Laurent	Côte-Nord	Lac-Saint-Jean	Total
Retournés à Montréal (ou à Québec)	6	1	--	--	6	8	4	4	29
Demeurés en régions éloignées	5	1	1	--	2	5	5	2	21
Installés en région intermédiaire	3	--	--	--	1	--	1	--	5
Total	14	2	1	--	9	13	10	6	<u>54</u>

À noter que, compte tenu de leur nombre limité en regard de la possibilité d'en faire un sous-groupe distinct pour l'analyse, les cas de médecins boursiers ou DHCEU installés en région intermédiaire à la suite de leur séjour en zone éloignée n'ont pas été considérés pour la constitution de l'échantillon.

Ce qui signifie que le nombre total de médecins susceptibles de participer à notre enquête s'élevait à 79 DHCEU et à 49 boursiers. Étant donné notre objectif initial de 24

entretiens pour chacune des deux catégories de médecins, le ratio n'était donc que de un sur trois et de un sur deux, respectivement.

La marge de manœuvre pour le recrutement nous est apparue largement suffisante dans le cas des médecins DHCEU revenus à Montréal (12 à trouver sur un total de 62). Par contre, elle s'est avérée un peu juste dans le cas de leurs confrères boursiers (12 à trouver sur 29), et particulièrement serrée quant aux médecins demeurant toujours en régions éloignées. En effet, afin de réaliser les 12 entretiens que nous nous étions fixés pour chacune de ces catégories, il nous fallait compter sur uniquement 21 médecins boursiers et sur 17 médecins DHCEU.

2.2.2 Le recrutement

Étant donné le nombre proportionnellement peu élevé de cas valides pour trois des quatre sous-groupes de l'échantillon, il nous est apparu important, dans un premier temps, de faire appel à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) afin de la sensibiliser aux objectifs de notre étude et obtenir qu'elle nous appuie auprès de ses membres.

Une lettre de la FMOQ, signée par le docteur Jean Rodrigue, a été envoyée aux médecins omnipraticiens boursiers et DHCEU retenus lors de la sélection²⁴. Cette lettre informait les médecins des objectifs de l'étude et les incitait à y participer.

Par la suite, nous avons entrepris de contacter chacun d'entre eux par téléphone²⁵, en débutant par ceux revenus vivre en milieu urbain (Montréal et Québec). Les numéros dont nous disposions étaient ceux de cliniques médicales, de CLSC ou d'hôpitaux. Les personnes qui nous répondaient étaient donc presque toujours des intermédiaires — secrétaires, préposés à la réception, etc. — qui demandaient la plupart du temps que nous laissions un message, car les médecins, disaient-ils, étaient « très occupés ». Ce que nous faisons, en mentionnant toujours la lettre de la FMOQ. Dans certains cas, les médecins retournaient l'appel rapidement, mais le plus souvent il nous fallait rappeler ou encore, envoyer une télécopie (avec en-tête de l'INRS) dans laquelle nous faisons à nouveau référence à la lettre de la FMOQ. Les rappels et les envois de télécopies ont été nombreux. En certains cas, c'est à force d'insister et de plaider l'importance de la recherche que nous avons finalement obtenu de pouvoir parler au médecin.

²⁴ Il importe de mentionner ici que cette lettre n'a pas été envoyée à 12 des 62 médecins DHCEU retournés à Montréal après leur séjour en région, en raison d'une erreur survenue lors de la constitution du fichier des médecins admissibles en vertu de nos critères. Ces médecins ont cependant été contactés par la suite, trois d'entre eux ayant accepté de participer.

²⁵ Cette étape a été presque entièrement réalisée par Nicolas van Schendel.

Dans le cas des médecins boursiers et DHCEU demeurés en régions éloignées, nous avons jugé nécessaire, compte tenu de leur petit nombre, de leur envoyer au préalable une courte lettre reproduisant pour l'essentiel le contenu de la télécopie que nous avons fait parvenir à quelques médecins des deux premiers sous-groupes. Cette lettre à en-tête de l'INRS rappelait celle de la FMOQ, exposait sommairement les objectifs de la recherche et en appelait aux médecins de l'importance de témoigner de leur expérience en régions éloignées. Lors de nos contacts téléphoniques avec ces médecins, la mention de cette lettre, en plus de celle de la FMOQ, constituait l'essentiel du message que nous laissions ou servait d'entrée en matière lorsqu'ils acceptaient de prendre notre appel.

Dans tous les groupes, la plupart des médecins qui nous ont rappelés se sont montrés intéressés par la recherche et ont accepté d'y participer. D'autres qui ont répondu dès le premier appel ou qui ont fini par le prendre après plusieurs tentatives, se sont montrés disposés à collaborer après avoir conversé avec nous. Nous avons considéré comme un refus les cas du médecin nous le faisait clairement savoir lors du contact téléphonique — invoquant le plus souvent le manque de temps ou l'absence de rétribution, ou encore parce que trop sollicité pour des recherches — et les cas où, malgré des appels répétés échelonnés sur plusieurs semaines, aucune réponse ne nous a été retournée. Seulement une personne s'est désistée après avoir accepté.

Le tableau 5 montre la distribution des 45 médecins DHCEU et boursiers qui ont accepté de participer et avec qui un entretien a finalement pu être réalisé.

Notre objectif de 12 entretiens a été atteint, et même dépassé, dans un sous-groupe seulement, celui des DHCEU ayant quitté la région désignée au terme de leur engagement²⁶. Dans les trois autres sous-groupes, bien que cet objectif n'ait pas été atteint, le nombre des participants n'en est pas moins très satisfaisant en regard des possibilités. En effet, un peu plus de un boursiers sur trois (11/29) ayant quitté sa région désignée a accepté de participer à l'étude, cette proportion étant de un sur deux (10/21) dans le cas de ceux qui sont demeurés et d'un peu plus de la moitié (9/17) dans le cas des DHCEU demeurés eux aussi.

²⁶ Nous avons, pour cette catégorie de médecins, décidé de réaliser le plus d'entretiens possibles, compte tenu des probabilités beaucoup plus faibles de rejoindre des DHCEU demeurés en région. À noter qu'un seizième entretien a été mené avec un médecin DHCEU revenu s'installer à Montréal, mais n'ayant pu se dérouler dans des conditions favorables (le répondant ayant refusé l'enregistrement), les informations recueillies sont partielles. C'est pourquoi, nous avons décidé de l'exclure du compte total de l'échantillon.

Tableau 5 : Répartition des répondants selon le programme (DHCEU et boursiers), le statut de la rétention (demeuré/quitté) et les grandes régions d'assignation (Ouest et Est du Québec)

		RÉGIONS ÉLOIGNÉES		Total
		Ouest du Québec (Outaouais – Hautes- Laurentides – Abitibi)	Est du Québec (Lac-St-Jean – Côte- Nord – B-S-L – Gaspésie)	
DHCEU	Quitté	9	6	15
	Demeuré	6	3	9
	Total partiel	15	9	24
Boursiers	Quitté	1	10	11
	Demeuré	3	7	10
	Total partiel	4	17	21
Total		18	24	45

2.3 Le déroulement de l'enquête

Les entretiens ont été menés au cours des mois d'avril, mai et août 2003²⁷. Dans presque tous les cas, ils se sont déroulés dans les bureaux de consultation des médecins (cliniques privées ou CLSC) ou en centres hospitaliers. Seuls deux médecins nous ont reçus à leur domicile et trois autres ont tenu à venir nous rencontrer dans les locaux de l'INRS-UCS à Montréal ou à Québec. La durée moyenne des entretiens a été d'environ une heure et quart.

Lors des rencontres, chaque répondant s'est vu remettre, avant que ne débute l'entretien, une lettre de remerciement signée par la responsable de la recherche, une déclaration d'engagement à la confidentialité cosignée par la responsable et par l'agent de recherche ainsi qu'un formulaire de consentement à signer par le médecin lui-même.

Nous avons d'abord mené les entretiens avec les médecins DHCEU et boursiers revenus en milieu urbain. La grande majorité d'entre eux résident ou pratiquent actuellement dans la région de Montréal. La plupart ont été rencontrés à Montréal même; deux l'ont été à Laval et quatre sur la Rive-Sud. Seulement cinq, tous des boursiers, demeurent dans la région de Québec et y ont été rencontrés. Cette phase du terrain a été réalisée pendant tout le mois d'avril.

Quelques entretiens avec des médecins DHCEU demeurés en région ont également été réalisés en avril, vers la fin du mois, dans l'ouest du Québec. Cependant, la majorité

²⁷ Trente-et-un (31) d'entre eux ont été réalisés par Nicolas van Schendel (agent de recherche) et quatorze (14) par Myriam Simard.

d'entre eux, ainsi que tous les médecins boursiers de la même catégorie ont été rencontrés au cours des deux dernières semaines du mois de mai. Nous avons en effet profité de notre présence au congrès de l'ACFAS à Rimouski au cours de la semaine du 19 mai pour mener quelques entretiens dans les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie. Puis, au cours de la dernière semaine, nous avons couvert, pour l'un²⁸, le Lac-Saint-Jean et l'Abitibi, et pour l'autre²⁹, la Côte-Nord.

2.4 La compilation et l'analyse des données

La transcription des entretiens a été pour une bonne part réalisée au cours des mois d'avril et mai et, pour un peu plus d'une quinzaine d'entre eux, en juin, juillet et septembre. Ces transcriptions ont été lues une première fois pour corrections et préparation du contenu en vue de leur transfert dans le logiciel d'analyse qualitative NUD*IST-N6 (de QSR). Cette première lecture a évidemment été l'occasion d'« entrer » dans le vif du sujet par une autre porte que celle de l'entretien proprement dit.

Un premier plan d'analyse a décidé des variables et principales catégories de contenu à établir au moyen du logiciel N6. Outre le programme d'installation en région (DHCEU et boursiers RAMQ) et le statut de rétention (partis/demeurés), certaines variables ont été considérées. C'est le cas de l'origine rurale ou urbaine des répondants, de l'âge et du statut familial à l'arrivée en région ainsi que du statut occupationnel du conjoint. Quant aux catégories, elles ont d'abord été établies puis largement subdivisées, en fonction des principaux thèmes abordés dans les entretiens, soit les antécédents (formation et parcours individuel avant l'arrivée en région), l'insertion socioprofessionnelle, l'appréciation des conditions de vie, les motifs du départ ou de l'installation prolongée. On trouvera en annexe la liste complète et définitive des variables et catégories d'analyse (voir Annexe méthodologique).

La codification a débuté dès l'intégration au logiciel des premières transcriptions. Peu à peu les catégories d'analyses se sont précisées jusqu'à l'obtention d'un tableau nuancé des multiples dimensions rattachées au sens de l'expérience professionnelle, socioculturelle et familiale en régions éloignées. Certaines de ces catégories, prévues au départ, ont été associées à des contenus très larges et, sur certains aspects particuliers, ont mené très rapidement à la saturation (par exemple, les caractéristiques de la pratique en région). D'autres ont littéralement été créées à partir du matériel, soit pour refléter empiriquement ce qui n'avait pas été prévu (par exemple, la catégorie 5.2 « Tirer le

²⁸ Nicolas van Schendel.

²⁹ Myriam Simard.

meilleur parti »), soit pour donner lieu à une forme de modélisation (6.2 « Les seuils de la rétention »).

Après avoir complété la démarche de codification, l'analyse a été conduite selon le plan suivant : 1) description des caractéristiques de la population à l'étude (DHCEU et boursiers) et des éléments du parcours migratoire des DHCEU; 2) comparaison DHCEU/boursier concernant la perspective d'aller en région et l'installation selon certaines des variables et catégories évoquées plus haut (âge et statut familial à l'arrivée, formation, etc.); 3) analyse des trois dimensions de l'insertion socioprofessionnelle (professionnelle, communautaire et familiale) suivant la distinction DHCEU/Boursiers et Partis/Restés, et à l'aide des catégories correspondantes (les 3 dimensions de l'insertion); 4) analyse des facteurs de rétention en fonction d'une typologie des seuils ou des intervalles de la durée créée *a posteriori*, et à l'aide de catégories relatives à l'appréciation de l'expérience en région et à l'identification par les répondants de facteurs réels ou potentiels.

3. LA POPULATION À L'ÉTUDE : CARACTÉRISTIQUES ET ÉLÉMENTS DE PARCOURS

Quel est le profil des médecins que nous avons rencontrés? L'objectif de cette section est de mettre en contexte, d'informer le lecteur des caractéristiques et des éléments de parcours de ces médecins. Il s'agit de présenter, en particulier, le parcours singulier des médecins immigrants, ce qu'ils ont fait avant de venir au Québec, les raisons de leur venue, leurs attentes, la façon dont ils ont vécu la période ayant précédé leur départ en région, etc.

Partie essentiellement descriptive, nous tenterons, lorsque pertinent, de comparer les caractéristiques des deux groupes à l'étude (DHCEU et boursiers) en fonction des variables et catégories significatives, afin de tracer un premier portrait général des médecins étudiés. Dans un premier temps, nous examinerons les variables suivantes :1) l'âge et le sexe; 2) l'origine continentale; 3) l'origine urbaine ou rurale; 4) le temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique médicale en région. Puis, nous nous attarderons au parcours ayant précédé la résidence et l'installation en région de ces médecins.

3.1 Les principales caractéristiques

3.1.1 L'âge et le sexe

L'âge moyen de nos répondants au moment des entretiens était de 51 ans pour les DHCEU et de 41.5 ans pour les boursiers, soit une différence de tout près de dix ans entre des deux groupes. Le plus jeune DHCEU a 41 ans et le plus âgé, 68 ans. Chez les boursiers, l'âge du plus jeune est de 35 ans tandis que celui du plus âgé est de 55 ans. Le tableau 6 montre la distribution par tranche d'âge.

Tableau 6 : Distribution selon les tranches d'âge et le programme (DHCEU/boursiers) au moment de l'entretien

	DHCEU	BOURSIERS	Total
35 – 40 ans	--	9	9
41 – 45 ans	5	10	15
46 – 50 ans	7	1	8
51 – 55 ans	7	1	8
56 – 60 ans	3	--	3
61 et +	2	--	2
Total	24	21	45

On constate qu'un peu plus des trois quarts des DHCEU (19/24) ont plus de 45 ans, alors que seulement deux boursiers dépassent cette limite. Par contre, près de la moitié des boursiers ont entre 41 et 45 ans, et presque tout autant moins de 40 ans.

En ce qui concerne le sexe, la grande majorité des médecins de l'étude sont de sexe masculin (35, soit 78 %) contre 10 femmes seulement (tableau 7). Ces dernières sont principalement des DHCEU puisque l'on en retrouve peu dans le groupe des boursiers (7 contre 3). D'autre part, les hommes se répartissent à peu près également entre les deux groupes étudiés, soit 17 chez les DHCEU et 18 chez les boursiers. On observe également une proportion semblable d'hommes qui sont soit demeurés (6 DHCEU et 7 boursiers), soit partis (11), quel que soit le programme concerné.

Tableau 7 : Distribution selon le sexe, le programme (DHCEU/boursiers) et le statut de rétention (partis/demeurés)

Sexe	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Hommes	11	6	11	7	35
Femmes	4	3	–	3	10
Total	15	9	11	10	45

3.1.2 L'origine continentale

Dans l'ensemble, presque la moitié des répondant DHCEU proviennent d'Europe (11 sur 24) (tableau 8). Par ailleurs, il est intéressant de noter que presque toutes les femmes médecins de ce groupe, sauf deux, sont d'origine européenne. Suivent dans une proportion semblable les médecins originaires d'Amérique du Sud et Antilles ainsi que d'Asie (5 chacun). Le Moyen-Orient compte pour une minime part.

Nous l'avons vu dans la section 2 sur la méthodologie, les médecins boursiers d'origine québécoise comptent pour un peu moins que la moitié des répondants (21 sur 45). Remarquons déjà qu'un peu plus de la moitié des médecins originaires de l'Amérique du Sud et Antilles ainsi que d'Europe vont demeurer en région, s'apparentant ainsi à leurs collègues d'origine québécoise. Nous verrons plus loin les raisons évoquées pour justifier cette rétention.

Tableau 8 : Origine continentale des répondants selon le programme et le statut de la rétention

Origine continentale	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Amérique du Sud et Antilles	2	3	NAP*	NAP	5
Asie	5	-	NAP	NAP	5
Europe	5	6	NAP	NAP	11
Moyen-Orient	3	-	NAP	NAP	3
Québec	NAP	NAP	11	10	21
Total	15	9	11	10	45

*NAP : ne s'applique pas.

3.1.3 L'origine urbaine et rurale

Nous avons examiné la provenance d'un milieu urbain ou rural du médecin, dans la mesure où cette variable nous permet de cerner préalablement le degré de familiarité du répondant avec le milieu de vie des régions éloignées. On constate sans surprise que la majorité des médecins sont originaires d'un milieu urbain, c'est-à-dire qu'ils y sont nés et y ont toujours vécu jusqu'à l'installation en région. Seul un tiers des répondants sont originaires du milieu rural.

Tant les médecins DHCEU que les boursiers originaires du milieu urbain ont tendance, pour deux tiers d'eux, à retourner en ville au terme de leur contrat. Alors que les DHCEU originaires du milieu rural quittent la région dans la même proportion qu'ils y restent au terme de leur contrat (3 contre 3), les boursiers d'origine rurale choisissent de rester dans une plus grande proportion (deux tiers, soit 6 sur 9). Cela semble concorder avec les résultats d'une recherche réalisée au Québec sur cet aspect (Gouin et Roy, 1996)³⁰.

Tableau 9 : Origine urbaine/rurale des répondants selon le programme et le statut de la rétention

Origine urbaine/rurale	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Origine urbaine ¹	12	6	8	4	30
Origine rurale ²	3	3	3	6	15
Total	15	9	11	10	45

Notes :

1. Originaire de milieu urbain et y ayant toujours vécu jusqu'à l'installation en région.
2. Originaire d'un milieu rural (ou semi-urbain, petite ville) et y ayant vécu un certain temps ou originaire d'un milieu urbain mais ayant vécu un certain temps en milieu rural (en dehors de la pratique médicale dans le cas des DHCEU).

³⁰ Les auteurs concluent qu'« il semble bien qu'il existe une règle qui veut que l'on tende à revenir s'établir dans le même type de région que celle d'où l'on vient » (p. 20).

3.1.4 Temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique médicale en région³¹

Un premier tableau général montre que pour près des trois quarts des médecins DHCEU interrogés (17 cas), le temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région est très long, s'étirant au-delà de cinq ans (tableau 10a). Le délai d'attente pour ces derniers est en moyenne de huit ans. Pour les autres médecins qui ont connu une attente plus courte, soit pour un peu plus du quart (7 cas), le délai est en moyenne de quatre ans.

Tableau 10a : Temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région

Médecins DHCEU	Cinq ans et moins	Six ans et plus	Total
	7	17	24

Un deuxième tableau plus détaillé vient préciser davantage les délais (tableau 10b). On constate que personne n'a pu accéder à la pratique médicale avant un délai minimal de trois ans. Rares sont ceux qui ont connu ce délai le plus court (2 cas). Quant au groupe des médecins ayant dû attendre plus de cinq ans, il se subdivise en deux sous-groupes. Le premier est constitué de 12 cas ayant connu un délai de six à huit ans. Le deuxième comporte cinq cas dont le délai moyen s'élève à **dix ans et demie**, variant entre neuf ans et — à l'extrême — quatorze ans!

Tableau 10b : Temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région

Médecins DHCEU	Cinq ans et moins		Six ans et plus	
	3 à 5 ans	6 à 8 ans	9 à 14 ans	
	7	12	5	
Sous Total	7	17		
Total	24			

Quand on compare l'âge moyen de tous ces médecins à leur arrivée, soit 31,5 ans (variant entre 23 ans et 46 ans) et que l'on constate leur âge moyen lorsqu'ils accèdent à la pratique médicale au Québec, soit 39 ans (variant entre 29 ans et 55 ans), on mesure à quel point ce temps écoulé a pu être important et significatif dans leur trajectoire de vie. Disons simplement que les deux tiers de ceux dans la vingtaine à leur arrivée commencent à pratiquer dans la trentaine alors que la quasi-totalité de ceux dans la trentaine (hormis un cas) reprennent leur carrière dans la quarantaine, parfois même avancée³². Le cas extrême est un médecin arrivé à la fin de la vingtaine et qui a accédé à

³¹ Ceci concerne que les médecins DHCEU. Le début de la pratique en région coïncide avec l'obtention du permis de pratique au terme d'un examen réussi au Collège des médecins après généralement deux années de résidence en médecine familiale (à partir de la fin des années 80).

³² Deux cas arrivent dans la quarantaine et doivent attendre jusqu'à la cinquantaine pour pratiquer.

la profession à 43 ans! Ces médecins nous ont avoué « tenir le coup » à force de persévérance, de stratégies multiples pour rester en contact avec le milieu médical (bénévolat dans des centres hospitaliers, recherche biomédicale...), tel que nous le verrons dans la prochaine section³³.

Pourquoi tant d'écart dans les délais entre les divers sous-groupes du tableau 10b? Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer ces disparités dans le cadre de cette recherche. Cependant, certains facteurs tels que les variations dans les politiques étatiques d'intégration des médecins formés à l'étranger, les positions de la corporation professionnelle médicale ou des fédérations (générale et spécialisée), le degré de compréhension du français du médecin... peuvent être avancés comme éléments explicatifs partiels.

3.2 Parcours avant l'exercice de la profession en région québécoise

3.2.1 Formation médicale de base ou spécialisée

La question de la formation médicale a été brièvement abordée lors des entretiens, notamment dans la perspective d'obtenir l'appréciation du répondant sur sa qualité et sa pertinence pour une pratique médicale ultérieure en région. Bien sûr, cette formation varie en fonction des époques et des pays d'origine, de sorte qu'il faut demeurer prudent quant aux interprétations à y donner. Plusieurs répondants mentionnent d'ailleurs que des changements avaient été apportés, depuis, à cette formation. Même si nous n'avons pu obtenir une réponse de tous les médecins à cet égard, deux grandes tendances se dégagent selon le groupe d'appartenance (boursiers et DHCEU).

D'une part, la **formation de base** est généralement considérée « satisfaisante » par les boursiers et les préparant bien à leur future profession. Quelques-uns déplorent toutefois son caractère trop technique et pas assez « empathique par rapport aux patients » ou encore le rythme de vie « de fou » généré par les études exigeantes et les gardes fréquentes. Certains mentionnent ne pas avoir été suffisamment préparés pour une pratique médicale régionale, ce que nous verrons ultérieurement (4.1.1.1. Évaluation de la formation en résidence).

D'autre part, les propos des DHCEU concernant leur formation à l'étranger sont intéressants. Malgré la diversité des époques et des pays concernés, les médecins ont apporté quelques éléments de comparaison avec la formation qu'ils ont par la suite suivie ici. Plusieurs mentionnent, avec des commentaires très nuancés, le caractère plus

³³ Un addenda à la fin du rapport vient davantage documenter les stratégies utilisées par les médecins actuellement en attente pour ne pas perdre leurs savoirs et expertises pendant ce long laps de temps d'attente et continuer à se perfectionner (voir Addenda).

théorique et global de leur formation à l'étranger, avec toutefois certaines lacunes sur les plans de la pratique et de l'exposition au patient. En ce sens, ils considèrent la formation reçue ici comme un bon complément pratique dans leur formation et une occasion de se familiariser avec les nouvelles technologies qu'ils n'avaient pas nécessairement connues dans le pays d'origine. En outre, certains n'hésitent pas à affirmer que leur solide formation théorique constitue un avantage, tel que l'exprime l'un d'eux : « Je crois que ma formation théorique était très bonne. Et ça, cela a toujours été un atout pour moi. Même encore maintenant. » (DHCEU, resté).

Parmi l'ensemble de ces médecins formés à l'étranger, un peu plus du tiers (9) avaient entrepris dans leur pays d'origine des études dans une **spécialité** : gastro-entérologie, urologie, neurologie, pédiatrie, chirurgie, médecine tropicale, ophtalmologie... La plupart ont complété leur spécialité dans leurs pays respectifs. Seulement trois d'entre eux ont vu leur formation de spécialiste interrompue par leur immigration au Québec. Malgré leurs efforts ultérieurs pour soit continuer à pratiquer leur spécialité au Québec, soit terminer leurs études dans la spécialité commencée, aucun de ces neuf médecins n'a pu poursuivre sa carrière de spécialiste au Québec, faute de permis. Tous ont dû accepter de se réorienter en médecine familiale, devant alors faire le sacrifice de leur spécialité. Le témoignage suivant est révélateur de l'état d'esprit général de ces médecins :

Pour moi, cela a été difficile [de faire reconnaître mon diplôme de pédiatre]. Parce que, comme je vous l'ai dit, j'avais fait des études universitaires en pédiatrie. J'avais déjà 15 ans de pratique en pédiatrie [dans mon pays]. Donc, aller faire de la médecine générale, c'était comme recommencer de zéro. (DHCEU resté)

Force est de constater que les expertises et savoirs particuliers des médecins immigrants spécialistes sont sous-utilisés au Québec, et ce, même s'il y a pénurie de certaines de ces spécialités en régions éloignées. Cela renvoie aux questions cruciales de la reconnaissance des acquis et de la déqualification des professionnels immigrants dont nous reparlerons plus loin³⁴.

3.2.2 Pratique médicale à l'étranger

Les trois quarts des DHCEU ont pratiqué la médecine dans leur pays d'origine tel qu'illustré dans le tableau 11. Seule une minorité de médecins (6 cas) n'avaient jamais pratiqué, principalement parce qu'ils ont immigré dès la fin de leurs études médicales.

³⁴ Voir l'avis du Conseil supérieur de l'éducation, *La reconnaissance des acquis, une responsabilité politique et sociale*, (2000) notamment le chapitre cinq sur les immigrants. Voir aussi le « dossier employabilité » dans Anne Martin (dir.) *Journal Le Jumelé*, Montréal (automne 2003), où l'on parle notamment du « décalage » entre le marché de travail québécois et la politique d'immigration.

Tableau 11 : Pratique médicale à l'étranger des médecins DHCEU

Pratique médicale à l'étranger?	DHCEU partis	DHCEU demeurés	Total
Oui	10	8	18
Non	5	1	6
Total	15	9	24

Les données ne permettent pas d'établir avec précision le nombre d'années de pratique médicale dans le pays d'origine. Ce nombre varie selon l'âge des répondants et s'avère important dans le cas des plus vieux, soit au-delà d'une quinzaine d'années d'expérience. Cette expérience se révélera, pour plusieurs, directement pertinente pour leur travail en régions éloignées au Québec. En effet, ces médecins ont expérimenté dans leur propre pays d'origine une pratique souvent régionale où les besoins étaient énormes et les moyens négligeables. Nous le verrons plus en détail au chapitre (4) suivant.

3.2.3 Motifs de l'émigration et du choix du Québec comme société d'accueil

Pour les trois quarts des médecins interrogés, des considérations politiques, parfois couplées à des considérations économiques, ont motivé leur départ du pays d'origine. Fuir un régime politique avec lequel on est en désaccord, un climat instable et de violence, une situation économique incertaine... sont les principaux motifs invoqués. À noter que deux de nos répondants sont réfugiés de l'Asie du sud-ouest et sont arrivés, au début des années 80, avec les « boat people » dénommés souvent les réfugiés de la mer. Un autre est réfugié de l'Europe de l'Est. Une minorité (6) seulement est venu au Québec pour d'autres considérations, à savoir rejoindre un conjoint qui y est né ou qui y a une bourse d'études. Le tableau suivant donne un aperçu des statuts d'immigration à leur arrivée.

Tableau 12 : Statuts d'immigration à l'arrivée

Statuts d'immigration à l'arrivée	DHCEU partis	DHCEU demeurés	Total
Indépendant	6	4	10
Parrainé	5	4	9
Réfugié	2	1	3
Autres	2	--	2
Total	15	9	24

Les immigrants parrainés le sont généralement par des membres de la famille immédiate ou de la parenté ou encore, dans certains cas, par un conjoint. Certains ont d'abord transité par quelques pays, principalement européens. S'ils ont finalement choisi le Québec, c'est avant tout pour son caractère francophone et européen (par

opposition aux États-Unis), son climat de liberté et de sécurité pour les enfants et ses meilleures possibilités d'avenir surtout pour leurs descendants. La présence de famille ou de parenté a, dans quelques cas, aidé à prendre la décision finale en faveur du Québec.

3.2.4 Connaissance des conditions requises à l'exercice de la profession au Québec

3.2.4.1 Une connaissance superficielle et partielle

Près des deux tiers des médecins interrogés (15 cas) affirment qu'ils étaient au courant, dès le départ, que certaines conditions d'accès à la profession étaient exigées à l'égard des médecins formés à l'étranger. Ainsi, la plupart d'entre eux savaient qu'il y avait des démarches à faire pour obtenir les équivalences de diplôme, mais sans plus. Ils ignoraient la complexité et la longueur des procédures, comme en témoignent ces deux médecins :

Ces renseignements ne sont jamais complets [...]. Les exigences au point de vue des examens, de passer les examens oui, on savait qu'il y a des exigences comme ça. Mais peut-être pas toutes les procédures comme telle. Parce que toutes les procédures étaient très compliquées... Première étape, c'était de passer les examens d'équivalence du Conseil médical du Canada. Et on a pensé que c'était l'étape la plus importante, mais en réalité ce n'était pas tout à fait cela [...] C'était la première heure, les premiers pas comme tel. Par la suite, de recevoir la place de résidence [...] ou d'internat rotatoire, ça été pas mal difficile. Il y avait des listes d'attente [...], les places étaient très limitées à ce moment-là. Alors même si on calculait de façon très optimiste, il a fallu attendre cinq, six ans de plus et l'examen avait sa validité pendant cinq ans [sinon il fallait repasser les examens du Conseil médical une deuxième fois] (Arrivé au début des années 1980, a dû attendre huit ans avant de pouvoir pratiquer).

Je savais juste qu'il y avait un examen d'évaluation qu'on passe, puis qu'après cela on commence la résidence. Mais, je ne savais pas qu'il y avait des examens concours, que les places sont limitées [...]. Dans la période où je faisais l'examen, il y avait juste dix places. Et quand j'ai réussi mon examen, on était 150 ou 180 à faire l'examen. Donc, la compétition était forte et je suis plus convaincue que ce n'était pas moi la meilleure que les autres [même si je l'ai eu]. (Arrivée fin des années 1980, a dû attendre huit ans avant de pouvoir pratiquer).

Ce dernier propos illustre bien la situation d'autres collègues qui ont étudié pendant plusieurs mois pour se préparer à l'examen, qui l'ont réussi et qui n'ont pu débiter leur résidence, faute de places disponibles. Ces autres médecins qui, dans l'ensemble, ne pratiquent toujours pas après plusieurs années d'efforts, sont omniprésents dans les

propos des répondants qui se considèrent comme de « rares élus », des « chanceux » parmi ce bassin de médecins potentiels³⁵.

3.2.4.2 Des examens et des stages d'accueil, d'internat rotatoire ou de résidence légitimes

Tous les médecins interrogés sont conscients qu'il leur faudra « bûcher », pour employer le terme de l'un d'eux, afin d'obtenir leur permis d'exercice au Québec. Ils trouvent légitime de devoir passer des examens d'équivalence et de faire des stages ou des années de résidence afin de se familiariser avec la médecine nord-américaine. Les témoignages suivants sont révélateurs à cet égard :

Je n'avais pas de problème avec ça [l'internat rotatoire]. Je trouve même, c'est bien approprié parce que si vous étudiez ailleurs et que vous arrivez dans un contexte comme l'Amérique du Nord [...]. [Il faut] donc s'ajuster au moins pour une période d'un an ou deux ans [...]. Moi, je ne les blâme pas de nous faire cette formation. Parce que c'est un « plus » que moins ça. Cela nous apprend à nous adapter à la situation canadienne.

Je suis d'accord que le stage [stage d'accueil de six mois] est absolument nécessaire. Il me semble qu'il y a beaucoup de choses à apprendre sur le dossier médical canadien, le système, comment ça fonctionne [...]. [Ceci] pour répondre, dans le cadre de tes activités, de façon adéquate. Pour que tu aies le même point de vue, pour que tu puisses dialoguer de façon correcte, avec le même langage, avec tes collègues [...]. Il faut le stage. Ça ne se fait pas dans deux mois. Il faut au moins douze mois. Bon, on fait deux ans [de résidence]. C'est pas nous qui décidons [...]. Tu dois comprendre aussi que le pays doit se défendre, doit vérifier, doit s'assurer...

Nous verrons plus loin leur évaluation de cette formation en regard de la pratique médicale en région (4.1.1. La préparation).

3.2.4.3 L'attitude protectionniste et rigide de la corporation professionnelle médicale et de l'État

Même si la plupart des répondants reconnaissent la pertinence de ce processus d'évaluation, certains déplorent l'attitude trop protectionniste de la corporation professionnelle concernée ou de l'État³⁶, et ce, dès le projet d'immigration esquissé :

³⁵ Par conséquent, nous avons estimé essentiel d'explorer cette réalité, insoupçonnée au départ, auprès de médecins formant actuellement ce bassin de médecins immigrants potentiels. Grâce à la collaboration d'organismes ayant accueilli ces médecins immigrants, nous avons réalisé en novembre 2003 deux « groupes de discussion » (focus group), l'un à Québec et l'autre à Montréal. Les résultats sont présentés dans un addenda à la fin du rapport. On constatera à la fois la persévérance, la disponibilité et le dénuement de ces médecins qui, pour pouvoir survivre doivent souvent occuper des emplois sous-qualifiés dans le travail agricole, la distribution de circulaires, le gardiennage etc. Le contexte récent d'ouverture de l'État à leur égard leur redonne toutefois de l'espoir. (Voir addenda : Et maintenant? Réalité de médecins immigrants dont l'accès à la pratique médicale n'est pas encore garanti).

³⁶ Pour la position du Conseil médical du Québec, voir ses deux avis (1994, 1995). On peut également consulter leur site Internet : <http://www.cmed.gouv.qc.ca/fr/> Actuellement, un processus de collaboration est à s'installer entre les divers partenaires dans ce dossier pour favoriser l'intégration des médecins immigrants au Québec, notamment

On m'a dit « retournez dans votre pays, parce que vous n'allez pas être capable de rentrer dans le système de santé du Québec [...] ». On m'a dit tout le cheminement à faire. C'était l'enfer ! Je me suis dit que je pouvais le faire. Et je l'ai fait. C'était tout un défi [...]. Le gouvernement a pris trop de temps à penser qu'il avait d'énormes ressources humaines ici extrêmement qualifiées. Et on a plutôt regardé avec notre optique protectionniste, et on a fait de la porte, on a des amis sur les petits couloirs pour entrer dans le système de santé. Mais je commence à voir que le gouvernement change la situation [...] et commence à ouvrir un peu plus [...]. Saskatchewan, 60 % de ses médecins [sont] gradués à l'étranger. Le Québec, il y a 12 %. C'est la province qui a le moins de médecins gradués à l'extérieur. J'espère que ça va changer !

Je suis allé au Collège des médecins, puis j'ai pris les renseignements, puis ils m'ont dit que c'est difficile et tout ça. Ils m'ont presque découragé [...]. Ils m'ont dit il y a assez de personnes, ça ne vaut pas la peine. Vous êtes bien [dans votre pays], pourquoi vous voulez venir ici? [...]. Ils m'ont dit que même si vous passez les examens, il n'y a pas de place. Il n'y a pas de garantie. Il fallait faire la queue. Il y avait une longue liste d'attente. Et évidemment, j'ai découvert cela ici.

On entendait les politiciens se chicaner, puis qu'eux autres ils ne veulent pas [nous accepter en médecine]. Ça c'est dommage pour les immigrants. Parce que c'est quatre années de perte de vie professionnelle. Ce n'est pas une vie ordinaire.

3.2.4.4 Désavantages et précarité accrus des femmes et des réfugiés médecins

La situation des femmes médecins formées à l'étranger semble encore plus difficile, certaines devant cacher leurs qualifications afin de pouvoir venir rejoindre leurs conjoints qui les parrainent, comme l'atteste l'une d'elle :

En fait, ils nous ont fait signer un papier, qu'ils n'ont pas besoin de médecin au Canada, et que nous, une fois arrivés ici, on ne va jamais demander de travailler comme médecin. Et même, sur le papier d'immigration, mon mari avait marqué que je suis femme au foyer, pour être acceptée. (Parrainée par son mari)

Une autre femme médecin se bute à un premier contact « réfrigérant » du Collège des médecins, qui l'invita à se recycler dans un autre emploi :

J'ai demandé des renseignements au niveau du Collège [...]. Puis, les premiers contacts que j'ai eu moi avec le Collège des médecins du Québec, c'était réfrigérant [...]. Il me disait « on ne veut pas, on n'a pas besoin de vous, il y a assez de médecins au Québec. De toutes façons, ça prend au moins dix ans avant que vous ayez des stages. Vous êtes mieux de regarder pour autres choses. » J'avais des lettres écrites et qui me disaient cela [...]. Dix ans, c'était inacceptable pour moi ! (Parrainée par son mari)

La situation des réfugiés est encore plus pénible, ces derniers ayant dû quitter leurs pays dans des circonstances dramatiques et d'urgence, n'apprennent qu'une fois arrivés ici qu'il leur sera difficile de pratiquer leur profession. L'un deux déclare :

Nous étions dans une île. Puis, le Québec vient nous donner des entrevues pour nous accepter. Alors je ne connais pas [les exigences...]. Je ne suis pas favorisé comme les autres amis qui viennent des pays qui ne sont pas en guerre. (Arrivé au Québec à la fin des années 1970 comme réfugié, délai de dix ans avant de pouvoir pratiquer)

3.2.4.5 Les États-Unis comme solution de remplacement en cas de refus

Devant toutes ces difficultés, souvent inattendues, bon nombre de médecins envisagent d'aller pratiquer aux États-Unis et vont même passer leurs examens d'équivalence américains :

J'ai fait aussi les examens américains, en même temps que j'ai fait [ceux] d'ici. Parce que si je ne trouvais rien ici, je m'en allais aux États-Unis pour faire une résidence. Mais là, j'ai trouvé ici. (Arrivé au Québec à la fin des années 1980, externat et résidence de 1992 à 1995, délai d'attente de 8 ans)

Ce n'était pas clair à l'ambassade, ils ne savaient pas grand-chose. Il n'y avait pas d'informations, non à l'époque il n'y en avait pas. Vas-y et tu vas voir sur place! Donc, on a passé l'examen américain, parce que là-bas, c'était beaucoup plus facile aux États-Unis qu'ici. (Arrivé au Québec début des années 1980, délai d'attente de 4 ans)

Je me suis dit que si ça ne fonctionne pas ici, les États-Unis, c'est presque assuré, une fois les examens passés. Donc, j'ai travaillé sur les deux fronts [...] J'ai donc réussi mes examens américains et j'ai fait une application [...]. J'ai été accepté là [...]. Donc, j'avais le choix, soit abandonner ici, ne sachant pas si j'allais être accepté pour faire ma médecine, soit aller aux États-Unis. C'est la pression familiale finalement qui l'a emporté [...] car il y avait 90 % de chances que je me ramasse au États-Unis. (Arrivé début des années 1980, délai d'attente de quatre ans; avait de la famille au Québec à son arrivée)

3.2.5 Itinéraire entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région

3.2.5.1 Emplois sous-qualifiés pour survivre

Nombreux sont les médecins formés à l'étranger qui ont des enfants à leur arrivée. Leurs responsabilités familiales leur dictent de trouver rapidement des emplois pour pouvoir nourrir et éduquer convenablement leurs enfants. Parce qu'ils sont particulièrement préoccupés d'assurer un bel avenir à leur famille, ils sont prêts à accepter n'importe quoi comme travail, comme l'indiquent ces deux médecins :

Quand je suis arrivé ici, j'ai dit au comité des réfugiés là qu'on ferait n'importe quoi. Je ne demande pas à redevenir médecin, pourvu que je puisse travailler honnêtement pour élever mes enfants comme il faut. J'ai

travaillé à n'importe quoi. J'ai bossé dans un restaurant, dans un hôtel, préparateur dans un laboratoire, préposé dans un hôpital. N'importe quoi pour gagner ma vie. Il faut travailler [...]! Je devais investir tous mes espoirs pour les enfants. (Arrivé fin années 1980, délai de dix ans avant d'avoir le permis de pratique)

Pour moi, à l'arrivée ici [...] je travaille pour vivre, pour la famille. J'ai quitté mon pays avec ma femme et mes deux enfants. Et j'ai dû travailler dans l'entretien, la maintenance. Avoir l'argent pour vivre jusqu'à ce que le gouvernement m'appelle pour dire que j'ai une place [en résidence] au Québec. (Arrivé début années 1980, délai de sept ans avant d'avoir le permis de pratique)

Ainsi, les emplois occupés par ces médecins sont variés et ne correspondent nullement à leurs compétences : emplois manuels diversifiés, travail dans les manufactures, travail d'entretien, gardiens d'édifices, employés dans les cuisines de restaurants, préposés aux bénéficiaires dans des hôpitaux, ambulanciers... Ils doivent cacher leur diplôme de médecin pour pouvoir accéder à ces emplois de survie. Ici encore, les réfugiés sont défavorisés, n'ayant aucune réserve financière leur permettant, par exemple, d'entreprendre des études connexes. Occuper de tels emplois n'est pas sans provoquer des frustrations, ce qu'exprime clairement ce médecin :

C'était frustrant parce que nous sommes formés en médecine et c'est décourageant de travailler dans un autre domaine [...]. [Dans l'attente de l'internat rotatoire], on travaille. On essaie, on vivote. J'avais une petite famille à ce moment-là. Il faut vivre, survivre. Mais pour survivre, vous faites n'importe quoi [...]! On fait de tout. Ce n'est pas plaisant mais c'est pour survivre [...]. J'ai travaillé dans la cuisine d'un hôpital pendant trois, quatre ans. Un médecin qui passe la *moppe*, c'est ça [...]. J'ai parfois perdu espoir. (Arrivé début années 1980, délai de neuf ans avant d'avoir le permis de pratique)

Leur principale inquiétude est de rester trop longtemps éloignés de la médecine et de perdre leurs compétences et savoirs à force de ne plus pratiquer. Pour contrer ce danger, plusieurs tenteront de travailler ou d'étudier dans un domaine connexe à la médecine pendant leur longue période d'attente.

3.2.5.2 Stratégies pour rester en contact avec la médecine : stages de recherche ou études

Tous tentent de garder un lien avec le milieu médical. Plus de la moitié (14 cas) d'entre eux y arrivent soit en entreprenant des études de maîtrise dans des domaines connexes (physiothérapie, biologie, nutrition, biochimie, sciences médicales, épidémiologie, pharmacie, etc.), soit en accédant à des stages de recherche médicale dans des laboratoires, centres ou instituts de recherches affiliés aux universités. Deux mentionnent avoir publié plusieurs articles scientifiques dans des domaines tout à fait novateurs, en solo ou avec leurs superviseurs. Ils en profitent pour se tenir au courant

des nouvelles découvertes dans le domaine médical, assister à des conférences, lire des revues médicales, etc. Les témoignages suivants expriment bien leur préoccupation de rester en contact avec la médecine :

J'ai eu une chance folle [...]. J'ai d'abord eu un contrat dans un centre de recherche comme agent de recherche [...] pour aider les médecins. [Le directeur du centre] m'a dit de faire une maîtrise en même temps [...]. C'est pas que c'était une fortune là, mais disons que cela permettait de vivre. J'ai eu une chance folle parce que j'étais vraiment en contact avec le milieu. Je travaillais sans droit de pratique. Ce n'est pas moi qui signait. Mais j'étais en contact. J'étais comme un stagiaire qui regarde à l'urgence. (Arrivé milieu années 1980, délai de huit ans avant d'avoir son permis)

J'ai cherché n'importe quoi, j'ai pas trouvé [d'emploi]. Parce qu'il y a un problème : trop scolarisé. Je voulais être préposé aux patients : non impossible. Alors moi, j'ai travaillé un peu dans l'expertise médicale. Puis, pour moi, ça été très bénéfique [...] d'y faire des études de dossiers et tout ça [...]. Ils m'ont utilisé, j'y ai travaillé je pense deux ans et demie [...]. Je leur suis très reconnaissant. En même temps, j'ai pu connaître un peu le système à travers les dossiers [...] et la spécificité profonde de la pratique médicale québécoise. (Arrivé milieu années 1980, délai de sept ans avant d'avoir son permis.)

Je travaillais pendant ce temps-là dans un centre de recherche. J'étais toujours assez proche de la médecine. J'étais toujours en contact avec les médecins [...]. Ça au point de vue professionnel, au moins, j'étais dans le milieu! Je côtoyais mes collègues toujours! Je pouvais assister à toutes les conférences qui étaient au niveau universitaire. Alors, ça a fait naturellement un point très important pour moi [pour ma satisfaction professionnelle]. Même si, au point de vue financier, si je faisais par exemple chauffeur de taxi, ou livreur de pizza, peut-être que je pourrais gagner beaucoup plus que ça [...]. Parce que, finalement, c'était pratiquement l'équivalent ou même parfois moins que du bien-être social. Mais ça été au point de vue professionnel non comparable. (Arrivé au milieu des années 1980, délai de huit ans avant d'avoir son permis)

J'ai commencé des petites jobines de garde d'enfant [et de personnes âgées] [...]. Puis, j'ai appliqué pour un poste en recherche. Puis, j'ai été acceptée. J'avais une bourse de 10 000 \$. J'y ai travaillé deux ans et demie, jusqu'à obtenir mon internat. Je suis restée dans le milieu [médical]. Puis, cela m'a beaucoup aidée parce que c'était une recherche de base [...]. Puis cela a beaucoup amélioré mon curriculum vitæ, parce que j'avais eu des publications avec mon superviseur [et des lettres de références]. J'étais contente. C'était même pas pour des gros salaires, mais le plan que je trouve que c'était bien fait pour rester dans le domaine médical. (Arrivée début des années 1980, délai de quatre ans pour avoir son permis)

Je faisais de la recherche [...]. J'étais très chanceux de tomber sur de très bon cas ici. En plus, j'avais une expertise dans un domaine qui est complètement inconnu ici. Il n'y a personne au Canada qui faisait cette job-là [...]. J'ai pas vendu de la pizza comme les autres [médecins étrangers]! (Arrivé milieu des années 1980, délai de quatre ans pour avoir son permis.)

Ces témoignages permettent d'entrevoir la situation économique difficile et précaire de ces médecins en attente. Ils démontrent également les diverses stratégies de survie adoptées pendant ce long délai. Mais, quelle évaluation font-ils de cette période d'attente?

3.2.5.3 Évaluation de la période d'attente

Les propos des sections précédentes nous ont déjà donné un bref aperçu de quelques difficultés éprouvées par les médecins formés à l'étranger ainsi que de leur jugement sur cette période d'attente qualifiée par plusieurs de « difficile ». Il vaut la peine de s'y attarder.

A. Les principales difficultés : isolement, précarité et fermeture

Quatre types de difficultés ont été mentionnés. Le premier type concerne le profil de quelques médecins, à savoir l'âge avancé de certains à leur arrivée — la quarantaine — ainsi que leur méconnaissance de la langue française. D'une part cela occasionne, plus de difficultés d'adaptation en raison d'un plus long apprentissage de la langue officielle au Québec. D'autre part, les plus âgés, souvent des réfugiés, ont le sentiment d'avoir été mis de côté plus rapidement et d'avoir subi une attente plus longue au profit de médecins plus jeunes.

Les trois autres types de difficultés soulignés par la plupart des médecins interrogés sont : 1) le manque de support pour les aider à préparer les examens d'équivalence; 2) la perte de leur identité professionnelle couplée à une situation économique précaire; 3) l'impolitesse et la fermeture de la Corporation professionnelle médicale.

Le stress occasionné par la préparation des examens est, à maintes reprises, signalé. Ce stress est directement lié à l'absence de « guide » ou de « soutien » pour les aider à préparer adéquatement ces examens. Personne ne pouvait les informer sur les livres de base à consulter ou sur le type d'examen à passer. Ils devaient se débrouiller seuls et se préparer intuitivement. Ils se sont sentis isolés et mal encadrés. Plusieurs ont eu la surprise de l'examen « à choix multiple », procédure qu'ils ne connaissaient pas et que plusieurs estiment inadéquate pour mettre en valeur leurs connaissances réelles.

La perte de leur identité professionnelle pendant cette période d'attente traverse également tous les entretiens. Eux qui, dans le pays d'origine, avaient un statut professionnel de prestige et socialement reconnu, doivent vivre soudainement une perte d'autonomie financière — notamment chez les parrainés et les réfugiés —, une précarité économique ainsi qu'une déqualification importante. Tout cela finit par atteindre leur dignité. Les quatre témoignages suivants sont révélateurs de leur profond désarroi :

Ça été très difficile [...]. Je ne savais pas comment ça se passe l'examen ici [...]. On était très isolé, très très isolés. Et ça été très difficile, parce que d'un côté, c'était comme toute une remise en question de ta valeur comme personne, comme professionnelle, ta valeur humaine. En fait, mon mari disait un moment donné qu'on s'est senti comme dispersé en mille morceaux. Il fallait tous les recoller pour redevenir quelqu'un. Et ça, ça été très difficile! (Arrivée fin des années 1980, délai de huit ans pour avoir son permis)

Ça n'a pas été facile parce qu'avec tous ces trucs-là, les années passent, et puis quelle sensation ça te donne. Vous dites « mon Dieu, si le temps passe comme ça, je ne suis plus médecin ». Et la médecine évolue à pas de géant [...]. J'ai commencé comme préposé [aux bénéficiaires]. Donc là, personne ne savait que j'étais médecin [...] J'étudiais en cachette [...]. C'était dur [...] tu étais un moins que rien [...]. Je ne dors pas tranquille. Des années terribles. Parce que des fois, je pleure. Des fois, la nuit, je ne sais pas quel livre ouvrir. Le matin comment je vais me présenter. Quand est-ce qu'ils vont me mettre dehors? J'ai vécu tout cela... (Arrivé fin des années 1970, délai de 14 ans pour avoir son permis)

J'étais médecin en chef de plusieurs hôpitaux [...]. J'avais une position stable, honorable dans la société. Et quand on arrive ici, on est sans le sou. On est rien, rien, rien. C'est frustrant. Mais il faut accepter. (Arrivé fin des années 1970 comme réfugié, délai de dix ans pour avoir son permis)

C'est ma femme qui m'a soutenu [financièrement]. C'était extrêmement dur, spécialement que dans mon pays j'étais spécialiste. J'avais une qualité de vie qui était quand même enviable. Maintenant, la comparaison avec le Québec, c'était difficile à faire [...]. Sur une pyramide sociale, j'étais pas mal vers la pointe. [Par contre, au Québec], tu étais carrément dépersonnalisé [...]. Donc, c'était extrêmement difficile de [...] repartir à zéro [...]. Quand même, c'était une perte de statut social. (Arrivé début des années 1990, délai de six ans pour avoir son permis)

Le cas des spécialistes paraît plus dramatique ici, ces derniers devant faire le deuil de leur spécialité, même si, pour certains, ils s'étaient fait offrir des emplois dans leur spécialité. Une spécialiste dans la quarantaine relève une situation discriminatoire à son égard, les autorités lui ayant dit « qu'ils préféreraient avoir des gens plus jeunes qui pourraient travailler plus longtemps » dans sa spécialité fort contingentée. Il en résulte un sentiment de gaspillage de son expertise malgré sa satisfaction d'être finalement acceptée en médecine familiale.

Enfin, le manque de civilité et la fermeture de la corporation professionnelle médicale sont fréquemment déplorés. Cela les oblige à déployer beaucoup d'énergie pour faire reconnaître leurs droits comme l'illustrent ces propos :

Au niveau du Collège des médecins du Québec, bien ils nous ont mis en liste d'attente [...]. On nous disait : « on ne sait pas trop. Il y en a qui attendent quatre, cinq ans. Il y en a qui vont jusqu'à dix ans avant d'avoir des stages [de résidence] » [...]. Je trouvais cela incroyable! Je me disais s'il y en a qui attendent quatre ans et d'autres dix ans, ça veut dire qu'il doit y

avoir des pressions qui se font [en cachette]. Et puis, c'est pas un processus clair là où il y a vraiment des critères objectifs qui sont pris [...]. Et nous, on a fait des pressions à ce moment-là pour dire que c'était inacceptable [...]. Il y avait une association [de médecins immigrants...]. Puis moi, j'étais solidaire de cela parce que je trouvais qu'il valait mieux dire à quelqu'un « tu ne rentres pas », que finalement dire « on ne sait pas quand tu rentreras ». Finalement, après ces pressions-là, cela a donné des fruits, c'est-à-dire qu'ils ont pris tout le monde en attente [...] dans les quatre prochaines années. (Arrivé milieu des années 1980, délai de sept ans avant d'avoir son permis)

C'était difficile. On ne s'adapte jamais. En arrivant, c'était comme un choc culturel. C'était [de] tout changer. Tout apprendre. [Le plus difficile] fut de regagner mes droits d'être médecin [...]. C'était difficile de trouver des jobs ici et là et un cadre aidant [...]. J'ai été dans le groupe [de médecins formés à l'étranger] qui a fait une grève pour avoir des places [...] et aller pratiquer en région [...]. C'était beaucoup d'attente. Une longue période! (Arrivé milieu des années 1980, délai de dix ans avant d'avoir son permis)

Le Collège des médecins du Québec, qui a été mon premier téléphone, était extrêmement sec et extrêmement impoli. Ils m'ont répondu : « Le Québec n'a pas besoin de médecin ». On m'a carrément claqué le téléphone. C'était extrêmement désagréable. C'était carrément décourageant. (Arrivé début des années 1990, délai de six ans pour avoir son permis)

Cette perte de statut professionnel et social ainsi que le manque de courtoisie et de considération ressentis par plusieurs médecins minent, à la longue, leur optimisme et leur rêve d'une vie meilleure au Québec. Nous le verrons maintenant avec leur appréciation globale de cette période d'attente.

B. Un jugement global

Les propos rapportés dans les sections précédentes laissent entrevoir une évaluation plutôt négative de cette période d'attente, en raison surtout de la longueur du délai et de l'incertitude entourant leur avenir comme médecin. Le témoignage suivant résume bien, à lui seul, les sentiments de frustration et de désillusion éprouvés par plusieurs :

C'est très difficile même d'en parler. Parce que cela laisse une sorte d'amertume que vous avez après tout le temps. Quand vous aviez passé l'étape des examens qui n'est pas toujours facile pour quelqu'un qui ne maîtrise pas la langue [...] au lieu de vous encourager [qu'on pourrait réintégrer la profession...] c'était toujours de la part du Collège à ce moment-là des lettres du type : « Écoutez vous avez passé la première étape, la prochaine étape ce sera très difficile, il n'y a pas de place. Les places sont très limitées. Vous pourriez peut-être mieux penser à un recyclage. » Alors, quand on vous encourage à vous recycler dans un autre domaine, quand vous savez que dans la médecine la place vous attend, ce n'est pas un encouragement courant pour choisir votre avenir finalement [...]! Cela n'a pas été très facile disons. (Arrivé milieu des années 1980, délai de huit ans avant d'avoir le permis de pratique)

Cette amertume est d'autant plus intense qu'elle s'accompagne d'un sentiment d'avoir subi une discrimination injustifiée qui, à la longue, risquait de les éloigner à jamais de la médecine en raison de leur perte de contact avec le milieu médical. À cet égard, les commentaires suivants sont limpides :

C'était trop long et c'était angoissant. C'était plutôt difficile et pénible [...]. Ce n'était pas équitable du tout. Cette attente était tout à fait discriminatoire. (Arrivé début des années 1990, délai de sept ans avant d'avoir le permis)

Il faut attendre assez longtemps [...]. Et puis, chaque année d'attente, ça vous fait perdre votre compétence et puis la mémoire [de la médecine...]. Les médecins formés dans leur pays d'origine doivent attendre trop longtemps pour pouvoir retourner à la pratique [...]. C'est dommage, car j'aurais pu servir le Québec quelques années de plus au lieu d'attendre tout ce temps-là. (Arrivé fin des années 1970, délai de dix ans avant d'avoir son permis)

Le jugement global que les médecins portent sur cette longue période d'attente laisse également entrevoir des conséquences négatives, non seulement aux plans professionnel et financier, mais aussi psychologique et familial. Problèmes de sommeil, angoisse, troubles familiaux... découlent tous de leur incertitude quand à leur avenir :

L'attente a été très dure psychologiquement, matériellement, moralement, comme vous voulez. Moi, je pense que le mieux, ce serait de nous prendre en tant que n'importe quoi dans les hôpitaux, de nous utiliser et de nous former [au lieu de nous faire attendre des années]. Puis, le moment venu, quand les gens sont convaincus qu'on est bon, [de nous accepter comme médecin]. (Arrivé milieu des années 1980, délai de sept ans avant d'avoir son permis)

Le temps d'attente, ce n'est pas nécessaire [...]. Au point de vue monétaire, ce n'est pas très intéressant. Et quand vous vivez dans la misère comme cela pendant plusieurs années, c'est très pénible quoique cela vous apprend une certaine humilité [...]. C'est difficile et s'il n'y a pas de famille qui supporte, et s'il y a des troubles familiaux en plus, cela pourrait être plus difficile pour l'intégrité familiale aussi. (Arrivé milieu des années 1980, délai de huit ans avant d'avoir son permis)

Rappelons que plusieurs de ces médecins ont sérieusement envisagé, pendant ce délai d'attente, le projet de déménager aux États-Unis ou dans une autre province canadienne pour y pratiquer la médecine. Plusieurs avaient d'ailleurs pris la précaution de passer les examens américains pour avoir la possibilité d'y aller, advenant un refus au Québec (cf. 3.2.4.5).

CONCLUSION

L'objectif de ce chapitre était d'informer le lecteur des principales caractéristiques ainsi que des éléments de parcours de ces médecins, en particulier des médecins immigrants. Sans entrer dans le détail de chacune des caractéristiques, résumons les points qui ressortent davantage. D'abord, il faut souligner l'écart de près de 10 ans séparant les médecins immigrants et les boursiers, ces derniers étant les plus jeunes au moment de l'entretien. Les répondants sont majoritairement de sexe masculin. Presque la moitié des médecins DHCEU proviennent d'Europe. Suivent dans une proportion semblable les médecins originaires d'Amérique du Sud et Antilles ainsi que d'Asie. Les médecins originaires du Moyen-Orient comptent pour une minime part.

Nous avons examiné l'origine urbaine ou rurale du médecin, dans la mesure où cette variable permet d'identifier préalablement le degré de familiarité du répondant avec le milieu de vie des régions éloignées. Dans l'ensemble, la majorité des médecins proviennent d'un milieu urbain, c'est-à-dire qu'ils y sont nés et y ont toujours vécu jusqu'à l'installation en région. Seul un tiers est originaire du milieu rural.

Le temps écoulé entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région est très long pour les médecins DHCEU, variant de trois ans pour une faible minorité jusqu'à 14 ans. Pour près des trois quarts des médecins DHCEU interrogés, le délai d'attente moyen est de huit ans.

Quant à leur parcours avant l'exercice de leur profession en région québécoise, il réserve plusieurs faits inattendus. D'abord, une proportion non négligeable des médecins formés à l'étranger (un peu plus du tiers) avait déjà soit *complété* des études dans une spécialité, soit *entrepris* une telle formation spécialisée, interrompue par leur immigration. Il s'agit principalement de la gastro-entérologie, l'urologie, la neurologie, la pédiatrie, la chirurgie, la médecine tropicale, l'ophtalmologie. Aucun de ces médecins n'a pu poursuivre sa carrière ou formation de spécialiste au Québec, faute de permis. Tous ont dû accepter de se réorienter en médecine familiale, devant alors faire le deuil de leur spécialité.

Les trois quarts des médecins DHCEU ont pratiqué la médecine dans leur pays d'origine. Cette expérience se révélera, pour plusieurs, directement pertinente dans le cadre de leur travail en régions éloignées au Québec. En effet, ces médecins ont expérimenté dans leur propre pays d'origine une pratique souvent régionale où les besoins étaient énormes et les moyens négligeables.

Chez les trois quarts des médecins interrogés, des considérations politiques, parfois couplées à des considérations économiques, ont motivé leur départ du pays d'origine. Fuir un régime politique avec lequel on est en désaccord, un climat instable et de violence, une situation économique incertaine sont les principaux motifs invoqués.

Peu d'entre eux connaissaient vraiment les conditions requises à l'exercice à la profession médicale au Québec, ni la complexité et la longueur des démarches. Tous trouvent légitime de devoir passer des examens d'équivalence et de faire des stages ou des années de résidence afin, notamment, de se familiariser avec la médecine nord-américaine. Toutefois, certains déplorent l'attitude trop protectionniste de la corporation professionnelle médicale ou de l'État et ce, dès le projet d'immigration esquissé. Devant ces difficultés souvent inattendues, bon nombre de médecins envisagent d'aller pratiquer aux États-Unis et vont même jusqu'à passer leurs examens d'équivalence américains.

Enfin, leur itinéraire entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région révèle une période d'attente longue et difficile, marquée notamment par des emplois sous-qualifiés pour survivre et répondre à leurs responsabilités familiales : emplois manuels diversifiés, travail d'entretien ou dans les manufactures, gardiens d'édifices, employés dans les cuisines de restaurants, préposés aux bénéficiaires dans des hôpitaux, ambulanciers. Leur principale inquiétude est de rester trop longtemps éloignés de la médecine et, conséquemment, de perdre leurs compétences et savoirs à force de ne plus pratiquer. Pour contrer ce danger, plusieurs tenteront de travailler ou d'étudier dans un domaine connexe à la médecine, par exemple en faisant des stages de recherche médicale dans des laboratoires.

Leur évaluation de cette période d'attente est négative, en raison surtout de la longueur du délai d'attente et de l'incertitude entourant leur avenir comme médecin. La perte de leur identité professionnelle et sociale et la crainte de s'éloigner à jamais de la médecine sont omniprésentes dans les entretiens. Enfin, les conséquences néfastes non seulement aux plans professionnel et financier, mais aussi psychologique et familial, sont soulignées.

4. DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES

4.1 La perspective des régions

4.1.1 La préparation

Comment les médecins interrogés — DHCEU et boursiers — évaluent-ils leur formation universitaire médicale et leurs stages en région en regard de leur pratique régionale? S'estiment-ils bien préparés pour répondre aux besoins de leur clientèle en région? Remarque-t-on des spécificités ou des atouts chez les médecins immigrants en termes de préparation à l'exercice de leur profession en région? Certains avaient-ils déjà pratiqué en milieu rural dans leur pays d'origine? Dans cette section, nous aborderons la question de la préparation des médecins à la pratique en régions éloignées. Également, nous examinerons comment ces médecins ont envisagé la perspective d'aller vivre en région, que celle-ci soit contrainte par un contrat d'engagement à pratiquer dans un territoire désigné (DHCEU) ou choisie délibérément pour accéder à des bourses d'études (boursiers). En quoi l'idée d'aller en région correspondait-elle à leur motivation initiale de devenir médecin? Enfin, les raisons du choix de la région, de même que les attentes et appréhensions seront brièvement explorées.

4.1.1.1 Évaluation de la formation en résidence et des stages en région³⁷

Bien que tous les médecins n'abordent pas directement, lors de leurs entretiens, la question de leur formation en résidence demandée par le Collège des médecins du Québec (25 réponses sur 45), il est intéressant de noter que la totalité de ceux qui en parlent (DHCEU et boursiers) ont estimé que cette formation a été *globalement* utile et adéquate. Les DHCEU en particulier font valoir les avantages de cette formation pour se recycler, se familiariser avec la médecine nord-américaine, et même enrichir leur expérience pratique médicale. Les témoignages suivants sont limpides à cet égard :

Avec les deux ans en résidence en médecine familiale, on voit et on apprend beaucoup, surtout des choses nouvelles. Cela m'a aidé beaucoup pour recommencer à pratiquer la médecine nord-américaine qui est un peu plus avancée, à cause que c'est un pays développé, d'autres équipements, d'autres techniques [...]. C'est comme se recycler un peu pour s'adapter avec le système de santé d'ici. (Arrivé début des années 1980)

Le recyclage [avec] l'internat rotatoire est absolument nécessaire. On ne peut pas s'impliquer immédiatement. Parce que chaque médecine dans un pays est différente. Et puis, il faut connaître les pratiques ici, la mentalité, la nature du traitement, et puis la connaissance du français et comment communiquer avec les patients d'ici. Je trouve qu'une année ou deux de stage, c'est très intéressant. (Arrivé fin des années 1970)

³⁷ À partir de 1988, l'année de l'internat rotatoire sans stage obligatoire en région fut remplacée par deux années de résidence en médecine familiale comprenant deux mois de stages en région.

J'ai appris des choses [avec l'internat rotatoire], des notions pratiques. C'était relativement facile. De savoir comment ça fonctionne, leur façon de fonctionner, comment on règle les cas. Le point de vue de l'anamnèse, le questionnaire des patients, l'examen clinique, la synthèse de diagnostic. Tout cela. (Arrivé début des années 1980)

Seuls les médecins DHCEU plus âgés et conséquemment plus expérimentés ont émis certaines réserves, non pas sur l'utilité de cette formation mais sur certaines des étapes estimées « trop scolaires » ou « trop encadrées ».

Cependant, les avis des médecins interrogés diffèrent et se départagent en deux sous-groupes opposés lorsqu'on leur demande *spécifiquement* si cette formation les a bien préparés à la pratique médicale régionale. Dix médecins (sur 25) répondent affirmativement, comparativement à neuf qui en font une évaluation négative. Une minorité (6 cas sur 25) ont un avis mitigé. Tant les DHCEU que les boursiers émettent ces divers avis, de sorte qu'il n'y a pas de différence marquée entre médecins immigrant ou boursiers. Afin de dégager les lacunes dans la formation, il vaut la peine de s'arrêter aux raisons de l'insatisfaction des répondants.

Si des médecins évaluent que leur formation les a « mal » ou « peu » préparés à leur pratique régionale, c'est principalement pour deux motifs³⁸. D'une part, ils évoquent l'orientation de leur programme universitaire davantage axé vers la pratique urbaine. La formation donnée surtout par des spécialistes, l'absence de contact avec des professeurs omnipraticiens régionaux pouvant les sensibiliser à la réalité de la pratique en région au cours de leurs études, la tendance à une spécialisation trop rapide qui empêche une vision globale de la médecine et un apprentissage de base polyvalent, sont à quelques reprises déplorées.

Il devrait y avoir des programmes spécifiques pour les médecins qui s'en vont en médecine rurale. Il devrait y avoir une plus grande exposition à la médecine hors du milieu urbain, à partir de la résidence ou plus tôt. Il pourrait y avoir plus d'exposition clinique, voir ce que les cliniciens font en région [...]. Il n'y a pas un omnipraticien qui vient donner des cours dans les facultés [...]. On nous expose juste à des spécialistes [...]. Ça ne t'explique pas la routine de ce que font les généralistes en région [...]. En résidence, ce que tu vois, c'est ce qu'un médecin de famille de ville fait [...]. Mais la pratique en ville ne reflète pas ça [la polyvalence exigée en région] (Boursier, origine urbaine)

Je trouve qu'il y a un tas de choses qu'on est appelé à faire [en région] qu'on n'a pas acquis, qu'on ne nous oblige pas non plus à avoir [pendant notre formation...]. Alors, s'il y a des urgences, par exemple, comme en traumatologie, on peut avoir à faire des gestes de base pour sauver la vie

³⁸ Nous faisons abstraction ici de deux cas de DHCEU qui n'ont connu que l'internat rotatoire et qui déplorent l'absence de stages en région. Ils se sont sentis « dépourvus » à leur arrivée en région et face à un « grand défi », surtout pour « des grandes urgences ».

des gens. La même chose en pédiatrie. À mon avis, c'est un non-sens de terminer une formation, de venir en région, sans que ces cours de base-là soient obligatoires [...]. Je trouve qu'au niveau locomoteur aussi, il y a des manques, entre autres sur les fractures parce qu'ici on fait nos plâtres. S'il y a des réductions de fractures, on les fait nous-mêmes, des luxations, on remplace les articulations [car il n'y a aucun spécialiste]. On n'a pas beaucoup de formation là-dedans. (Boursier, origine urbaine)

D'autre part, le contact avec la réalité régionale — notamment par les stages en région — est jugé insuffisant pour acquérir suffisamment d'autonomie et de confiance pour faire face aux défis multiples de la pratique régionale. Les propos suivants en témoignent :

Tous les résidents, quand ils commencent à pratiquer [en région], surtout la médecine familiale, c'est un grand choc, parce que tout d'un coup tu as toute la responsabilité, la surcharge de travail, parce que tu es dans une place qui manque de médecin [...] Mon stage en région a été insuffisant car j'étais un étudiant-résident [...]. On n'a pas la responsabilité du suivi du patient comme résident, donc c'est complètement différent. (DHCEU, résidence)

Malgré les stages en région, les résidents en médecine familiale ont peu de contact avec la réalité vraiment de la pratique en région [...]. C'est quand même très restreint ce qu'on peut faire, on nous laisse certaines libertés, mais on est tout le temps redevable, ou imputable à un patron. Donc, ce n'est pas comme quand tu es seul, puis tu fais tes choses seul. (Boursier, résidence)

Conscient de cette déficience dans leur formation, certains résidents boursiers sont allés, de leur propre initiative, chercher des stages complémentaires pour mieux se préparer à leur future pratique régionale. Les témoignages suivants montrent bien qu'ils ont dû, eux-mêmes, voir à bonifier leur formation :

La formation que j'ai eue avec l'internat multidisciplinaire était de bonne qualité parce que je m'en suis occupé. J'avais prévu que j'étais pour avoir des choses plus complexes qu'en ville. Alors, j'ai choisi mes stages en ce sens. Mais, on ne m'a pas dit : « Écoute, en région tu vas faire ci et ça » [...]. On ne me l'a pas dit à la formation. J'ai donc, entre autres, passé un mois de stage d'anesthésie dans une petite ville parce qu'il n'y avait pas de résident. Alors, c'est nous qui intubions, qui posons les solutés, etc. Et ça, à Québec, je n'aurais probablement pas eu autant d'exposition à cause des résidents. Cela m'a permis d'apprendre beaucoup de choses qui m'ont servi dès mon arrivée en région. (Boursier, origine urbaine, internat rotatoire)

La formation de base ne m'aurait pas permis de me rendre adéquat pour pratiquer en région. Il a fallu que j'aie me chercher des stages orientés vers une pratique plus pointue, entre autres des stages en soins intensifs, en unité coronarienne [...]. Ma formation en médecine familiale nécessitait des stages supplémentaires pour être capable d'être prêt à faire face à la pratique en région. (Boursier, origine urbaine, résidence)

Je suis allée me chercher des stages, me monter des stages pour répondre à ce que je pensais que je pourrais avoir besoin en région, [en médecine interne]. La même chose en obstétrique. Quand je suis arrivée en région, j'étais autonome [et capable] de *dealer* avec l'absence de pneumologue, de cardiologue, d'interniste [...]. (Boursière, origine rurale, résidence)

D'autres médecins, une fois arrivés en région, se servent de leurs journées de ressourcement pour parfaire leur formation, malgré les difficultés à trouver du temps libre.

4.1.1.2 Les atouts de l'expérience médicale rurale à l'étranger

Plus des trois quarts des médecins immigrants ayant pratiqué à l'étranger (14 cas sur 18) ont expérimenté, dans leur pays d'origine, une pratique médicale en milieu rural ou régional. La durée varie entre un an et dix ans. Seule une minorité n'a connu qu'une pratique urbaine (4 cas).

Cette expérience rurale et régionale figurera clairement comme un *atout* lorsqu'ils iront en régions éloignées au Québec. En effet, cette pratique médicale à l'étranger leur a appris à développer des qualités particulièrement pertinentes dans les régions, telles l'autonomie et la polyvalence. De plus, ils ont eu à se débrouiller dans des contextes difficiles de grande pénurie de ressources ou de situations de guerre. Les aptitudes acquises lors de ces expériences leur serviront largement, une fois installés en régions éloignées au Québec, tel que l'attestent ces témoignages :

C'est sûr que cela [expérience médicale rurale à l'étranger] m'a aidé. Cela m'a aidé énormément, et même aujourd'hui, je fais des choses qui [épatent] les infirmières et les autres médecins [...]. Je peux improviser n'importe quoi. Si j'ai pas une mèche comme telle, je peux couper un chiffon stérile alors que d'autres médecins paniquent s'ils n'ont pas la mèche. (DHCEU, cinq ans de pratique en milieu rural dans son pays d'origine)

Mon service en région [dans mon pays d'origine] s'apparente à ici. S'occuper de tout, polyvalence oui. C'est comme la médecine interne, la médecine de famille ici. Il n'y a pas eu beaucoup de surprise au point de vue professionnel. Peu de surprise [en région au Québec]. (DHCEU, un an de service en région dans son pays d'origine)

En outre, un médecin ayant connu une expérience en milieu rural dans le cadre d'un projet de coopération internationale en Afrique rajoute que cela a amélioré sa capacité d'adaptation et son respect à l'égard de différences culturelles et organisationnelles :

Cela m'a beaucoup bonifiée comme personne [...]. C'est la confrontation avec une autre culture-là [...]. Donc, être dans un autre contexte [...], réaliser qu'il y avait des gens qui fonctionnaient différemment puis acquérir tout cela, être capable de découvrir qu'il y avait d'autres modes de fonctionnement. Puis de respecter cela aussi, tout en ne dénigrant pas. Parce que je n'avais pas de problème à m'adapter du tout à cela. (DHCEU,

quelques mois de pratique médicale rurale dans son pays d'origine avant de partir pratiquer deux ans en Afrique en milieu tant rural qu'urbain)

Il convient de souligner que certains médecins ont acquis leur expérience en faisant leur « service civil » en milieu rural. Cette obligation de service civil s'effectua en retour de leur formation assumée par l'État et en guise de « reconnaissance ». L'idée de travailler en région après leur formation médicale ne leur est donc pas tout à fait étrangère ou nouvelle, puisqu'ils ont déjà servi leur pays en pratiquant dans des zones éloignées. Les propos suivants de trois médecins sont éloquentes à cet égard :

Le médecin, il a une à deux années à faire dans des régions éloignées [dans mon pays d'origine]. Tous les médecins font ça parce qu'on ne paye rien pour les études. Donc c'est pour donner comme un genre de redevance pour la société [...]. Les ressources y sont très très minimes, donc je faisais parfois le médecin et le pharmacien en même temps [...]. Je savais que c'était une période restrictive, donc je dois le passer et je dois dire merci à ceux qui m'ont soutenu pendant toute la période de mes études. Donc, j'étais obligé et en même temps j'étais obligé avec joie, car je vais rendre service à ces gens peut-être pauvres et démunis. (DHCEU, un an de service civil en régions éloignées dans son pays d'origine au terme de ses études en médecine)

Une fois terminées mes études [dans mon pays], j'ai travaillé dans un milieu rural parce que c'était le système qui était organisé comme cela. Tout médecin qui veut faire une spécialité devait avoir passé un stage comme médecin de médecine générale [...]. Cela m'a donné une formation très poussée en ce qui concerne l'approche des patients et tout cela [...]. Cette approche m'a aidé beaucoup à comprendre l'approche dont avaient besoin les patients québécois. Peut-être que certaines expériences antérieures, avec des populations très différentes comme mentalité, comme culture et tout, m'ont aidé beaucoup à comprendre le milieu québécois. (DHCEU, quatre ans de service civil en médecine générale en milieu rural dans son pays d'origine avant d'entreprendre des études dans une spécialité)

Avant d'avoir son diplôme, il faut donner un an dans les régions. Cette expérience-là, c'était très précaire. C'était vraiment le minimum, parce qu'on n'avait même pas tout ce qu'il faut. Je n'étais pas dans un hôpital. Je travaillais comme médecin itinérant qui allait dans les régions très éloignées pour rencontrer des gens [...]. [Il fallait] beaucoup, beaucoup de polyvalence à ce moment-là [...]. On faisait tout là, l'obstétrique [...] (DHCEU, a donné un an de service civil dans son pays au terme de ses études)

En résumé, l'expérience acquise en milieu rural et régional dans leur pays d'origine, s'avère un avantage lorsqu'ils seront appelés à aller pratiquer en régions éloignées au Québec. Mais comment envisagent-ils cette perspective d'aller en région au terme de leur résidence? Nous verrons, dans la section suivante, que la perception à cet égard apparaît différemment selon qu'on soit un médecin formé à l'étranger (DHCEU) ou un boursier.

4.1.1.3 La perspective d'aller en région

Selon qu'on soit médecin formé à l'étranger (DHCEU) ou médecin boursier, l'idée de devoir aller travailler en régions éloignées ne soulève pas les mêmes opinions et sentiments. Il convient donc d'examiner séparément la signification de la perspective d'aller en région chez les deux sous-groupes de médecins.

A. Les DHCEU : une chance et un marché honorable, mais...

Il est frappant de constater à quel point la question de « l'obligation » d'aller en région dans le cas des DHCEU suscite des réactions à *deux niveaux*. D'abord, émerge une première opinion positive où la quasi-totalité des médecins immigrants expriment spontanément leur satisfaction d'avoir eu « la chance » de pouvoir accéder à l'exercice de leur profession dans le pays d'accueil. Ces médecins se disent « contents » d'avoir eu la possibilité de pratiquer la médecine au Québec, même si près de la moitié d'entre eux ignoraient au départ cette condition ainsi que les contraintes et sacrifices sous-jacents. Les témoignages suivants sont évocateurs :

J'étais tellement contente du fait que je vais finalement réussir à faire mon métier que je me suis dit que ce n'est pas grave. Je vais aller n'importe où tant que je peux travailler en tant que médecin. (Demeurée en région)

J'ai été OK [et contente] parce que je pensais que je commence à travailler. C'était une bonne chose [...]. Je sentais ce besoin de travailler et de faire quelque chose [...]. Au début, j'ai eu [peur] mais après, j'ai voulu finir la résidence le plus tôt possible pour y aller. (Origine rurale, a quitté la région)

Pour nous, c'était la moindre des choses. Quatre ans, ou six ans ou dix ans, ou éternellement, c'est correct. Je ne suis pas exigeant. Nous connaissions un autre problème vous voyez [pays d'origine en guerre]. Je venais ici. Et si je pouvais retourner à la carrière médicale, c'est bon. (Réfugié, a quitté la région)

Je le savais et j'étais prête [...]. Pour moi, c'était acceptable et normal. Il faut que je fasse ma part. Si c'est une des conditions pour que je puisse pratiquer au Québec, ça ne me dérangeait pas. Donc, cela n'a pas été du tout un problème pour moi. (A quitté la région, mais a continué par la suite à faire des dépannages)

La notion « d'échange de services » traverse plusieurs entretiens. Les médecins puisent soit dans leurs expériences passées de service civil, soit dans leurs sentiments de loyauté et de reconnaissance envers le pays d'accueil, pour affirmer que l'obligation contractuelle d'aller pratiquer quatre ans en régions éloignées leur paraît « normale » et « correcte ». Elle est perçue comme un marché honorable, surtout dans un contexte de pénurie de médecins en région :

Cela n'a jamais été une contrainte. Cela a toujours été une acceptation, puis, je crois un prix à payer. Et je crois que c'est normal [...]. C'est une

chance [d'avoir mon droit de pratique ici...]. C'est normal qu'on paie, ou qu'on donne quelque chose [...]. Je vous rends service par rapport à ce que vous me donnez en échange. Cela peut être financier pour eux. Ce n'est pas une dette, c'est un échange de services. (Demeuré en région)

J'étais tout à fait d'accord [...]. Je n'ai pas considéré la discrimination à ce moment-là. Je trouvais que c'était une sorte de service que je dois rendre en échange de la possibilité de pratiquer finalement. (Origine rurale, demeuré en région)

C'est « fair enough » et OK. Ils m'ont donné une chance, donc j'ai payé pour cette chance [...]. Ce sont des êtres humains partout au pays, en région, pas juste à Montréal ou à Québec [qui ont des besoins de santé]. Ils veulent mes services et je suis capable de fournir ces services, pourquoi pas! Donc, dans ce temps-là, je n'ai vu aucune méchanceté de la part de quelqu'un. Je l'ai accepté avec cœur ouvert. (Avait déjà fait une année de service civil en milieu rural dans son pays d'origine)

Je pense qu'on est rentré dans le système, qu'on a une opportunité [avec cette obligation]. Je pense que ça se digère bien [...]. Selon moi, ça devrait être demandé même pour les finissants d'ici, d'une certaine façon, surtout quand il y a une pénurie. Pour moi, c'était quand même très acceptable. (Demeuré en région)

Les nuances variées apportées à la suite de cette première opinion laissent toutefois deviner, subtilement, un deuxième niveau de réponse dans l'appréciation que fournissent les médecins formés à l'étranger. En effet, ces derniers émettent certaines doléances à l'égard de cette obligation contractuelle en raison, notamment, des effets pervers qu'elle entraîne sur leur vie conjugale et familiale, de l'iniquité par rapport aux autres médecins non immigrants, ou simplement du mode de vie rural éloigné de leurs goûts personnels. Ces propos plus critiques, émis généralement avec réserve et retenue, se retrouvent dans près des deux tiers des entretiens, mais avec des degrés variables selon la trajectoire de chacun. Dans certains cas, ce sera la discrimination à leur égard qui suscitera le plus de commentaires, tel que révélé par ces propos :

Quand un ingénieur doit travailler quelque part [...], il va là où il y a de la job. Un médecin, pour moi, c'est pareil [...]. Quand il y a de la pénurie quelque part, c'est correct d'aller là. Je n'ai pas de misère avec cela. Par contre, ce que je n'accepte pas toujours, puis que je ne comprend pas, c'est pourquoi moi il a fallu que j'aie quatre ans en périphérie alors que les médecins québécois n'ont pas ces quatre ans? Ça, je ne le comprends pas. Puis, je ne vois pas sur quelle logique cela peut être basé. Je trouve cela inacceptable. (Origine rurale, demeuré en région)

Mais au début, et jusqu'à maintenant, je trouve que c'est discriminatoire. C'est que, on devrait mettre tout le monde qui étudie, que vous soyez formés à l'extérieur ou à l'intérieur [au Québec], tout le monde sur le même pied d'égalité. (Demeuré en région)

Je me suis dit pourquoi j'ai été obligée d'aller dans les régions et que les autres [médecins non immigrants] peuvent faire ce qu'ils veulent? C'est à ce

moment-là que j'ai commencé à me poser des questions. Mais au début, j'étais plutôt contente d'avoir réussi [à avoir le droit de pratique]. C'est cela qui compte le plus. (Demeurée en région)

Liée à ces commentaires de discrimination se retrouve également la critique de devoir payer une amende très élevée en cas de bris de contrat, laquelle est qualifiée d'« exagérée » et de « coercitive » par certains. Cette sanction pécuniaire est d'environ 60 000 \$ par année non passée en région pour les DHCEU. Elle totalise ainsi un montant global approximatif de 250 000 \$, variable selon les années considérées. En filigrane, se perçoit le jugement d'iniquité par rapport aux boursiers qui, eux, n'ont qu'à rembourser le montant d'aide financière reçue, soit environ 10 000 \$ par an³⁹. Dans ces conditions, la contrainte financière n'apparaît nullement comparable.

Dans d'autres cas, c'est l'impact négatif sur la vie privée du médecin — notamment le sacrifice de la carrière déjà bien établie du conjoint, à Montréal ou à Québec, ou la réorganisation de la vie familiale — qui attirera davantage l'attention, ainsi que l'illustrent ces témoignages :

Trois ans, c'est long. En plus, j'avais un bébé de dix-huit mois. Je ne pouvais pas en prendre soin seule. Alors, mon mari a fait le sacrifice. Il a dit : « Je vais quitter mon travail et je vais venir et on va voir ce que ça donne ». Il est venu et c'était difficile. (A quitté la région, son mari n'a jamais pu réintégrer un emploi équivalent à son retour en ville)

J'avais un fils de 18 ans qu'on a laissé ici [à Montréal]. On a fait un choix quand même déchirant [...]. On avait plusieurs hypothèse : ou bien laisser mon fils ici, ou bien je m'en vais là-bas [en région seul] et la famille reste ici. À la fin, on a décidé que j'avais besoin du support de ma femme pour fonctionner, puis pour travailler à ma pleine capacité. (A quitté la région)

C'était un peu compliqué pour nous. Mon mari avait un emploi à Québec [...]. Comment faire pour que je puisse intégrer une région où on te dit qu'il faut faire de l'urgence, de l'hospitalisation, de la garde, tout cela. Et puis, qu'en même temps, j'avais mes deux jeunes enfants [un an et trois ans], puis que mon conjoint ne travaillait pas là? Je ne voyais pas comment on ferait cela [...]. On [la Régie] m'a dit : « Organise-toi. Tu prendras une gardienne. » (Demeurée en région)

Quelquefois, le conjoint ou la conjointe décidera de rester en ville avec les enfants alors que le médecin partira seul vivre en région, après mûre réflexion et au prix d'une séparation difficile avec sa famille. Le témoignage suivant reflète bien les effets pervers du long délai d'attente sur la famille, qui entre-temps, a eu la possibilité de s'enraciner dans son nouveau contexte — souvent métropolitain — d'accueil :

³⁹ Ces montants d'amende et de remboursement peuvent varier selon les années examinées. Par exemple, pour le contingent des DHCEU de 2002-2003, la pénalité est de 300 000 \$ remboursable au MSSS sur une période maximale de six ans, à raison de 50 000 \$ par année.

Vu malheureusement tous les délais [d'attente...], ma famille s'était fait une vie à Montréal. On s'était acheté une maison, mes enfants avaient leurs études, ils avaient leurs amis, leurs écoles. [Et mon épouse avait déjà son travail à Montréal...]. Et cela aurait été un déracinement majeur pour les enfants [et ma femme de venir avec moi en régions éloignées]. Et je ne crois pas que cela aurait été une bonne chose. (Demeuré en région, sans sa famille qui habite Montréal)

Parfois, le fait d'être assigné à une région où le mode de vie est éloigné du mode de vie urbain habituel du médecin provoque des commentaires plutôt négatifs, en raison d'une adaptation qui leur paraît moins évidente au départ : « Partir d'un centre urbain à un centre rural, c'est vraiment un choc [...] pire que l'immigration », résume l'un deux qui n'est resté en région que la durée de son contrat de quatre ans. En fait, il semble ici que l'origine rurale des médecins faciliterait leur acceptation de l'obligation contractuelle d'aller pratiquer en régions éloignées. La « familiarité » avec un tel milieu susciterait moins d'inquiétude et d'anxiété au dire de certains médecins d'origine rurale.

Le commentaire le plus critique à l'égard de l'obligation d'aller en région provient d'un médecin qui souligne le caractère paradoxal d'une telle politique. Cette dernière oblige, d'une part, les médecins immigrants à aller travailler en régions éloignées, mais ne prévoit rien pour empêcher les médecins non immigrants de quitter le Québec pour aller pratiquer dans une autre province ou aux États-Unis, alors que le coût de la formation de ces derniers est onéreux pour l'État :

C'est une erreur monumentale [...]. Ça ne lui a rien coûté notre formation [des médecins formés à l'étranger...]. Tandis que le gouvernement veut sans parti pris, sans chauvinisme, utiliser les immigrants qui sont quand même des Québécois, qui sont quand même des Canadiens dans un pays multiculturel et qui sont déjà bien préparés et prêts à aller n'importe où [...], le [médecin] québécois, lui, au nom des droits et libertés de la personne, on le forme ici et il peut aller [ensuite] au Nouveau-Brunswick, en Ontario! Alors, maintenant, tu vois comment on perd. (Demeuré en région)

En résumé, même si la plupart des médecins formés à l'étranger envisagent la perspective d'aller en région avec pragmatisme et sérénité, il n'en demeure pas moins qu'il se dégage des entretiens un jugement mitigé sur le caractère obligatoire de la politique à l'égard des médecins immigrants et sur ses incidences directes et indirectes sur la vie personnelle et familiale. Certes, cette politique leur a ouvert la porte au droit de pratique médicale au Québec, ce que tous apprécient, mais les modalités d'application ainsi que la logique sous-jacente leur paraissent contestables à plusieurs égards. Des questions de fond sont soulevées, touchant autant l'équité ou la non-discrimination, que l'ensemble du processus de reconnaissance des diplômes et d'accès à des professions régies, dans ce cas-ci, par le Collège des médecins du Québec.

Se profilent déjà trois des principaux enjeux auxquels sont confrontés les médecins DHCEU : 1) l'accès à l'exercice de la profession médicale, peu importe le lieu de pratique; 2) le caractère équitable et non discriminatoire de ce processus d'accès incluant les questions de la reconnaissance des acquis et des coûts financiers (pénalités...) en cas de renonciation ou d'abandon du contrat; 3) les coûts en termes de déstabilisation de la vie de couple et de la famille dus au fait d'aller pratiquer en régions éloignées après une longue période d'attente, alors que l'ensemble de la famille a déjà amorcé un processus d'enracinement ailleurs.

B. Les boursiers : une pratique polyvalente, une qualité de vie et l'aventure

Les boursiers se démarquent clairement des médecins formés à l'étranger en ce qui concerne la perspective d'aller en région. Ceci n'est pas étonnant compte tenu de leur âge moins avancé et du fait que près de la moitié d'entre eux (9/21) sont déjà familiers avec la réalité régionale du Québec par leur origine rurale. En outre, il faut rappeler que la possibilité qui leur est offerte d'effectuer un « remboursement » du montant des bourses d'études obtenues, soit environ 10 000 \$ par an, rend la sanction pécuniaire pour un bris de contrat moins contraignante, par contraste à l'amende que doit verser un médecin étranger (environ 250 000 \$ pour quatre ans non respectés de pratique en région)⁴⁰. Les boursiers n'abordent donc pas la perspective d'aller pratiquer en région avec le même regard, ni la même pression financière.

En fait, l'attitude des boursiers quant à la perspective d'aller pratiquer en région est teintée par leur « jeunesse », c'est-à-dire cette étape de la vie où le goût des défis et de l'aventure est particulièrement attrayant, tel que révélé par les recherches sur la jeunesse⁴¹. Les deux tiers des médecins boursiers évoquent, en effet, le défi d'une pratique globale et polyvalente comme principal incitatif à aller en régions éloignées. Clairement, la médecine en milieu régional et rural leur semble être un moyen d'avoir plus d'autonomie dans leur profession et un contact plus étroit et continu avec leurs patients, tel que le démontrent ces témoignages :

Essentiellement, c'est le type de pratique en région qui m'a attiré [...]. C'est un défi! C'est que tu es moins limité que juste traiter ton patient au bureau, [...] On peut aller plus loin en région [...], on peut être plus autonome. (Origine rurale, demeuré en région)

J'avais le désir de faire une pratique un peu plus variée et plus libre, peut-être plus enrichissante en région qu'en ville [...]. Cela me tentait de faire une médecine plus familiale, plus globale. Donc, c'est pour cela que j'avais décidé d'avance de venir en région. (Demeuré en région)

⁴⁰ Voir la note 39.

⁴¹ Voir le site web de l'Observatoire Jeunes et Société de l'INRS (<http://www.obsjeunes.gc.ca>) où se retrouve une bibliographie internationale, selon divers thèmes.

Si j'ai décidé de venir travailler en région, c'est parce qu'on fait de tout. Et on ne *dispatche* pas les patients. [...]. Je voulais pouvoir traiter le patient du début jusqu'à la fin, pour pouvoir garder mon expertise [...]. L'autonomie totale! (Origine rurale, demeuré en région)

On constate que les propos des médecins boursiers sont traversés de nombreux commentaires critiques à l'égard de la pratique médicale en milieu urbain où les omnipraticiens leur paraissent avoir un rôle peu valorisant et de second ordre comparativement aux spécialistes. En allant en région, ces boursiers veulent demeurer de « véritables » généralistes, des médecins « touche-à-tout » pour reprendre l'expression de l'un d'eux. Il semble y avoir ici un lien direct avec les motivations premières de plusieurs de devenir un médecin, à savoir leur désir « d'aider » des personnes dans le besoin.

Dans cette optique, les bourses d'études pour aller en région leur sont des « compléments agréables », et non la raison première d'aller en région. Elles peuvent aussi, de façon plus secondaire, être un moyen de s'autonomiser des parents, ce qui reflète bien leur condition de « jeunes » en voie d'émancipation — notamment financière. Diverses études sur la jeunesse confirment d'ailleurs ce besoin. Les jeunes d'origine rurale semblent particulièrement apprécier cette aide financière. En fait, sur l'ensemble des boursiers, seuls quatre médecins affirment avoir pris ces bourses sans aucun intérêt initial pour la pratique régionale et par simple « pragmatisme », pour les aider à payer leurs études. Un seul de ces quatre boursiers va demeurer en région au-delà des années requises par leur contrat avec l'État.

Outre la plus grande « stimulation » et « satisfaction » de pratiquer une médecine polyvalente, les boursiers mentionnent que la perspective d'aller en région évoque également, mais dans une proportion moindre, le goût de découverte et d'aventure. Il s'agit ici, dans tous les cas, de boursiers d'origine urbaine qui font valoir leur désir de sortir de Montréal ou de Québec, de « voir autre chose » et de vivre une expérience dans un autre contexte social et culturel, ce que dévoilent ces témoignages :

Je voulais y aller tout simplement parce que j'avais un peu le goût de l'aventure, et puis de voir ce qu'il y avait. Puis, en quelque part, j'avais l'impression que j'apprendrais peut-être plus là-bas qu'en ville. L'avenir m'a donné raison [...]. Puis on se doutait que c'était peut-être un peu plus « *challenging* » que de rester en ville. (Origine urbaine, a quitté la région)

Je n'étais pas très sorteur. Je n'allais pas beaucoup à l'extérieur. Je n'ai pas fait de post-doc à l'extérieur, rien. Alors, j'avais le goût d'aller ailleurs [...]. Puis, en région, les gens sont plus reconnaissants du travail, du temps que tu leur consacres. (Origine urbaine, a quitté la région)

J'étais un voyageur. Je suis allé en Afrique une fois, puis aux Indes [...]. J'ai l'impression que cette ouverture-là au monde a comme été un facteur [...] prédisposant au fait d'aller en région. (Origine urbaine, demeuré en région)

Initialement, je m'étais dit tant qu'à aller en région, je vais aller à une place qui est exotique, complètement différente de ce que je vois ici [Québec]. J'aimais ça me promener, j'aimais le plein air et tout cela. Bon, je me suis dit que c'est quasiment l'équivalent d'aller dans un autre pays. (Origine urbaine, demeurée en région)

Déjà, se profile un facteur positif supplémentaire, à savoir la possibilité d'avoir en région une qualité de vie satisfaisante en termes de plein air, de quiétude et de moindre stress, tel que l'évoquent ces boursiers :

C'était sûrement la qualité de vie [qui m'attirait...]. C'est sûr qu'il y avait une *connexion* avec le monde naturel, le plein air. C'était de me retrouver dans mes éléments naturels qui sont la nature, l'eau [...], les animaux sauvages, tout cela [...]. Cela prenait déjà une part importante dans ma vie de jeune [...]. Je voulais sortir de la grande ville de Montréal. (Origine urbaine, a quitté la région)

Je restais sur la rive-sud de Montréal [...], je faisais les ponts matin et soir. Plus jamais dans ma vie! J'étais rendue stressée juste en raison du voyage. Je me suis alors dit que je vais rester à quinze minutes de mon travail. Puis la qualité de vie avant tout là! [...] Je ne voulais pas travailler 70 heures dans une semaine. J'avais un enfant [...] et il n'était pas question qu'elle soit élevée par quelqu'un d'autre. (Origine rurale, demeurée en région)

J'étais quelqu'un qui aimait aller à la chasse, à la pêche [...]. Quelqu'un qui parlait souvent [en nature]. Je pratiquais le ski, le golf, l'astronomie [...]. [Donc, la perspective d'aller en région] n'était pas contraignante [car j'ai compris] que je serais probablement plus heureux en région, parce que là, je fais des activités et pas juste de la médecine. (Origine urbaine, demeuré en région)

Cette notion de qualité de qualité de vie est primordiale chez la jeunesse contemporaine, telle que démontrée par les récents travaux du groupe de recherche sur la migration des jeunes québécois (GRMJQ). Autant les jeunes hommes que les jeunes femmes — immigrants ou pas — veulent concilier leur vie professionnelle et personnelle et s'aménager un « rythme de vie équilibré », souvent en réaction à la génération des parents qui a beaucoup misé sur la carrière. D'où leur insistance sur cette notion de « qualité de vie » lors de recherches qualitatives ou de sondages (Gauthier, 2003; Gauthier *et al.*, 2001; Simard, 2003; Simard *et al.* 2001).

Les jeunes boursiers médecins ne sont pas indifférents à cet égard et recherchent, eux aussi, une qualité de vie conforme à leurs aspirations. On remarque que les jeunes boursiers d'origine rurale — mais pas exclusivement — sont particulièrement sensibles à la qualité de vie régionale et désirent s'y établir pour, entre autres, y élever leurs

enfants. Ils ne diffèrent guère ici des jeunes régionaux qui ont quitté la région pour parachever leurs études en contexte urbain, mais qui décident de revenir par la suite en région afin de retrouver la qualité de vie connue lors de leur enfance. Emploi intéressant et stimulant, rapports sociaux chaleureux et d'entraide, milieu favorable pour élever une famille en sécurité, tranquillité, attrait de la nature et de l'air pur, accès aux loisirs de plein air, voilà quelques-uns des facteurs attractifs mentionnés⁴².

4.1.1.4 Raisons du choix de la région

A. Les DHCEU : proximité de centres urbains et qualité de l'accueil

En général, les médecins DHCEU ont visité quatre à cinq régions avant d'arrêter leur choix. Dans la plupart des cas, c'est la combinaison de divers facteurs qui explique leur décision finale : distance acceptable par rapport à Montréal ou à d'autres centres urbains, expérience heureuse lors des stages de résidence, accueil chaleureux, présence d'autres médecins immigrants qui les invitent à venir s'installer, acceptation de la région par la conjointe, services et activités pour l'ensemble de la famille...

Le facteur prépondérant semble toutefois être une distance raisonnable par rapport à Montréal, Ottawa ou Québec et la qualité du réseau de transport (routier et aérien). Une région non desservie par un aéroport se verra parfois éliminée au profit d'une autre où un voyage rapide en avion à destination de Montréal est possible. La moitié des répondants affirment avoir considéré cette question de distance dans leur choix de région, notamment en lien avec certaines contraintes familiales :

La communication était plus facile parce que mes beaux-parents restaient [à Montréal]. Ils voulaient voir leurs petits enfants. Ici en région, il y a une autoroute, c'est simple de se rendre là-bas. Vous avez l'avion, l'autobus, la voiture et en six heures, vous êtes à Montréal [...]. C'était relativement proche [...]. Je ne connaissais pas le Québec du tout, je ne savais pas où aller. (A quitté la région)

Ce qui m'importait, c'était de ne pas être trop loin de mes enfants. C'est-à-dire que je n'aurais pas accepté un poste à dix heures et demie de route pour aller voir mes enfants. (Demeuré en région, divorcé)

L'éloignement était un facteur, c'est sûr! Parce que vous avez toujours un point central. Au début, il faut penser à l'aller-retour, pour chercher vos racines, puis vos amis qui restent là, etc. (A quitté la région)

J'ai choisi cette région parce qu'elle était la plus proche de Montréal [car mon fils y était installé]. Puis, nous avons toujours eu une vision de mondialisation si on peut dire [...]. La population de la région y était un petit peu multiculturelle [avec la population indienne]. C'est pour ça que je voulais m'en aller là [...]. On a senti que c'était plus « chaleureux ». (A quitté la région)

⁴² Pour un aperçu des propos des jeunes régionaux d'origine immigrée sur ce sujet, voir Simard (2003b).

Ce facteur prépondérant de proximité avec les centres urbains est fréquemment associé au contexte d'accueil pour expliquer le choix final. Si les DHCEU choisissent une région, c'est qu'ils s'y sont sentis bien accueillis lors de leur voyage d'exploration. Ces médecins sont particulièrement sensibles à l'ambiance, tant dans le milieu médical et hospitalier (dynamisme de l'équipe, intérêt à leur égard...) que dans la région (attitude d'ouverture à l'égard d'étrangers, disponibilité de services et d'activités parascolaires...). Le caractère chaleureux des premiers contacts est fréquemment souligné comme un autre motif central dans le choix final de la région :

Le choix, c'était surtout en fonction de la proximité des centres universitaires [pour nos enfants...]. Aussi, c'est l'intérêt des gens, leur approche, leur accueil qui m'a fait décider [...]. Ils m'ont invité à venir visiter la région. Et quand je suis venu, je voyais qu'ils étaient vraiment intéressés. Par la suite, ils nous ont réinvités [...]. On a aimé beaucoup [...]. La région était très belle, en plein été. (Demeuré en région)

C'était un hôpital dynamique, l'équipe était jeune [...]. Il y avait beaucoup de défis dans le sens où vous étiez seul, mais en même temps soutenu par toute l'équipe. Il y avait une grande cohésion [...]. Donc cela fait une intégration dans une équipe qui fonctionne bien [...]. C'était un compromis [par rapport à l'éloignement de Montréal]. (A quitté la région)

L'accord et la connivence de la conjointe et des enfants sont parfois mentionnés comme facteurs décisifs, surtout dans le contexte où l'épouse se retrouvera fort éloignée de la parenté et des amis laissés à Montréal :

Mon épouse a aimé la région [...]. On a fait la visite guidée, on a vu les médecins et la vie en général [...]. On a aimé la ville. C'était vraiment chaleureux. Et puis, je sais que je vais travailler tout le temps. Donc, pour mon épouse, cela va être dur si elle reste toute seule dans une région où elle n'a pas de parents, ni amis, absolument rien. Grâce à Dieu, elle a aimé cela! (A quitté la région)

La présence d'autres médecins immigrants dans le futur lieu de pratique semble également jouer favorablement pour près du tiers des médecins. Non seulement cela contribue à personnaliser encore plus leur premier accueil, mais également cela les rassure sur les possibilités de contacts interculturels élargis. Les témoignages suivants sont éclairants :

J'ai trouvé là un autre collègue immigrant qui travaillait comme médecin. Il y avait des années qu'il était dans cette région-là. C'est lui qui m'a invitée [...]. C'était un collègue plus âgé que moi [...]. Cela aide beaucoup. Le fait de se sentir moins isolée [...]. J'avais d'autres endroits où j'étais bien accueillie. Mais j'ai choisi cet endroit-là [à cause de sa présence]. Je sentais comme une protection. (A quitté la région)

J'ai été chanceux parce que j'avais deux contacts [de médecins immigrants] dans cette région. Ils étaient là un an avant moi. Ils ont fait un peu le chemin,

puis moi j'y suis allé. Cela m'a aidé [...]. Il y avait beaucoup d'ethnies là [...]. C'était chaleureux, c'était une bonne ambiance [...]. Ce que j'aimais aussi, c'est que l'aéroport [me permettait au besoin] de retourner vite à Montréal. (A quitté la région)

Enfin, plus secondairement, l'expérience heureuse de stages dans des régions précises incite à vouloir s'établir dans l'une d'elles, tel que le confirme ce médecin :

J'avais fait un long stage [dans cette région], comme résidente dans la deuxième année. Et j'avais beaucoup aimé l'ambiance de travail, les relations «interhumaines». En fait, le milieu hospitalier dans lequel j'étais en stage. J'avais beaucoup apprécié le travail. Donc, je me suis dit : « Tant qu'à travailler dans une région, je vais choisir une région où j'aimerais rester » [...]. On avait beaucoup aimé, surtout ici, l'accueil des gens. (Demeuré en région)

B. Les boursiers : familiarité avec le milieu rural et qualité de vie régionale

Quant aux boursiers, les raisons du choix de la région découlent directement de leur perspective d'aller en région, déjà analysée dans la section précédente. Ils choisissent avant tout un endroit stimulant de pratique médicale, un lieu d'expérimentations et d'aventures, un cadre de vie de qualité où se conjuguent le plein air, la beauté des paysages, le calme et la sécurité. Il est inutile d'y revenir à nouveau ici. Tout comme les DHCEU, ils recherchent eux aussi une région pas trop isolée et éloignée de Montréal ou Québec, avec un système de transport adéquat et un climat de travail et de vie agréable et chaleureux.

Rappelons toutefois cette particularité des boursiers : près de la moitié d'entre eux (9 cas sur 21) sont d'origine rurale. Par conséquent, leur choix d'aller en régions éloignées est teinté d'une familiarité avec ce type de milieu, acquise lors de l'enfance. Ils ont une connaissance globale des régions québécoises — que les DHCEU n'ont pas — qui les aident à sélectionner la région répondant vraiment à leurs goûts précis. Ils évoquent plus souvent que les DHCEU la « beauté de la région » et ses qualités environnementales (présence du fleuve et de la mer, montagnes, paysages sauvages, etc.) ainsi que la proximité de la famille ou de la parenté vivant en région, pour expliquer leur décision finale.

4.1.2 L'installation

4.1.2.1 Âge et statut familial à l'arrivée

En raison de la singularité de leur parcours, les médecins DHCEU interrogés étaient généralement beaucoup plus âgés que leurs collègues boursiers à leur arrivée en région. En fait, comme l'indique le tableau 13, un seul boursier avait plus de 36 ans, son âge s'expliquant par sa vocation tardive pour les études de médecine. Les 20 autres avaient tous un âge oscillant entre la fin de la vingtaine et le début de la trentaine.

**Tableau 13 : Âge à l'arrivée en région
selon le programme et le statut de rétention**

Âge à l'arrivée	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
33 ans et moins	7	1	11	9	28
36 ans et plus	8	8	–	1	17
Total	15	9	11	10	45

On observe par ailleurs que l'âge ne semble guère intervenir dans le fait que ces médecins aient décidé de quitter la région ou d'y demeurer par la suite, puisqu'ils se répartissent à peu près également (11 c. 9) entre les deux sous-groupes. Ce phénomène s'observe également chez les DHCEU âgés de 36 ans et plus (8 c. 8) qui, de leur côté, comptent pour les deux tiers du total de ces médecins. Nous verrons plus loin, cependant, que ce constat mérite d'être nuancé⁴³ et que l'âge mûr à l'arrivée en région peut être vu comme l'un des indicateurs d'une rétention prolongée, en particulier chez les immigrants.

Par contre, un écart marqué apparaît chez les DHCEU plus jeunes (33 ans et moins) puisque sur les huit répondants que compte ce sous-groupe (dont la période d'attente entre l'arrivée au Québec et le départ en région n'est que de quatre ans en moyenne), sept ont quitté. Nous pouvons à cet égard émettre l'hypothèse selon laquelle la perspective d'une carrière pour de jeunes médecins formés à l'étranger ne peut être envisagée en dehors des grands centres urbains que si, en cours d'expérience en milieu rural ou régional, des conditions très favorables en viennent à compenser de manière significative les difficultés associées à une seconde migration. En effet, au moment de partir en région, les promesses d'avenir de la première immigration demeurent toujours ouvertes, notamment dans une ville comme Montréal. Un tel contexte entourant l'installation en région diffère de celui offert à la compréhension les boursiers du même âge qui, comme nous l'avons vu, perçoivent plutôt leur engagement en région comme une chance qui leur est donnée de « voir autre chose » ou encore de tenter l'aventure. Cette perception, à la longue, peut tout aussi bien jouer dans le sens de demeurer dans la région, si l'aventure est heureuse, que de la quitter afin de poursuivre ailleurs sa carrière. En d'autres mots, le fait d'être jeune ne semble nullement le gage, ici, d'une rétention prolongée en région.

Par ailleurs, la majorité des médecins interrogés (35 sur 45) étaient accompagnés d'un conjoint à leur arrivée en région (tableau 14). Fait à noter, tandis que les boursiers se

⁴³ Voir section 4.3.

répartissent à peu près également entre ceux qui ont quitté et ceux qui sont demeurés (10 c. 8), les DHCEU accompagnés d'un conjoint se retrouvent en proportion plus grande du côté de ceux qui sont partis (12 c. 5)⁴⁴.

**Tableau 14 : Statut familial à l'arrivée en région (2 niveaux)
selon le programme et le statut de rétention**

Statut familial à l'arrivée	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Célibataires ou Seuls ¹	3	4	1	2	10
Avec conjoint	12	5	10	8	35
Total	15	9	11	10	45

Note :

1. Les répondants n'étaient accompagnés d'aucun conjoint à leur arrivée en région et au moins au cours de la période initiale d'engagement ; soit ils étaient célibataires, soit ils étaient venus seuls, laissant sa conjointe en ville.

Un tel écart est maintenu si l'on isole ceux qui, en plus du conjoint, étaient accompagnés d'au moins un enfant à l'arrivée (tableau 15 : 10 c. 4). Dans la mesure où se pose dès le départ la question de l'insertion des enfants en milieu régional, ce résultat laisse entrevoir le poids relatif du facteur de l'éducation scolaire dans la décision de quitter, notamment chez les médecins immigrants.

**Tableau 15 : Statut familial à l'arrivée en région (3 niveaux)
selon le programme et le statut de la rétention**

Statut familial à l'arrivée	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Célibataire ou Seul	3	4	1	2	10
Avec conjoint sans enfant ¹	2	1	8	5	16
Avec conjoint et enfant(s) ²	10	4	2	3	19
Total	15	9	11	10	45

Notes :

1. Les répondants n'étaient accompagnés que de leur conjoint à l'arrivée en région ; certains d'entre eux auront des enfants au cours de la période d'engagement
2. Les répondants étaient accompagnés de leur conjoint et d'au moins un enfant à leur arrivée en région ; ou ils n'étaient accompagné que d'un enfant (sans conjoint : 1 DHCEU et 1 boursier).

Un tableau plus détaillé du statut familial à l'arrivée est par ailleurs obtenu en distinguant, d'une part, les médecins célibataires de ceux qui sont arrivés seuls ou non accompagnés et, d'autre part, les médecins en couple, mais sans enfants présents durant leur contrat, de ceux qui en ont eu au moins un au cours de la même période (tableau 16).

⁴⁴ À noter que parmi les 12 DHCEU, se retrouvent 6 des 7 répondants arrivés jeunes en région (33 ans et moins : voir tableau 1).

**Tableau 16 : Statut familial à l'arrivée en région
(subdivision des variables « Célibataire ou Seul » et « Avec conjoint sans enfants »)
selon le programme et le statut de rétention**

Statut familial à l'arrivée	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Célibataire (sans conjoint)	2	–	1	2	5
Seul (non accompagné)	1	4	–	–	5
Avec conjoint seulement	–	1	2	3	6
Avec conjoint et enfant prévu	2	–	6	2	10
Total	5	5	9	7	26

Des cinq célibataires à l'arrivée (première ligne du tableau 16), deux l'étaient toujours au moment de l'entrevue (1 DHCEU et le boursier ayant quitté) tandis que trois s'étaient mariés avec des personnes natives de la région et avaient eu des enfants (deux boursiers demeurés). La deuxième ligne du tableau ne concerne que les médecins arrivés seul en région, sans leur conjoint demeuré en ville avec les enfants (à l'exception d'un cas où il n'y avait pas d'enfant au cours des premières années). Tous sont des DHCEU. Un seul n'a retrouvé les siens qu'au terme de ses 4 ans. Les quatre autres qui, eux, sont demeurés en région après l'échéance de leur contrat, présentent des profils différents. L'un considère avoir sa demeure principale en ville où il vient de temps à autre passer quelques jours. Un autre fait régulièrement la navette entre son lieu de résidence en région et la ville où il conserve un pied à terre avec sa conjointe. Un troisième, séparé de sa conjointe bien avant son arrivée en région, profite de ses séjours occasionnels en ville pour voir ses enfants. Enfin, dans le dernier cas, le médecin a finalement été rejoint en région par son conjoint au terme des quatre années.

La troisième ligne du tableau se réfère aux médecins qui, à l'arrivée, étaient accompagnés d'un conjoint mais d'aucun enfant et qui ne prévoyaient pas en avoir non plus pour au moins la durée de leur engagement. Sauf pour un DHCEU demeuré en région, dont l'enfant déjà adulte n'a jamais quitté Montréal, tous les autres sont des boursiers. Les deux qui ont quitté n'avaient toujours pas d'enfant au moment de l'entrevue, tandis que deux des trois qui sont demeurés en ont finalement eus, quelques années après la fin de leur engagement.

Enfin, la dernière ligne du tableau se compose des médecins accompagnés uniquement de leur conjoint à l'arrivée, mais qui ont eu au moins un enfant au cours de leur période d'engagement. La majorité d'entre eux sont des boursiers et, qui plus est, des boursiers qui finiront par quitter la région (6 c. 2). Dans la mesure où l'on ne retrouve pas un écart comparable chez les boursiers arrivés en région avec conjoint et enfant(s) (tableau 4), ce départ peut difficilement être imputé à la question de l'éducation scolaire, comme cela a

été avancé — mais reste néanmoins à vérifier — dans le cas des DHCEU⁴⁵. Entre autres facteurs, l'inoccupation du conjoint pourrait ici être en cause.

4.1.2.2 L'arrivée en région : quelques facettes de l'accueil

Avec ou sans conjoint, l'installation en région pour l'ensemble des médecins interrogés se passe généralement bien. Bien qu'un DHCEU célibataire attribue au fait d'être arrivé seul son sentiment d'isolement et ses difficultés d'adaptation au cours des premiers mois, de tels propos ne sont nullement relevés chez les neuf autres répondants non accompagnés. Un autre DHCEU, arrivé avec son conjoint et ses enfants, ne manque pas lui aussi de souligner quelques difficultés d'adaptation :

Après avoir vécu des années à Montréal, c'était pas si facile. Surtout le choix des écoles pour les enfants qui n'est pas trop varié. Le choix d'une maison n'était pas si facile non plus. [...] Donc c'était une période d'adaptation pendant les premiers mois, mais ça s'est passé très vite. On a trouvé une belle maison, on a commencé à travailler, les enfants sont allés dans une nouvelle école, et ils ont aimé l'ambiance. (DHCEU resté)

En fait, rares sont les propos de cette nature qui résument les divers aspects de l'installation comme autant de choses à faire soi-même pour s'assurer d'un minimum de confort. Chez la plupart des médecins, c'est moins la question de l'installation en tant que telle qui suscite leurs commentaires — sauf pour faire état de quelques difficultés éprouvées, par exemple, lors de la recherche d'une maison ou encore de la satisfaction d'en avoir trouvé une répondant aux attentes — que celle de l'accueil qui leur a été réservé; celui de la population en général, mais surtout celui des diverses structures locales ou encore du personnel des services de santé.

L'accueil réservé par la population et plus particulièrement par les patients au cours des premiers temps de l'installation est principalement évoqué par des DHCEU, notamment de minorités dites « visibles ». L'un d'eux affirme, par exemple, avoir très bien ressenti la méfiance des gens au cours des premiers temps :

Tout était beau. Sauf les premiers mois là, quand on a affaire à une population qui est un peu régionale, vous voyez. Ce n'est pas comme la population cosmopolite de Montréal ou de Québec. Donc il y a encore [de la méfiance], il faut gagner la confiance. (DHCEU ayant quitté)

Une confiance qui, ajoute ce répondant, a également dû se gagner des confrères, des infirmières et même de la direction. Un autre DHCEU, d'origine européenne, s'étonne quant à lui, compte tenu de la nature de ses relations par la suite, de ce que son DSP (Directeur des services professionnels) ait cherché à le prévenir, à son arrivée, du « mauvais accueil » de la population locale à l'égard des immigrants.

⁴⁵ Voir section 4.3.

Encore deux autres DHCEU évoquent de leur côté le phénomène des cliques qui se forment dans le milieu médical. La surprise en arrivant en région, rapporte l'une d'entre eux, n'a pas été d'être confrontée à quelques réactions de la part de la population, mais de voir celle des autres médecins, « Trois ou quatre médecins qui dirigeaient tout » et qui avaient tendance à tenir les autres médecins à l'écart, notamment les médecins immigrants.

Bien qu'elle n'en fasse pas une histoire de clan, une troisième DHCEU n'en constate pas moins, selon ce qu'elle se souvient des premiers moments en région, la méfiance dont faisaient preuve certains médecins à l'égard de ses compétences professionnelles. Souvent, affirme-t-elle, les médecins d'ici « pensent qu'on n'est pas trop bien formés, [que eux] sont mieux préparés que nous autres. Donc il y en a qui vous regarde de loin, pour voir si vous allez faire des petites erreurs. » S'ajoutait donc, au tout début, cette pression-là « de ne pas décevoir personne ».

Par ailleurs, dans certaines régions où l'on retrouve plusieurs médecins formés à l'étranger, la tendance consistait naturellement pour les nouveaux venus du programme DHCEU à établir avec eux des rapports privilégiés, ce qui favorisait d'autant le sentiment d'être accepté dans le milieu de travail. « Les médecins que j'ai rencontrés en arrivant ici, remarque l'une d'eux, [...] c'était très international. [...] J'ai été très bien accueillie. »

Pour illustrer cet accueil, cette dernière répondante affirme qu'elle ne ressentait pas, comme à Montréal, « la pression de parler français » avec ses collègues, une langue qu'elle possédait encore mal au début, mais qu'elle a graduellement acquise par la suite. Le handicap de la langue à l'arrivée est mentionné par une autre DHCEU qui dit, par contre, avoir été fort heureusement soutenue par des collègues québécois :

Il y avait un médecin qui était parfaitement bilingue, son épouse [médecin] et une infirmière qui m'ont beaucoup aidée pendant les deux premiers mois, parce que j'arrivais là, [...] et je comprenais rien parce qu'il y avait encore un autre accent. [...] [Pour] aller travailler dans des urgences avec des cardiaques, des accidentés, des traumatisés, [...] il faut vraiment connaître son français à ce moment-là.

Le soutien des collègues de travail ressort souvent dans les commentaires relatifs aux premiers temps de l'installation en région, tant chez les DHCEU que chez les boursiers. Outre les difficultés mentionnées précédemment, l'accueil chaleureux de la part des autres médecins et membres du personnel de la santé semble constituer la règle plutôt que l'exception. Deux aspects d'un tel soutien peuvent être dégagés : l'assistance professionnelle et l'orientation dans la communauté.

Du point de vue de l'orientation dans la communauté, des exemples sont donnés, par des DHCEU principalement, de collègues qui, à titre individuel, offrent leur concours pour trouver un logement ou faire connaître la région, etc. Parfois, c'est le CLSC ou le centre hospitalier qui sont cités pour leur accueil et leur aide à l'insertion dans la communauté :

Les collègues ont été très accueillants tout le temps. Puis ils t'aident à t'intégrer aussi. Ils te posent des questions. (DHCEU demeuré)

C'est le CLSC [qui m'a aidé]. Le directeur m'a donné beaucoup de support. Le directeur et le [personnel] aussi. (DHCEU parti)

Les boursiers, quant à eux, font moins souvent référence à ce type de soutien, affirmant pour la plupart, sans pour autant s'en plaindre, n'avoir dû compter que sur leurs propres moyens. Certains, pourtant, ne manquent pas l'occasion d'évoquer ce problème général de l'accueil des nouveaux médecins en région :

On s'est accueilli nous-mêmes. [...] C'est pas le genre de région où il y avait beaucoup de structures organisées pour accueillir les nouveaux médecins. Ce n'est pas quelque chose qui était très valorisé là-bas. Mais on s'est installé puis on s'est débrouillé. (Boursier parti)

Je ne veux pas me faire parrainer, je ne veux pas avoir l'air d'un petit enfant qu'on accueille à la maternelle. Mais quand même. Un minimum mettons là. (Boursier parti)

Deux autres boursiers constatent pour leur part l'insuffisance, dans leur région, de services d'accueil à l'échelle des établissements afin d'aider les jeunes médecins à mieux composer avec la charge de travail et le stress qui l'accompagne :

Moi, arriver dans une nouvelle région, comme lorsque je vais dépanner, je n'ai plus ce stress-là, parce que je sais ce que j'ai à donner. [...] Mais quelqu'un qui commence c'est encore pire là. Et je pense que, quelque part, ce genre de comité-là est primordial. (Boursier parti)

Il faut qu'il y ait quelque chose de mieux structuré lorsqu'un médecin arrive, pour l'intégration dans l'établissement. Parce que dans le milieu médical, il n'y a pas de problème, les gens sont sympathiques. (Boursier resté)

Indépendamment des structures, les gens du milieu médical semblent en effet « sympathiques », si l'on en juge des commentaires de plusieurs, dans la mesure où ils sont toujours là pour assister les médecins qui arrivent dans leurs nouvelles tâches. Ce second aspect du soutien apporté par les collègues de travail est relevé autant par les DHCEU que par les boursiers :

Je peux dire que l'intégration au milieu de travail s'est très bien passée, parce qu'au tout début, on est quand même soutenu quand on arrive en région. Pas juste les médecins étrangers, n'importe quel médecin qui arrive.

[...] Il y a toujours quelqu'un qui est là qu'on peut appeler si on est en difficulté. (DHCEU resté)

Ça prend quelques mois avant que tu te sentes assez ferré pour *manager* une urgence. [...] [Alors c'est important d'être bien soutenu pendant cette période.] Et l'accueil a été très bon [de la part des autres médecins], ils nous ont épaulés quand on était à l'urgence, [...] si on avait un problème on appelait l'un d'eux et il descendait à l'urgence nous aider. (Boursier resté)

Quoi qu'il en soit des difficultés d'adaptation ainsi que de la perception de l'accueil dans les premiers temps de la vie en région, notamment au plan professionnel, l'état d'esprit général au moment de l'arrivée chez les médecins interrogés semble plutôt avoir été bon. On l'a vu, pour les DHCEU autant que pour les boursiers, la première raison de leur présence en région était d'ordre professionnel. Si pour les derniers, la région offrait à en plus l'occasion de relever un défi, pour les DHCEU, elle était surtout l'occasion de commencer enfin, dans leur nouveau pays, à faire ce pour quoi ils avaient été formés. Dans l'un et l'autre cas, l'expérience s'annonçait donc intéressante, mais pour que cela dure, il importait qu'elle puisse se dérouler dans les meilleures conditions possibles, d'abord au travail mais aussi à l'extérieur.

Conclusion

Dans cette section, nous avons en premier lieu abordé la question de la préparation des médecins en vue de leur installation en régions éloignées, d'abord sous l'angle de la formation ou de l'expérience déjà acquise, puis de la perspective d'y pratiquer et d'y vivre et, enfin, des motifs conduisant au choix d'une région plutôt qu'une autre. Nous avons dans un second temps traité sommairement des conditions de l'installation (facteurs personnels et familiaux et accueil).

Globalement, la majorité des répondants qui se sont exprimés sur la formation en résidence a estimé qu'elle a été *globalement* utile et adéquate. Les DHCEU en particulier font valoir les avantages de cette formation pour se recycler, se familiariser avec la médecine nord-américaine, et même enrichir leur expérience pratique médicale. Cependant, lorsque interrogés *spécifiquement* sur la préparation pour la pratique en région, plusieurs émettent des réserves et ont un avis mitigé. Deux motifs expliquant leur insatisfaction ressortent. D'une part, ils évoquent l'orientation de leur programme universitaire davantage axé vers la pratique urbaine : la formation donnée surtout par des spécialistes, l'absence de contact avec des professeurs omnipraticiens régionaux pouvant les sensibiliser à la réalité de la pratique en région au cours de leurs études, la tendance à une spécialisation trop rapide qui empêche une vision globale de la médecine et un apprentissage de base polyvalent sont à quelques reprises déplorées. D'autre part, le contact avec la réalité régionale — notamment par les stages en région — est jugé

insuffisant pour acquérir suffisamment d'autonomie et de confiance pour faire face aux défis multiples de la pratique régionale.

Fait intéressant, plus des trois quarts des médecins immigrants ayant pratiqué à l'étranger ont expérimenté, dans leur pays d'origine, une pratique médicale en milieu rural ou régional. La durée varie entre un an et dix ans. Cette expérience rurale et régionale figure clairement comme un *atout* au moment d'aller pratiquer en régions éloignées au Québec, puisque cette pratique médicale à l'étranger leur a appris à développer des qualités particulièrement pertinentes dans les régions, telles l'autonomie et la polyvalence. Ils ont, de plus, eu à se débrouiller dans des contextes difficiles de grande pénurie de ressources ou de situations de guerre.

Certains médecins ont acquis leur expérience de pratique rurale dans le cadre d'années de « service civil » dans leur pays d'origine. Cette obligation de service civil s'effectua en retour de leur formation assumée par l'État et en guise de « reconnaissance ». C'est donc dire que l'idée de travailler en région après leur formation médicale ne leur est pas tout à fait étrangère ou nouvelle, puisqu'ils ont déjà servi leur pays en pratiquant dans des zones éloignées.

Quant à la perspective d'aller en région, selon qu'on soit médecin formé à l'étranger (DHCEU) ou médecin boursier, l'idée de devoir aller travailler en zones éloignées ne soulève pas les mêmes opinions et sentiments. Ainsi, on remarque des réactions à *deux niveaux* chez les médecins DHCEU. D'abord, émerge une première opinion positive où la quasi-totalité des médecins immigrants expriment spontanément leur satisfaction d'avoir eu « la chance » de pouvoir accéder à l'exercice de leur profession dans le pays d'accueil. La notion « d'échange de services » traverse plusieurs entretiens, les médecins puisant soit dans leurs expériences passées de service civil à l'étranger, soit dans leurs sentiments de loyauté et de reconnaissance envers le pays d'accueil, pour affirmer que l'obligation contractuelle d'aller pratiquer quatre ans en régions éloignées leur paraissait « normale » et « correcte ». Elle est perçue comme un marché honorable, surtout dans un contexte de pénurie de médecins en région.

Cependant, un deuxième niveau de réponse, subtil, est émis par les DHCEU. En effet, ces derniers formulent certaines doléances à l'égard de l'obligation contractuelle en raison, notamment, des effets pervers qu'elle engendre sur leur vie conjugale et familiale, de l'iniquité par rapport aux autres médecins non immigrants, ou simplement du mode de vie rural opposé à leurs goûts personnels. En outre, le montant élevé de la pénalité financière est mentionné.

Par contraste, la majorité des médecins boursiers évoquent le défi d'une pratique globale et polyvalente comme principal incitatif à aller en régions éloignées, couplé plus secondairement à un goût de découverte et d'aventure. Clairement, la médecine en milieu régional et rural leur semble être un moyen d'avoir plus d'autonomie dans leur profession, un contact plus étroit et continu avec leurs patients ainsi qu'une occasion de « voir autre chose ».

En fait, cette attitude des boursiers quant à la perspective d'aller pratiquer en région est teintée par leur « jeunesse », c'est-à-dire cette étape de la vie où le goût des défis et de l'aventure est particulièrement attrayant. Également, se profile la notion de « qualité de vie », primordiale chez la jeunesse contemporaine. Les jeunes boursiers médecins n'y sont pas indifférents et recherchent, eux aussi, une qualité de vie conforme à leurs aspirations, en termes de plein air, de quiétude, de moindre stress et de cadre propice pour élever une famille.

Enfin, les raisons évoquées conduisant au choix d'une région sont légèrement différentes selon qu'on soit médecin DHCEU ou boursier. Pour la plupart des médecins formés à l'étranger, c'est la combinaison de divers facteurs qui explique leur décision finale : distance acceptable par rapport à Montréal ou à d'autres centres urbains, expérience heureuse lors des stages de résidence, accueil chaleureux, présence d'autres médecins immigrants qui les invitent à venir s'installer, acceptation de la région par la conjointe, services et activités pour l'ensemble de la famille. Le facteur prépondérant semble toutefois être une distance raisonnable par rapport à Montréal, Ottawa ou Québec associée à la qualité du réseau de transport (routier et aérien). Une région non desservie par un aéroport se verra parfois éliminée au profit d'une autre où un voyage rapide en avion à destination de Montréal est possible.

Quant aux boursiers, les raisons de leur choix découlent directement de leur perspective d'aller en région. Ils choisissent avant tout un endroit stimulant de pratique médicale, un lieu d'expérimentations et d'aventures, un cadre de vie de qualité où se conjuguent le plein air, la beauté des paysages, le calme et la sécurité. Tout comme les DHCEU, ils recherchent eux aussi une région pas trop isolée et éloignée de Montréal ou Québec, avec un système de transport adéquat et un climat de travail et de vie agréable et chaleureux.

Rappelons toutefois une particularité des boursiers. Près de la moitié sont d'origine rurale. Leur choix d'aller en régions éloignées est donc teinté d'une familiarité avec ce type de milieu, acquise lors de l'enfance. Ils ont une connaissance globale des régions québécoises — que les DHCEU n'ont pas — qui les aident à sélectionner la région répondant vraiment à leurs goûts précis. Ils évoquent plus souvent que les DHCEU la

« beauté de la région » et ses qualités environnementales (présence du fleuve et de la mer, montagnes, paysages sauvages, etc.) ainsi que la proximité de la famille ou de la parenté vivant en région, pour expliquer leur décision finale.

Dans la deuxième partie de cette section, nous avons abordé sommairement certaines des conditions de l'installation elle-même. Ont d'abord été examinées les variables de l'âge et du statut familial à l'arrivée.

Ainsi, à l'arrivée en région, presque tous les médecins âgés de plus de 35 ans étaient des DHCEU (16/17). Les DHCEU plus jeunes ont, quant à eux, pratiquement tous quitté (7/8). Ce qui nous amène à émettre l'hypothèse selon laquelle la perspective d'une carrière pour de jeunes médecins formés à l'étranger ne peut être envisagée en dehors des grands centres urbains que si, en cours d'expérience en milieu rural ou régional, des conditions très favorables en viennent à compenser de manière significative les difficultés associées à une seconde migration. En effet, au moment de partir en région les promesses d'avenir de la première immigration, notamment dans une ville comme Montréal, subsistent toujours. Un tel contexte de l'installation en région diffère de celui offert à la compréhension des boursiers du même âge qui perçoivent généralement leur engagement en région comme une chance qui leur est donnée de « voir autre chose » ou encore de tenter l'aventure. Cette perception peut, à la longue, tout aussi bien jouer dans le sens de demeurer en région, si l'aventure est heureuse, que de la quitter afin de poursuivre ailleurs sa carrière. En d'autres mots, le fait d'être jeune ne semble nullement le gage, ici, d'une rétention prolongée en région.

Par ailleurs, la majorité des médecins interrogés (35 sur 45) étaient accompagnés d'un conjoint à leur arrivée en région (17 DHCEU et 18 boursiers). Fait à noter, tandis que les boursiers se répartissent à peu près également entre ceux qui ont quitté la région et ceux qui y sont demeurés (10 c. 8), les DHCEU accompagnés d'un conjoint se retrouvent en proportion plus grande du côté de ceux qui sont partis (12 c. 5). Un tel écart est maintenu si l'on isole ceux qui, en plus du conjoint, étaient accompagnés d'au moins un enfant à l'arrivée (10 c. 4). Dans la mesure où se pose dès le départ la question de l'insertion de leurs enfants en milieu régional, ce résultat laisse entrevoir le poids relatif du facteur de l'éducation scolaire dans la décision de quitter, notamment chez les médecins immigrants.

Pour l'ensemble des médecins interrogés, avec ou sans conjoint, l'installation en région se passe généralement bien. Pour la plupart, c'est moins la question de l'installation en tant que telle qui suscite leurs commentaires que celle de l'accueil qui leur a été réservé : celui de la population en général, mais surtout celui des diverses structures locales ou du personnel des services de santé. En particulier, le soutien des collègues de

travail ressort souvent dans les commentaires relatifs aux premiers temps de l'installation en région, tant chez les DHCEU que chez les boursiers. Deux aspects d'un tel soutien sont dégagés : l'assistance professionnelle et l'orientation dans la communauté.

4.2 L'insertion socioprofessionnelle et familiale en région : un tableau d'ensemble

Dans cette section, nous dresserons un tableau d'ensemble des conditions de l'expérience professionnelle et socioculturelle en région, telles qu'apparaissant dans le discours de nos répondants. Ce volet nous permettra de mieux traiter, par la suite, des conditions de la rétention proprement dite. Les aspects considérés ici sont de trois ordres : professionnel, communautaire et familial.

4.2.1 L'insertion professionnelle : le travail avant tout

C'est pour pratiquer la médecine que les médecins viennent en région, avons-nous vu. Nombreux sont ceux parmi les médecins interrogés qui, en arrivant, ont une idée des caractéristiques de la pratique médicale en région et des conditions de son exercice. Tous pressentent ou finissent par savoir très rapidement que le travail occupera une très grande place dans leur vie. Certains éléments de l'expérience viendront combler leurs attentes ou, du moins, confirmer leurs préconceptions. D'autres viendront les nuancer.

4.2.1.1 L'intérêt de la pratique en région

Plusieurs le savaient déjà avant de venir et se le sont vu confirmer : la médecine en région se caractérise par la diversité de sa pratique. Diversité des cadres, en premier lieu, puisque tous ont fait — et font encore dans le cas de ceux qui sont demeurés (sauf exception) — de l'urgence et de l'hospitalisation. En outre, la grande majorité pratique en CLSC ou en cabinet privé. La diversité se définit en plus, et surtout, par des interventions médicales empruntant, notamment, aux divers domaines de spécialisation.

L'ensemble des répondants, DHCEU autant que boursiers, s'entendent pour dire qu'un médecin en région doit être en mesure de « tout faire ». Il se doit d'être polyvalent. Une telle polyvalence repose sur l'inaccessibilité relative de médecins spécialistes en région ce qui permet aux omnipraticiens d'intervenir jusqu'à la limite de ses compétences dans une grande variété de pathologies et de développer, par delà même, une certaine expertise dans des domaines tels que l'orthopédie, la cardiologie ou l'obstétrique.

Un boursier demeurant toujours en région résume de la manière suivante le type de pratique qui s'y exerce :

En région c'est sûr qu'on a la possibilité de faire beaucoup de choses. Dans des endroits où ce n'est pas [toujours] évident d'avoir accès aux spécialistes, on finit par faire un petit peu de tout : un petit peu de chirurgie mineure là, on fait nos plâtres tout seul, on fait plein de choses, beaucoup d'investigation qui normalement en ville seraient faites par des spécialistes ou des internistes. Bon, on prend un peu plus, on va un petit peu plus loin là dans les différentes facettes de la médecine.

Lui font écho deux DHCEU, eux aussi demeurés en région, et évoquent leur propre pratique :

Je dirais que c'est une pratique tout d'abord très variée. Je fais plusieurs affaires à la fois. [...] On a beaucoup de différents cas. Les cas qui sont suivis à la ville par les spécialistes, ici on doit s'occuper d'eux. On les dirige, on les suit avec les spécialistes conjointement. Mais on a des rôles beaucoup plus actif qu'en ville.

Moi je ne regrette pas [toutes] ces années-là, parce que j'aime pas la monotonie, [...] et puis avec les contacts privilégiés qu'on a avec les spécialistes finalement, on devient spécialistes aussi [rire]. Alors moi si vous me mettez dans un centre urbain maintenant, vous me coupez les deux mains, parce que pour moi c'est du *dispatching*. (DHCEU resté)

Les spécialistes ne sont considérés ici que comme consultants : « On ne *dispatche* pas les patients, on les traite de A à Z, et les spécialistes sont des consultants plutôt que des preneurs en charge » (boursier resté). Ces consultants, s'ils ne sont pas toujours disponibles sur place, le sont généralement par téléphone. Leur collaboration est d'ailleurs excellente et ils reconnaissent pleinement les compétences de leurs collègues omnipraticiens si l'on en croit un répondant :

Les cardiologues, même si on ne les connaissait pas de vue, au téléphone ils étaient très ouverts, et très impressionnés aussi avec les années, par l'expertise qu'on avait développée; impressionnés par ce qu'on était capable de faire [à leur place.] (Boursier parti)

En somme, d'après les commentaires recueillis, les maîtres d'œuvre de la pratique médicale en région, les véritables « preneurs en charge », ce sont les omnipraticiens. Ce sont eux qui savent, qui ont en quelque sorte le dernier mot :

Je suivais toujours mon patient. Je savais tout ce qui se passait avec mon patient. Même quand les spécialistes le voyaient à l'urgence, puis lui donnaient une consultation, on m'appelait pour me dire : « Le spécialiste veut ça avec ton patient, est-ce que tu es d'accord avec ça? » (DHCEU parti)

Ces médecins savent d'autant plus ce qui se passe avec leurs patients, qu'ils finissent par connaître les gens dans la communauté :

On sent que tu es le médecin. Tu prends la personne et [tu la traites] de A à Z. Et souvent, comme c'est une petite population, c'est les mêmes gens-là.

C'est les mêmes familles. [...] Quand ça fait déjà une couple d'années qu'on est là, on connaît pas mal les gens. Alors si on connaît la famille de tel patient qui se présente avec une douleur bizarre dans la poitrine, bien en sachant que dans sa famille il y en a quelques-uns qui sont morts de façon subite là, bien [ça va nous aider]. (DHCEU parti)

Tout compte fait, le médecin en région est un véritable médecin de famille assurant une continuité dans les soins auprès de ses patients (à l'hôpital ou en cabinet) et qui, ainsi, devient une ressource importante dans la communauté :

Les gens te considèrent comme médecin de famille, comme personne-ressource. Ils ne viennent pas te demander de voir le cardiologue, le dermatologue ou le gynécologue. Ils viennent te voir toi, puis c'est toi qui vas [t'en occuper]. Tu les vois à l'hôpital, tu les hospitalises, tu les suis, tu les revois après. Donc ça c'est une médecine qu'on ne retrouve pas ailleurs en ville. [Boursier parti]

De son côté, un DHCEU demeuré en région qualifie cette médecine de « beaucoup plus engagée » qu'en ville. C'est une médecine, ajoute-t-il « où vous devez faire face à la musique, à n'importe quel type de maladie », et où il faut tout faire pour les patients. Un engagement qui peut d'ailleurs être valorisant, comme le souligne l'un des extraits suivants :

En région, à force de ne pas avoir accès aux spécialistes, on est *obligé* – obligé entre guillemets – de tout faire. Donc, on prend le patient *en charge complètement*, et on fait tout pour nos patients. (DHCEU resté)

Le patient qui arrivait à l'urgence, j'étais *obligé* de le *prendre en charge complètement* depuis le début jusqu'à la fin. C'est-à-dire que ce patient-là, si je le savais, là je me sentais valorisé. Je sentais réellement que c'était moi. C'est-à-dire que je sentais que j'avais donné mon maximum. Ce patient-là, je l'avais pris en charge. (DHCEU parti)

Cette notion de « prise en charge complète », signifiant qu'elle implique l'engagement du médecin à l'égard du patient et, en particulier, sa capacité de « faire face à la musique » ou, comme le suggère un boursier, de « faire rouler tout ça » à titre de médecin traitant, se réfère à une autre caractéristique de la pratique en région très souvent mentionnée par les personnes interrogées, à savoir l'autonomie. L'autonomie est en lien logique avec la polyvalence, et donc avec cette capacité de « tout faire » qui se développe à force de pratiquer au maximum de ses possibilités dans un environnement où l'accès aux spécialistes est limité⁴⁶.

⁴⁶ Cette conception semble partagée par l'ensemble des DHCEU et boursiers que nous avons rencontrés, à l'exception notable d'un individu dont il convient ici de mentionner l'objection : « Il y a beaucoup de clichés là-dedans, [...] beaucoup de prêt-à-penser. Il y a le prêt-à-penser de la pratique en région : l'obligation de la polyvalence, la stimulation du nouveau cas. Il faut en prendre et en laisser. » (boursier parti) Pour ce répondant, la pratique médicale en région ne présente pas l'intérêt que lui accorde la rumeur : « Je dirais que c'est une pratique plutôt solitaire, où il n'y a pas beaucoup de stimulation par les pairs. » Ce manque de stimulation, à caractère scientifique, souffre précisément selon lui de ne pouvoir compter sur la présence de spécialistes résidents. Dans

L'autonomie, nous dit un boursier ayant quitté sa région mais pratiquant actuellement dans un milieu rural en périphérie de Montréal, « c'est la possibilité de gérer ses propres affaires, sans avoir à subir la pression des autres professionnels de référer à des spécialistes ». Elle se mesure aussi à la capacité de poser des diagnostics et à prendre des décisions qui, normalement, reviendraient à ces mêmes spécialistes s'ils étaient plus facilement accessibles aux patients.

4.2.1.2 Une médecine exigeante

L'autonomie permet plus de liberté, mais elle implique du même coup une responsabilité plus grande qui, parfois, peut être lourde à porter, et plus encore si la charge de travail augmente du fait de contraintes extérieures. Il y aurait en fait deux dimensions à considérer dans l'analyse du caractère exigeant de la médecine en région : 1) la *lourdeur de la pratique médicale* en tant que telle, générée par la nature des responsabilités associée à ses deux grandes caractéristiques, soit la *polyvalence* — ou la diversité des savoir-faire (traitement des pathologies) ou des types de pratique demandés aux médecins (urgence, hospitalisation, soins intensifs, cabinet privé, etc.) — ainsi que *l'autonomie d'intervention*; 2) la *lourdeur de la charge de travail*, le plus souvent tributaire du nombre insuffisant de médecins omnipraticiens dans la région concernée.

En ce qui concerne la première des dimensions, relative à la lourdeur de la pratique, signalons d'abord qu'elle semble davantage commentée par les répondants qui ont quitté la région. Pour ces répondants donc, l'autonomie comporte sa part d'inconvénients. Le pire, nous dit l'un d'eux, c'est que « là-bas toutes les responsabilités retombaient sur les médecins de famille ». En effet, dans la mesure où la prise en charge engage la responsabilité du médecin à l'égard de chacun des patients qu'il doit traiter, elle peut être à l'origine de beaucoup de stress. Certains contextes sont à cet égard plus propices :

Là où c'est le plus criant, c'est à l'urgence. Sur les étages ça a beau être compliqué, tu as le temps de te revirer de bord, d'appeler quelqu'un. À l'urgence bien il t'arrive n'importe quoi, n'importe quand. Il n'y a pas de limites. (Boursier resté)

[S'il y a un cas difficile à l'urgence], on va appeler un spécialiste à Montréal ou à Québec [...] et si on ne peut rien faire, on va le transférer, mais c'est beaucoup de responsabilités car ce n'est pas facile de penser à tout. (DHCEU parti)

En règle générale, un lien très clair semble s'établir entre le poids de ces responsabilités et le caractère exigeant de la pratique médicale en région. C'est du moins ce que laissent entendre les propos suivants :

Ce que m'a fait comprendre la *pratique exigeante* que j'ai exercée en région, c'est jusqu'à quel point les gestes et les décisions qu'on avait à prendre étaient sérieux. Je veux dire, on avait la vie des gens et le soulagement de ces gens-là entre nos mains. [...] On avait une responsabilité extrêmement lourde sur nos épaules. C'est ça je pense l'élément essentiel. (Boursier parti)

Un autre prix à payer de la polyvalence et de l'autonomie, compte tenu de cette responsabilité qui pèse sur les épaules, est ce qu'un autre répondant appelle « l'exigence de performance » :

C'est [d'abord] une question d'exigence de qualité de soins. [...] Vous voulez que votre patient soit traité comme [il faut]. Là où je travaillais, on avait à cœur de les traiter bien. Mais la différence, elle vient d'où à votre avis? [Elle vient] de vous. Il faut que vous soyez toujours à jour, que vous soyez toujours en contact. [...] C'est plus lourd. C'est plus demandant, plus difficile pour vous. C'est comme si vous travailliez deux fois plus que celui qui travaille dans un grand centre. [...] Dans un grand centre, il y a plusieurs médecins qui sont sur les dossiers. Il y a plusieurs consultants, en médical ou en paramédical. Ce qui fait que chacun fait un bout. Et vous, vous faites votre bout à vous. Mais [en région], votre bout est beaucoup plus gros. Alors il y a une *exigence*. Il faut que vous soyez *performant* pour faire ce bout. Mais c'est plus difficile, donc ça prend plus de temps. (DHCEU parti)

À cette *exigence de performance* se greffe, à la lumière des propos tenus par certains, ce qu'il conviendrait d'appeler une *exigence de disponibilité*. En effet, « Dans ces régions-là, on est appelé à travailler à n'importe quel moment », nous confie une DHCEU ayant quitté. « Même si ce n'est pas notre tour de garde, on nous appelle », confirme un second DHCEU, lui aussi revenu en milieu urbain. Un boursier explique de son côté qu'il y avait, du temps qu'il était en région, la perception que le médecin devait être toujours disponible, même lorsque chez lui : « L'ambulance arrêta dans la cour chez nous, puis elle débarquait quasiment le patient sur mon balcon. Ce n'est pas ça qui se passe à Québec. L'ambulance arrêtera pas chez nous. »

Par ailleurs, certains disent avoir travaillé beaucoup, plus en fait qu'il ne leur était demandé, de manière à profiter au maximum de la diversité des activités qu'offre la pratique en région.

Outre la lourdeur liée au type de pratique, il y a aussi celle occasionnée par une charge de travail accrue en raison d'effectifs insuffisants. La charge de travail peut ainsi varier d'une région à l'autre ou selon les périodes, dépendamment des arrivées ou des départs de médecins.

Il y a eu un départ massif à l'époque pour nous. Pour 8 ou 9 médecins qui faisaient l'urgence, il y en a eu 4 qui sont partis, d'un coup. Et là, l'équilibre qui était établi, il s'est brisé. (DHCEU parti)

Il manquait de médecins. Alors il fallait couvrir plus. [...] Si on est moins de médecins, on fait plus. C'est beaucoup plus lourd et beaucoup plus de charge, beaucoup plus de temps de travail qu'ici [en ville]. (DHCEU parti)

Le gros désavantage [de la médecine en région] c'est le manque de monde pour la quantité d'ouvrage qu'il y a. À ce niveau-là tu as une pression. [...] La charge de travail est énorme. (Boursier parti)

C'est des bilans que j'ai faits [dans ma région] et dans d'autres endroits. Tu as des petites équipes. Tu as une petite équipe pour assurer une garde de 24 heures [par jour], 7 jours [par semaine], 365 jours [par année]. Alors ça revient vite, même si tu n'es pas inondé de travail, au moment où tu es de garde. Ça revient vite. [...] Tu as l'impression d'être toujours à l'hôpital. (Boursier parti)

De manière prévisible, DHCEU et boursiers ayant quitté, à l'instar de ceux se plaignant de la lourdeur de la pratique en région, font davantage état du manque d'effectifs et de ses effets sur leur charge de travail que ne le font leurs collègues étant demeurés. Ce résultat nous donne déjà une indication quant à l'impact probable sur la rétention du caractère exigeant de la médecine en région. Nous verrons, plus loin, dans quelle mesure⁴⁷.

4.2.1.3 Des conditions de travail acceptables

Le caractère exigeant de la médecine qui se pratique en régions éloignées requiert que soient remplies certaines conditions compensatoires. L'analyse de ces conditions ne porte ici que sur les perceptions relatives aux incitatifs financiers (rémunération majorée et primes diverses) ainsi qu'à l'allocation de journées de ressourcement à des fins de formation continue. La question des ressources humaines et matérielles ne ressort, quant à elle, qu'en référence au problème déjà évoqué des effectifs médicaux, et très peu par rapport à celui du manque de spécialistes (ce dont les omnipraticiens s'accrochent plutôt bien, pourvu que l'accès par téléphone soit assuré) ou à celui de l'équipement (dont on considère généralement qu'il est adéquat).

Le tableau 17 montre l'appréciation des médecins interrogés relativement aux conditions financières de la pratique en région.

⁴⁷ Voir section 4.3.

**Tableau 17 : Appréciation des incitatifs financiers
selon le programme et le statut de rétention**

Appréciation des incitatifs financiers	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Bonnes ou très bonnes conditions	5	4	4	5	18
Conditions passables ou mauvaises	8	3	5	4	20
Pas de réponse ¹	2	2	2	1	7
Total	15	9	11	10	45

Note :

1. Question non posée ou refus de répondre.

Les répondants, DHCEU autant que boursiers, sont partagés entre ceux qui, d'une part, considèrent ces conditions comme étant bonnes ou très bonnes et ceux les considérant passables ou mauvaises, d'autre part.

Parmi ceux qui les jugent passables ou mauvaises, on retrouve principalement des DHCEU ayant quitté (8/20). La moitié d'entre eux justifient leur évaluation du fait qu'ils n'ont pu bénéficier de primes d'installation (qui n'existaient pas à l'époque de leur séjour). Les autres jugent qu'ils n'étaient tout simplement pas assez rémunérés pour le travail réalisé ainsi qu'en fonction du coût de la vie en région :

On nous donnait 15 % de plus et on travaillait 50 % de plus qu'en ville.

Ce n'était pas assez pour le travail qu'on faisait là-bas. C'était beaucoup plus stressant [qu'ici en ville].

Ils vous payaient 115 % [...] c'est pas grand chose. Si vous regardez là-bas, le coût de la vie est plus élevé qu'ici.

Les arguments des boursiers ayant quitté sont sensiblement les mêmes :

Je fais plus d'argent maintenant que j'en faisais en région, alors que je travaillais beaucoup plus fort.

Moi, dans mon temps c'était 115 %, mais le 15 % il se dépense tellement vite sur toutes sortes de dépenses de voyage pour voir la famille. [...] Et il y a le coût de la vie aussi en région qui est un petit peu plus cher. Les services sont plus dispendieux.

Quant aux réserves exprimées par les quelques DHCEU et boursiers demeurés en région, elles ne diffèrent pas davantage en substance de celles des médecins ayant quitté. Les propos tenus par un boursiers, toujours en région depuis près de dix ans, permettent néanmoins de les inscrire dans une perspective faisant appel à la spécificité de la pratique en région :

On en a des compensations [...] jusqu'à un certain point. Ce qui est insultant souvent, c'est quand tu vois tes collègues qui ont déjà pratiqué ici, puis qui s'en vont en ville. [...] Ils ont une rémunération qui souvent est pas mal supérieure à la nôtre, avec beaucoup moins de responsabilités, beaucoup moins de stress associé à ça. Parce que ce n'est pas la même médecine. [...] [Le problème], c'est que la qualité de médecine qu'on pratique ici n'est pas reconnue à sa juste valeur.

Par ailleurs, quel que soit leur programme ou leur statut de rétention, les médecins qui considèrent bonnes ou très bonnes les conditions de rémunération en région, tiennent tous plus ou moins le même discours. Ces conditions sont par exemple décrites comme étant « agréables », « intéressantes », « meilleures qu'ici [en ville] », « assez correctes », etc. Un DHCEU et un boursier croient, pour leur part, qu'elles peuvent avoir joué un rôle dans le fait qu'ils soient encore en région. « Je ne peux pas dire, s'avancera le boursier, que je suis resté pour ça, mais en même temps je me demande si ça n'a pas joué un rôle jusqu'à un certain point. »

Au total, et en dépit des nombreuses réserves ou objections exprimées à leur endroit, les conditions financières demeurent relativement acceptables pour l'ensemble des répondants.

Le ressourcement, par contre, est une mesure qui semble faire largement l'unanimité. Environ la moitié des répondants, DHCEU autant que boursiers, considèrent qu'elle répond tout à fait adéquatement à leurs besoins, non seulement au point de vue de la formation, mais également parce qu'elle représente un moyen de se « changer les idées » à l'occasion et, pour certains, de se replonger dans l'atmosphère des grands centres urbains où se tiennent généralement les divers congrès ou formations. À cet égard, les 20 journées allouées annuellement sont jugées suffisantes et réalistes compte tenu des contraintes liées au travail.

Cet aspect contraignant de la pratique, en revanche, est considéré par près d'une quinzaine de répondants DHCEU et boursiers comme la seule ombre au tableau d'une mesure compensatoire par ailleurs très appréciée. En effet, la plupart affirment ne pas pouvoir profiter de toutes ces journées étant donnée la charge de travail qu'ils doivent assumer. Certains parmi eux, à l'inverse, souhaiteraient que ce nombre soit augmenté. D'autres enfin, assez peu nombreux, croient que les indemnités ou forfaits qui sont prévus au programme ne suffisent pas à compenser pour le salaire perdu ou ne couvrent pas correctement les frais de déplacement.

Quant à l'objectif de la formation continue qui est à la base du ressourcement, les deux extraits suivants témoignent de son importance en tant que mesure d'appoint à la pratique médicale en région et à l'exigence d'autonomie qu'elle sous-tend :

Le ressourcement est très important, parce que ça vous donne des outils, et vous sentez que vous n'êtes pas abandonné là. [...] Parce que parfois c'est l'impression qu'on a un peu là, on va te faire signer ton contrat et puis on va te dire « Vas-y, [débrouille-toi] ». En tout cas, j'ai trouvé ça intéressant qu'on ait la possibilité de faire ces formations. (DHCEU parti)

On s'imposait de faire nos 20 jours [dans l'équipe]. C'était dans mon esprit à moi une obligation à ce moment-là. Je me serais senti vraiment mal d'avoir fait une erreur de traitement en raison de mauvaises connaissances. (Boursier parti)

Dans les deux cas, apparaît le souci de s'outiller le mieux possible pour être en mesure de « faire face à la musique ». Ainsi, le ressourcement compense-t-il en partie le fait d'être livré à soi-même. En somme, il participe en un certain sens aux conditions requises à l'exercice de la médecine en région. Pour les DHCEU, il apparaît d'autant plus utile qu'il permet d'atténuer, comme le suggèrent les propos ci-dessus, le sentiment d'avoir été « lâché dans la nature » sans autre forme de compensation, ni de préparation⁴⁸.

4.2.1.4 Le soutien des collègues et du personnel infirmier

L'un des avantages de la participation à des congrès ou à des formations, selon certains répondants, est de rencontrer des collègues et d'échanger avec eux sur divers aspects de la pratique médicale en région. Mais les relations entre médecins ne se limitent évidemment pas à de tels contextes privilégiés. Le contexte du travail en est un où, non seulement se produisent de tels échanges, mais où, compte tenu des exigences, ils doivent souvent prendre la forme d'une étroite collaboration.

Le soutien des pairs, afin que soit assurée au mieux la prise en charge des patients, est jugé essentiel par les médecins interrogés. C'est du moins ce que nous incite à croire l'appréciation généralement positive de la presque totalité des répondants quant à leur expérience des relations de travail en région. (tableau 18) En effet, seulement trois répondants jugent de telles relations mauvaises. De plus, la proportion de ceux considérant qu'elles ont été excellentes ou bonnes est largement supérieure à celle des répondants les ayant trouvées correctes « sans plus » (30 c. 12). Dans l'un et l'autre cas, le fait d'être DHCEU ou boursier, parti ou demeuré, ne semble nullement intervenir dans l'explication de ces perceptions. Par contre, l'écart au profit des DHCEU partis, pour l'une et l'autre des positions (9 c. 6 et 5 c. 2), est intrigant dans la mesure où il ne s'observe pas chez les boursiers. En particulier, il est curieux que la perception positive des relations (très bonnes ou excellentes) soit plus fréquente chez les DHCEU qui sont

⁴⁸ Contrairement aux boursiers qui, en acceptant les bourses en l'échange d'un engagement en région, non seulement étaient compensés, mais avaient aussi le temps de voir venir et de se préparer en conséquence.

partis que chez ceux qui sont demeurés. Chose certaine, une telle perception peut difficilement être considérée comme un indicateur possible de la rétention.

Tableau 18 : Appréciation des relations de travail selon le programme et le statut de rétention

Appréciation des relations de travail	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Excellentes ou très bonnes	9	6	8	7	30
Correctes « sans plus »	5	2	3	2	12
Mauvaises	1	1	–	1	3
Total	15	9	11	10	45

Des trois répondants qui considèrent mauvaises les relations de travail, l'un est un DHCEU demeuré en région malgré le racisme et la discrimination dont il dit avoir été victime de la part de certains collègues. Les deux autres, un DHCEU et un boursier, attribuent ces rapports difficiles à l'insuffisance des effectifs médicaux et au surcroît de travail qui en découle. Relatant son expérience, le boursier laisse entendre qu'un tel problème n'existait pas au cours de ses premières années, mais que les choses avaient par la suite changé :

Au début, c'était parfait. Mais c'est sûr qu'à un moment donné quand tu es peu de monde, veut, veut pas, il y a des frictions. Ça devient un peu plus tendu, ça devient un peu plus difficile quand tu es en restriction d'effectifs là.

L'atmosphère est d'autant plus tendue que la responsabilité est grande et que le seul moyen de l'assumer est de pouvoir compter sur le soutien des autres médecins. Dans le contexte d'effectifs restreints, un tel soutien est moins susceptible d'être offert :

Parce que, en plus [d'avoir toute cette responsabilité sur le dos], tu n'avais aucun soutien. Tu avais un problème avec un patient, ah! Il n'y avait personne qui pouvait t'aider. Ce n'est pas qu'ils ne voulaient pas t'aider. C'est qu'ils ne pouvaient pas, ils étaient trop occupés [de leur côté]. (DHCEU partis)

Ainsi, chacun étant surchargé, il devient impossible, en cas de nécessité, de faire appel à la collaboration des pairs.

En ce qui concerne la perception des relations de travail qualifiées de *correctes* « sans plus », elle met principalement en évidence le caractère de normalité et le fait, qu'en définitive, c'est surtout la règle du « chacun pour soi » qui prédomine :

Oui c'était une collaboration normale. C'est-à-dire, vous faites votre travail, je fais le mien. Mais bon, [...] on travaillait ensemble, [...] sans essayer d'aller plus loin. (DHCEU parti)

Si on a un pépin, [...] on va demander un conseil, mais il n'y a pas une collaboration collective là, pour dire que si on a telle chose on s'assoit et puis on va faire ceci ou cela, c'est plus individuel. (DHCEU resté)

Oui [il y avait de l'entraide], mais il fallait que tu ailles chercher l'information [toi-même] C'est une constatation là, ce n'est pas un blâme. [...] C'était *correct*, mais pas plus, pas d'extra. Pas de moins [non plus]. (Boursier parti)

Bien que les rapports d'ordre professionnel ne posent ici aucun problème, certains répondants n'en observent pas moins une absence relative de cohésion parmi les médecins. En outre, des facteurs d'ordre culturel peuvent venir accentuer cette absence de cohésion :

C'est plutôt entre collègues qu'on n'avait pas le lien. Un peu comme si on était perdu avec les autres collègues [québécois]. On n'avait pas [...] des collègues [du pays d'origine] avec nous pour pouvoir se confier. [...] Les contacts n'étaient pas aussi familiers. Au point de vue relation seulement, mais point de vue professionnel c'était *correct*. (DHCEU parti)

À l'absence de cohésion dans les groupes de médecins est opposé ce que la majorité des répondants nomment explicitement, ou sous-entendent lorsqu'ils parlent de relations « excellentes ou très bonnes » avec les collègues, l'esprit d'équipe. Une DHCEU toujours en région en exprime parfaitement la signification :

On a un climat très bon, plutôt des relations intercollégiales, avec les spécialistes et les médecins de famille, c'est comme toute une famille en fait. Alors on ne se sent pas du tout gêné de demander de l'aide. Puis c'est comme si on parlait avec un bon ami. [...] Ce sont de très, très bonnes relations de travail. (DHCEU resté)

Un autre DHCEU, celui-là de retour en ville, évoque le caractère multiethnique de l'équipe médicale et la familiarité des rapports qui régnait entre ses membres. Là-bas, « c'était très proche, plus intime », prétend un troisième. Pour un autre, une telle proximité, malgré l'excellence des relations, n'était pas toujours avantageuse : « Tout le monde était au courant d'à peu près tout; ça parlait dans les couloirs et tout ça ». Ce genre d'inconvénient ne porte cependant pas ombrage au sentiment de former une équipe et aux avantages que cela peut procurer :

On essaie toujours de former une équipe ici. On travaille en équipe en fait. (DHCEU resté)

[En région,] les médecins travaillent en équipe. Trois, quatre médecins qui forment un groupe. Ils s'occupent des soins hospitaliers ensemble, d'autres font l'urgence. Alors par exemple, vous pouvez quitter la région pour aller visiter la famille [en ville] de temps en temps. Il y a d'autres médecins qui s'occupent de vos patients. (DHCEU resté)

Ce sens de l'équipe ne se limite pas seulement au contexte du centre hospitalier. Selon une DHCEU demeurée en région, il s'agit aussi de l'expression, au plan professionnel, d'une culture locale :

La culture locale, elle est beaucoup centrée sur les petits groupes, les petites équipes, c'est-à-dire que chaque clinique c'est un petit groupe : moi je travaille dans mon groupe, c'est très fort ça, le sentiment d'appartenance par petit groupe, surtout par clinique.

Une telle culture, donc, facilite le développement de relations interpersonnelles.

Les boursiers, de leur côté, tiennent un discours semblable. Pour l'un d'eux, ayant depuis quitté sa région, « on était pratiquement des frères, on s'appuyait, on s'aidait, autant du point de vue professionnel que social ou familial. » Un autre insiste sur le fait qu'« en région, on avait besoin de se serrer les coudes » et que cela avait nécessairement un impact sur le développement des relations interpersonnelles. Au plan professionnel, ce besoin se cristallisait par ce qu'il appelle le « travail en collégialité » :

En région, tu dois travailler en collégialité. Je n'ai jamais posé autant de questions que durant ces quatre années-là, autant à mes collègues omnipraticiens qu'aux collègues spécialistes.

C'est exactement cela qu'il faut faire en région, tient pour sa part à préciser un boursier qui, lui, est demeuré : « Si on est embêté, on prend le téléphone et on appelle un collègue [omnipraticien], c'est correct là. [...] Ici tous les médecins se tiennent ensemble ».

Un tel esprit d'équipe constitue « vraiment un point fort » des conditions de la pratique en région, selon un quatrième boursier toujours en poste. Pour d'autres enfin, la composition de l'équipe de travail serait une dimension très importante de la qualité de vie professionnelle.

Or, justement, l'équipe semble s'étendre chez certains — DHCEU autant que boursiers — au personnel infirmier. Quelques-uns rendent hommage à leurs compétences, d'autres à leur expérience du milieu et plusieurs, à leur soutien indispensable. Fait intéressant relativement à ce dernier point, le seul boursier pour lequel les relations avec ses collègues n'ont jamais été heureuses, sauf au début⁴⁹, qualifie par contre de très bonnes celles qu'il continue d'entretenir avec les membres du personnel infirmier : « Ça a toujours été très bien : familial, convivial, coopératif ». Sans un tel climat, on peut croire qu'une partie des conditions requises à une bonne réalisation du travail aurait probablement fait défaut dans son cas.

⁴⁹ Voir première citation de cette section.

4.2.1.5 Des relations familiales avec les patients

Un dernier aspect de l'expérience professionnelle en région concerne le type de relation qu'entretiennent les médecins avec leurs patients. Dans la mesure où, on l'a vu, la « prise en charge complète » des patients constitue une caractéristique de la pratique médicale en région, il se crée forcément un lien privilégié entre ces derniers et leur médecin.

Ce lien s'établit avant tout du fait de la disponibilité du médecin à l'égard du patient. Une disponibilité plus engageante en milieu rural ou semi-rural qu'elle ne peut l'être en ville. L'extrait suivant en illustre le principe :

Là-bas, il faut considérer les patients comme des membres de la famille et être toujours disponible. Alors qu'à Montréal, la clientèle est cosmopolite et les relations ne sont pas aussi intimes. (DHCEU parti)

Or, il se trouve que cette disponibilité peut parfois s'étendre au-delà du cadre habituel de la relation professionnelle :

Là-bas, je m'impliquais plus avec les patients. [...] J'étais toujours en contact avec eux. [...] Je faisais même des prescriptions quand j'étais au centre d'achat. Je traînais toujours mon *pad* de prescription avec moi. (DHCEU parti)

Moi, j'ai toujours été très disponible avec mes patients : beaucoup ont mon numéro de téléphone à la maison. [...] Et puis on est quand même intégré au milieu, quand on va à l'épicerie et qu'on rencontre nos patients, [...] notre travail ne s'arrête pas à notre bureau. On a un engagement. (Boursier resté)

Cette sorte d'engagement, qui n'est pas ici le fait de tous les répondants, n'en soulève pas moins la question des limites de la disponibilité des médecins dans des milieux relativement peu peuplés et marqués par la familiarité des rapports.

Deux aspects doivent donc être distingués dans l'analyse de la perception de la relation médecin-patient : la relation dans le contexte proprement médical ou professionnel, et la relation à l'extérieur de ce cadre.

A. La confiance du patient

Lorsque interrogés sur leur appréciation de la relation médecin-patient en région, un peu plus du quart des répondants (n=13) — surtout des boursiers (9/13) — évoquent, soit le

caractère ouvert et chaleureux de leurs patients, soit la familiarité ou l'intimité du lien qui les unissait, ou les unit encore, à eux⁵⁰.

Les gens étaient très gentils. [...] C'était un rapport très chaleureux entre le médecin et le patient. J'ai eu beaucoup de patients comme ça là-bas. J'ai eu le temps de les connaître. (DHCEU parti)

C'est des gens qui sont très ouverts, qui sont très faciles d'approche là. [...] Je pense qu'ils sont moins froids que les patients en ville. (Boursière demeurée)

Dans le milieu là-bas, la relation avec le patient était beaucoup plus familiale [...] Donc avec les patients, le tutoiement, la familiarité comme avec quelqu'un dont on exige beaucoup aussi. Ça c'est très différent du milieu dans lequel je pratique actuellement. [...] Au début, ça fait un peu particulier, mais avec le temps on s'habitue. (Boursier parti)

C'est sûr que certains patients d'emblée sont plus familiers. Mais ils ne m'appelleront jamais Dr. [nom du médecin], ils vont m'appeler [prénom]. Mais ça ne me dérange pas, parce qu'il y a quand même une barrière qui n'est pas franchie, le respect est toujours là; [eux ils sont] les patients, puis moi je suis médecin. (Boursière demeurée)

Tout en demeurant respectueux, les gens semblent avoir besoin de cette familiarité pour établir un climat de confiance avec leur médecin. De leur côté, les médecins en ont également besoin s'ils veulent mieux répondre aux demandes de leurs patients. Car, comme le dit l'un d'eux, « Avec mes patients, ce n'est pas [seulement] la question médicale. Il y a aussi la question sociomédicale. Il faut parler de beaucoup de choses. C'est pourquoi il faut être plus familier avec le patient. » (DHCEU parti)

Ce climat de confiance se révèle une caractéristique dominante de la relation médecin-patient en région. En effet, plus de la moitié des répondants, DHCEU autant que boursiers, définissent une telle relation, soit par le fait que les gens tendent à se confier facilement ou à déborder à tout moment du cadre médical pour parler de choses et d'autres, soit par leur propre tendance à prendre le temps qu'il faut pour voir leurs patients en consultation :

Il y avait des patients qui venaient nous parler de choses ordinaires, même pas de maladie. [...] Il y avait une confiance entre le médecin et le patient. Ils nous parlaient [de ce qui se passait] dans leur communauté, dans leur vie. (DHCEU parti)

Les gens qui consultent te parlent aussi souvent de choses qu'ils ressentent. (Boursier parti)

⁵⁰ Un tel écart entre DHCEU et boursiers s'explique peut-être du fait de la perception chez les DHCEU d'une distance culturelle relative avec la population locale (voir 4.2.2.2.) en même temps que, chez les boursiers, d'une certaine proximité culturelle avec celle-ci.

Oui, il y avait un rapport plus humain parce qu'on se sentait plus proche d'eux autres. [...] On essayait de partager leurs préoccupations.(DHCEU parti)

J'avais un patient à l'urgence, puis je prenais trois quarts d'heure pour le voir parce que je ne pouvais pas le laisser partir en lui disant d'aller voir son médecin de famille, parce qu'il n'y en avait pas. Je ne pouvais pas lui dire, bien là, c'est une niaiserie que vous avez, allez-vous en, parce que je le voyais au dépanneur le lendemain. (Boursier parti)

En somme, comme le rappelle un DHCEU toujours en région, « Les patients c'est comme des membres de la famille. [...] Il faut être à leur écoute ».

Cela fait partie du travail du médecin en région que d'écouter, précise un autre DHCEU y pratiquant encore, car « On est plus connu par les patients, [alors] ils vont se confier encore plus ». Un boursier étant lui aussi demeuré lui fait écho : « J'ai la satisfaction d'avoir une clientèle qui me connaît et qui me fait confiance ». Une satisfaction qui, en somme, s'appuie sur le sentiment que les gens peuvent, plus qu'en ville, compter sur ses compétences du médecin. « Ils savent, affirme un autre boursier, qu'ils peuvent un peu plus compter sur nous qu'en ville. » Dans ces conditions, les patients acceptent plus volontiers l'autorité du médecin, croit encore un autre DHCEU : « Vous pouvez parler à votre patient comme quelqu'un qui peut avoir une influence sur lui. “Écoute, il faut que tu changes ceci ou il faut que tu fasses cela!” Je ne crois pas qu'en ville on pourrait faire une médecine pareille ».

Parfois, une telle confiance du patient à l'égard de son médecin semble un peu trop teintée d'une personnalisation de leurs rapports, comme si ce n'était plus le médecin qu'on venait voir mais l'individu lui-même. Un boursier ayant quitté rend compte de cette situation :

Là-bas quand quelqu'un t'approchait comme médecin puis ne faisait confiance qu'à toi là, parfois ça compliquait un peu les choses. Comme lorsqu'on partait une semaine... Je me rappelle un patient en particulier, il ne voulait voir personne avant que j'arrive. À un moment donné, il a fallu quasiment que je me choque.

Dans le même ordre d'idées, mais sans qu'il ne soit explicitement fait référence aux notions de confiance ou de familiarité des rapports, d'autres répondants rapportent la tendance de certains patients à dépendre de leur médecin ou à leur être spécialement attachés : « En région, ils s'attachent à toi, ils s'accrochent », nous dit un boursier ayant quitté. C'est d'ailleurs pour cette raison, soulignent certains, que les gens n'apprécient pas que les médecins demeurent si peu longtemps en région.

B. Les limites de la familiarité

Bien que pratiquement tous les répondants voient d'un bon œil le développement de rapports familiaux entre le médecin et son patient, nombreux sont ceux qui jugent nécessaire d'en fixer les limites lorsque le contexte de la relation déborde le cadre habituel de la consultation médicale.

Près de la moitié des DHCEU (10) et la très grande majorité des boursiers (17) font état de cette nécessité, la plupart en des termes non équivoques quant à l'importance d'établir une frontière étanche entre vie professionnelle et vie privée⁵¹ :

Moi, j'ai eu des patients qui venaient souvent à la maison. J'étais très poli, et je pense qu'ils ont compris qu'il fallait faire une différence entre ma vie privée puis ma vie professionnelle. (Boursier parti)

Le docteur tu le vois à l'épicerie : «C'est quoi le résultat de ma prise de sang, avez-vous eu mon résultat?» [...] Tu sais, ça n'arrête pas, surtout dans les petits villages là, tu sais. C'est tannant, parce qu'il faut que tu mettes tes limites. (Boursier parti)

Le moins que tu es fin avec les gens là, que tu es apprécié, tout le monde t'accoste. Ce n'est pas : «Bonjour, comment ça va?», genre amical. Non, c'est médical. Ça manque un petit peu de civisme tant qu'à moi. [...] Parlez-moi pas de vos maux de ventre quand je suis en train de mettre la main sur un piment vert là. (Boursier parti)

Ça arrive que les patients cherchent les consultations de corridor. Ils nous accrochent : «Ah! Docteur, j'ai tel et tel problème». Soit ils veulent avoir un conseil, soit ils veulent savoir quand ils pourront me voir. Alors je n'aime pas les situations comme ça. (DHCEU resté)

D'autres répondants se montrent moins irrités par ce genre de situations, notamment parce qu'elles tendent à se produire moins fréquemment. La cause en serait les limites que s'imposeraient les patients eux-mêmes :

Ça peut devenir étouffant. [...] Mais la plupart des gens respectent quand même, ils comprennent le principe de la vie privée. (Boursier resté)

C'est sûr que je ne pouvais pas faire mon épicerie tranquille, mais les gens ne venaient pas me parler de leurs bobos. Tu sais, ils t'accrochent, ils te jasant [de choses et d'autres]. (Boursier resté)

Les patients venaient me voir à la maison, parfois, et il s'arrêtait, «Bonjour docteur!», puis on jasant. Les gens, de ce que moi j'ai vécu en région, sont très respectueux de la vie privée du médecin. En tout cas, je n'ai jamais eu à

⁵¹ Voir note précédente concernant l'hypothèse de perception chez les DHCEU d'une distance culturelle relative et, chez les boursiers, d'une proximité culturelle pour tenter encore une fois d'expliquer un tel écart. En ce cas-ci, les limites seraient d'autant moins rigides chez les premiers qu'il y aurait chez eux un besoin de se rapprocher de la population. À l'inverse, chez les boursiers, la frontière doit être d'autant plus clairement établie entre le professionnel et le privé qu'il y a proximité à un niveau culturel plus large.

remettre quelqu'un à sa place pour lui dire : «Écoute là, m'appeler à la maison, trois fois par jours ça va faire là.» [...] Oui il faut être chaleureux. Mais il ne faut pas dépasser ça là. Je pense que je le signifiais bien aux gens aussi, je veux bien vous aider, mais il y a des limites aussi. (Boursier parti)

Par ailleurs, plusieurs répondants s'accrochent de ces inconvénients et préfèrent voir dans les liens conviviaux avec leurs patients en dehors du cadre professionnel une caractéristique intéressante de la vie en région. Le nombre des DHCEU de ce sous-groupe dépasse largement celui des boursiers (13 c. 3). Parmi l'ensemble de ces répondants se retrouvent les trois cités au début de cette section (4.2.1.5) afin d'illustrer le thème de la disponibilité et de l'engagement. Si les autres ne se montrent pas aussi précis dans la manière de définir leur rôle au sein de la communauté, tous démontrent une ouverture à l'idée de « jaser un peu » avec leurs patients dans la rue, à l'épicerie du coin ou au supermarché, et surtout, affirment ne pas être « dérangés » par cette réalité particulière de la vie en région.

4.2.2 L'insertion dans la communauté

4.2.2.1 Le « petit milieu » comme cadre des relations sociales

Le caractère familial des rapports entre médecins et patients est, dans une certaine mesure, reproduit à l'échelle de la communauté entre ces mêmes médecins et l'ensemble de la population. Ces communautés étant relativement petites, les médecins sont virtuellement appelés à soigner à peu près tout le monde. Par la force des choses, ils deviennent donc connus de tous et ne peuvent, dans les lieux publics, échapper aux contacts quotidiens avec des gens qui d'emblée les reconnaissent et les gratifient des politesses d'usage.

Ici, dira une DHCEU que la chose ne dérange guère, « On vit dans la communauté, [il est donc normal qu'en] faisant l'épicerie, je rencontre dix personnes ». Un autre ne voit aucun inconvénient à cette absence d'anonymat :

Il n'y a pas d'anonymat ici. Vous connaissez les gens et c'est bien. Ils ne vont pas vous embêter quand vous allez au marché ou faire vos courses. Mais c'est très rare qu'ils ne vous diront pas «bonjour», parce que tout le monde vous dit bonjour ici, les gens se connaissent. (DHCEU resté)

Deux autres DHCEU, l'un parti et l'autre demeuré, trouvent plutôt plaisant d'être repérés par les gens. Cette situation éveille chez l'un et l'autre un sentiment comparable d'appartenance au milieu ou de reconnaissance comme l'un de ses membres :

C'était un peu plus chaleureux, parce que c'est un petit milieu et que tout le monde te connaît. C'était un peu comme une grande famille.

Je trouve [bien] que ce ne soit pas anonyme. Tu croises facilement des gens que tu connais, mais sans que ça ne devienne envahissant là. Puis, il y a des gens qui te repèrent. [...] J'aime ça beaucoup quand les gens finalement reconnaissent ton nom.

Parmi les boursiers, très peu semblent apprécier cette caractéristique de la vie en région. L'un d'eux, par exemple, l'évalue favorablement en y voyant une preuve de la reconnaissance du milieu, mais ne manque pas, par la même occasion, de lui trouver un « côté envahissant ».

En fait, la grande majorité des répondants qui se prononcent sur le fait d'être ainsi reconnu par « le monde de la place » — surtout des boursiers mais aussi quelques DHCEU — y voient moins là une source de satisfaction qu'une source de problèmes à la longue. Le besoin d'anonymat se fait d'autant plus pressant que l'on ne se reconnaît pas toujours dans cette mentalité particulière caractéristique des petits milieux :

Dans des petites villes comme ça, quand tu es très connu après des années, tu deviens un peu comme une vedette là. Les gens vous reconnaissent partout. [...] Ce qui fait que des fois, quand on venait à Québec, j'étais bien content d'aller au centre d'achat et [de voir] que personne ne me connaissait. (Boursier parti)

En milieu rural, ce n'est pas la même mentalité. Tout le monde se connaît. Tout le monde sait que tu es médecin. Les gens te reconnaissent partout, ils te voient partout. Tu n'as pas beaucoup d'individualité. Tu n'as pas beaucoup d'intimité (DHCEU parti)

Le peu d'intimité est fréquemment mentionné par les répondants. Il est associé à ce que l'un d'entre eux appelle « le problème de la proximité dans les petits milieux », un voisinage qui fait que tout finit toujours par se savoir :

C'était agressant parce que tu n'as pas d'intimité. Tout le monde te connaît. Tu fais quelque chose, tu sors, tu vois du monde, et tout le monde sait ce qui se passe dans ta vie privée. (Boursier parti)

Il faut que tu fasses bien attention. Tu vas à un 5 à 7 puis toute la ville en entend parler. [...] Relaxe un peu, on a le droit de prendre une bière en public là [rire]. [...] Aller prendre une bière avec mes amis au petit bar du coin, puis en entendre parler, c'est un petit peu effrayant là. (Boursier parti)

Là-bas les médecins n'allaient pas dans les bars parce que tout le monde vous connaît. « Ah! il a prit un coup hier! » Vous voyez. [...] Tandis qu'ici vous n'êtes personne, vous faites ce que vous voulez. [...] Là-bas c'est « Ah! Celui-là c'est le docteur! ». Il faut aimer ça. (DHCEU parti)

En ville tu peux faire n'importe quelle folie. Personne ne va te reconnaître. Tandis qu'ici tu ne peux pas faire [ce que tu veux], tu ne peux pas tout faire. (Boursier resté)

Le contact ou la relation avec les gens dans un petit milieu, ça a ses côtés plates aussi là. Il faut que tu fasses attention à ce que tu dis. (Boursier resté)

Ce souci de constamment « faire attention » à ce que l'on dit ou à ce que l'on fait aurait pour effet, selon les dires d'un autre boursier, de raffermir les liens entre les médecins sur place. « C'est pour ça qu'on se tenait beaucoup entre médecins, affirme-t-il, tu ne veux pas que les gens de la place entre dans ton intimité, puis dans ce que tu fais. »

Sans qu'elle ne soit nécessairement liée dans tous les cas au besoin de préserver l'intimité, la tendance à créer des liens d'amitié ou de camaraderie entre médecins, en dehors des rapports professionnels, se vérifie chez bon nombre de répondants. En effet, seulement quatre DHCEU et quatre boursiers affirment ne pas avoir établi de tels liens avec leurs collègues de travail (tableau 19 – Relations à l'extérieur seulement et Aucune relation). Parmi ces huit répondants, trois médecins ayant quitté disent ne pas en avoir établi davantage avec des gens du milieu.

Par ailleurs, le tableau 19 démontre que 18 répondants, dont douze DHCEU, n'ont guère développé de liens en dehors du milieu de travail. Cela laisse supposer un difficile rapprochement entre ces derniers et les populations locales. D'ailleurs, huit d'entre eux ont quitté la région et trois des quatre y étant demeurés sont des médecins arrivés seuls⁵² et qui se rendent régulièrement dans l'un ou l'autre des grands centres urbains où résident toujours leurs conjoints ou enfants.

Finalement, le tiers des DHCEU (8/24) et la moitié des boursiers (11/21) soutiennent avoir entretenu des liens aussi bien avec des collègues de travail qu'avec des individus de la communauté.

Tableau 19 : Relations sociales selon le programme et le statut de rétention

Relations sociales	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Au travail seulement	8	4	3	3	18
Au travail et à l'extérieur	4	4	6	5	19
À l'extérieur seulement	1	1	1	2	5
Aucune relation	2	–	1	–	3
Total	15	9	11	10	45

Pour rendre compte des liens d'amitié entre médecins, sont parfois invoquées des affinités naturelles entre individus, mais aussi la reproduction, au plan des activités sociales ou culturelles, de l'esprit d'équipe qui caractérise dans bien des cas leurs

⁵² Voir tableau 16.

rapports au plan professionnel. Par exemple, un boursier décrit l'atmosphère qui régnait à une certaine époque au sein de son groupe d'amis médecins :

Il y avait une solidarité. Ce n'était pas rien qu'un groupe de professionnels qui travaillaient ensemble. Ça devenait aussi un groupe de gens qui avaient des activités sociales ensemble. On se rencontrait une fois par semaine, pour faire un *friday night* ou pour boire de la bière chez l'un ou chez l'autre. [...] On avait du fun ensemble. On faisait aussi des activités sportives. (Boursier resté)

Une DHCEU, de son côté, décrit ces liens au présent : « Mes collègues de travail sont devenus des amis au fil des années, on travaille ensemble dans l'équipe à l'hôpital, on se rencontre les fins de semaine ».

La plupart y vont de commentaires qui ne supposent pas toujours des liens d'amitié, mais qui, dans tous les cas, témoignent d'activités communes :

À plusieurs reprises, j'ai fait des partys chez moi, ils [les autres médecins] venaient à la maison. On sortait parfois ensemble [...] pour prendre un verre ou bien aller dans un restaurant. (DHCEU parti)

On faisait des activités sportives, du vélo, du jogging, du ski de fond; puis sociales bien sûr, des soupers, des rencontres, des soirées thématiques... La fête de quelqu'un, la fête d'un départ de médecin. On cherchait des prétextes tout le temps! [rire] Et on s'en trouvait. (Boursier parti)

Les liens étroits hors travail, avec des collègues tout comme avec des « gens la place » (employés ou non des services de santé locaux), impliquent généralement la réalisation commune d'activités de loisir (plein air, soupers au restaurant ou chez les uns et les autres) ou, le cas échéant, centrées autour des enfants. Parmi les natifs de l'endroit, des voisins ou des commerçants, parfois des patients, deviennent, entre autres, des compagnons idéals pour des excursions de chasse, de pêche ou pour d'autres types d'activités. En certains cas, des liens d'amitié ont été créés et maintenus au cours des années, y compris par les médecins ayant quitté la région, DHCEU ou boursiers.

Certains parmi ceux qui entretiennent des liens en dehors du milieu de travail évoquent le voisinage comme lieu premier de leurs rapports avec la population. Par exemple, les voisins y sont parfois vus comme source potentielle de soutien ou d'entraide (« pas parce que j'étais médecin », dira un DHCEU ayant quitté), ou comme membres d'un réseau particulier d'amis ou de connaissances avec lesquels sont organisées des activités de tous genres (tel ce boursier qui organisait avec ses voisins des parties de hockey dans sa rue). Ils peuvent en outre servir de garantie de sécurité pour les enfants : « Ici tout le monde se connaît, réaffirme un boursier, les voisins connaissent mes enfants, ce serait difficile pour quelqu'un de partir avec un de mes enfants sans que je le sache ».

En règle générale, les rapports avec la population sont vus par les répondants comme étant « faciles » ou « chaleureux ». Mais ils ne sont pas toujours simples pour des individus qui ne partagent pas les mêmes intérêts ou les mêmes valeurs, qui se sentent limités par le genre d'activités qu'ils se voient offrir ou encore, qui se perçoivent ou sont perçus comme étrangers à la communauté.

Les témoignages de deux boursiers et d'un DHCEU qui n'entretenaient des liens étroits qu'avec leurs collègues de travail, traduisent bien ce genre de difficulté. Ces médecins ont d'ailleurs quitté la région. L'un des boursiers décrit de la manière suivante les limites de ses propres rapports aux « locaux » et le clivage qui, de ce fait, est susceptible de survenir entre ces derniers et les « étrangers » :

Je n'avais pas de contact social avec les locaux, mais il ne faut pas le voir comme si on ne se parlait pas là. [...] Les gens ne sont pas sauvages. [...] Mais c'était difficile d'établir le contact. Tu n'as pas les mêmes priorités, tu n'as pas les mêmes sujets de discussion. Tu fais contact et là tu dis bonjour tout ça. Mais de là à avoir un lien d'amitié, de dire, on va les inviter à souper, on va faire des soirées... [il y a une marge]. Parce que [le problème en région] c'est qu'il faut que tu te crées des activités sociales. Il n'y a pas de cinéma, il n'y a presque pas de culturel. Tu sais ce que je veux dire, c'est le plein air... [Ce qui reste à part ça], c'est les rencontres sociales, individuellement ou en couple et tout. Alors ce n'est pas facile. Ce qui fait que les contacts se font surtout au sein [du groupe] des étrangers. Par exemple, entre médecins on se voit, on s'organise des soupers et tout. Alors dans les petits milieux, c'est l'aspect difficile.

En somme, bien que les gens ne soient pas « sauvages », il existe une barrière culturelle qui ne facilite pas les rapprochements.

Pour le second boursier, si cette barrière est bien réelle, il la conçoit moins sous l'angle du besoin des médecins de se retrouver ensemble pour partager les « mêmes priorités » que sous celui d'une fermeture relative chez les locaux, ce qui rend improbable la formation de liens d'amitié :

Ça semble ouvert quand on visite la région, c'est une très belle région, mais une fois qu'on est installé, les gens nous regardent de loin, puis osent peu ou pas nous aborder. Ce qui fait que c'est très isolé. C'est un peu pour ça que là-bas, on n'a jamais eu d'amis de la place. C'était seulement des copains médecins finalement.

Le DHCEU, de son côté, considère que la raison d'une telle fermeture tient au type de structure sociale qui prévaut dans les régions :

Ça [le fait de ne pas avoir d'amis ou peu], ça fait partie des structures des régions. C'est sûr que les structures régionales sont plus familiales et tribales. Il n'y a pas de *tribalité* ici, c'est surtout familial. Donc, c'est des familles qui sont plus nombreuses, puis tout est organisé autour de la

famille. [...] Alors c'est sûr que c'est des milieux plus difficiles à pénétrer, c'est sûr et certain.

Cette explication est également celle que propose un boursier qui, à la différence des trois derniers répondants, pratique toujours en région et considère avoir établi, en plus des liens d'amitié avec ses collègues, certains rapports privilégiés avec des natifs de sa localité. Il en souligne néanmoins les limites :

De là à dire qu'on a énormément d'amis à [nom de la localité], ce n'est pas vrai. Même aujourd'hui, parce que c'est quand même une petite place. C'est une place où l'intégration n'est pas toujours facile. Parce que ce sont des vies familiales que les gens ont, là. Ce sont des petits groupes puis tout ça.

Le problème des « petits groupes » ou des cliques par rapport au milieu médical⁵³, est à nouveau soulevé, cette fois, et sans autre élaboration, dans le contexte élargi des relations sociales au sein de la communauté.

4.2.2.2 Le médecin en région : d'étranger à notable

L'insertion des médecins dans la communauté dépend en grande partie de la manière dont ils sont perçus par la population et de l'attitude qui en découle. À l'analyse, trois facettes qui, incidemment correspondent à autant de statuts, ressortent : le médecin en tant que personne venant d'ailleurs ou étrangère au milieu, le médecin en tant que professionnel de la santé, et le médecin en tant que vedette locale ou notable du coin.

A. Celui qui vient d'ailleurs

Le médecin en région est avant tout un individu qui, très souvent, provient d'ailleurs. En tant qu'étranger, il doit en un sens répondre de ses qualités devant la population qui l'accueille. De façon générale, si l'on en croit la plupart des propos recueillis sur ce point, il semble que l'étranger en région soit bien accepté (comme personne), pourvu qu'il sache lui-même prendre les devants ou faire preuve d'entregent. Pourvu également, et cela concerne tout particulièrement les DHCEU, qu'il ne soit pas trop différent de par sa langue ou sa culture.

La comparaison entre les boursiers et les DHCEU est ici particulièrement éclairante. Chez les premiers, le statut d'étranger se réfère essentiellement à tout individu qui n'est « pas de la place » ainsi que, dans une certaine mesure, au caractère permanent, immuable, de cette situation. Pour les villageois, nous dit un boursier ayant quitté, « Tu seras toujours quelqu'un qui vient de la ville ». Un autre parle de la méfiance de ces gens à l'égard de ceux « qui arrivent de la ville ». Un troisième dit s'être fait « quasiment traité d'étranger » par un voisin à qui il a pourtant souvent rendu service.

⁵³ Voir 4.1.2.2.

Un autre boursier, lui, s'étonne de s'être fait demander sa nationalité en raison de son nom de famille, pourtant à consonance francophone, mais inconnu des gens de la localité où il se trouvait. « Quand je suis arrivé là-bas, j'étais le premier [nom de famille du répondant] à [nom de la localité], et on me demandait de quelle nationalité j'étais! [...] C'est une région qui est quand même fermée. »

Le sentiment de faire figure d'étranger dans un milieu relativement fermé, est exprimé par encore quatre autres boursiers qui, comme les précédents, se départagent entre ceux qui ont quitté et ceux qui sont demeurés. L'un d'eux illustre ce que signifie, dans ce contexte, le fait d'être connu par tous sans pouvoir offrir en retour sa propre connaissance du milieu :

[Dans la région], c'est typique, les conversations. « Ah! c'est qui tes parents? Ah! oui, tu demeurais à telle place, O.K. » Toutes les connexions se font. [...] Sauf que moi j'arrive, et je ne connais pas personne, alors je ne retiens pas que l'un est le fils d'un d'autre, etc. *Je ne suis pas né dans le milieu.* Ça fait que tout le monde me connaît et moi, je ne connais personne.

Il existe cependant une région où ce genre de conversation risque moins de survenir, puisque « L'une de ses particularités, prétend un autre boursier, est que c'est une région où il n'y a pas beaucoup de gens de souche. C'est une région [jeune, formée en bonne partie] de gens qui viennent d'ailleurs ». Alors ça facilite un peu les choses, poursuit-il, puisque « Quand tu arrives, tu n'es pas nécessairement vu comme un étranger, dans le sens que tout le monde se considère comme des étrangers ».

Et en effet, pour ce répondant, l'insertion dans la communauté, vue sous l'angle de son acceptation par la population, ne semble pas avoir posé de problème particulier. D'ailleurs, la majorité des boursiers prétendent n'avoir eu aucune difficulté de cette nature, la plupart affirmant n'avoir jamais senti qu'on ne les considérait pas comme des gens de l'endroit.

La question de l'acceptation par la population locale des médecins provenant de l'extérieur se complique un peu plus chez les DHCEU. En effet, en plus d'être des étrangers venant de la ville, ils sont aussi, et surtout, des immigrants originaires d'autres pays.

Cette perception, superposée à la première, est loin de tourner à l'avantage de ces médecins. L'un d'eux, ayant subi de la discrimination, se reconforte pourtant en évoquant les « guerres de clocher » qui sévissent souvent entre petits villages. Il fait aussi état de la tendance marquée des gens à considérer comme étrangers tous ceux qui ne sont pas du lieu, y compris des Québécois :

Quand tu es étranger, tu es mort, même si tu fais tout ton possible. Moi, il y en a qui parle très mal de moi, qui disent des choses très méchantes. Mais les Québécois aussi ça leur arrive. C'est pourquoi, je ne peux pas prendre ça personnel. C'est une mentalité.

Le témoignage de ce médecin n'en contient pas moins plusieurs anecdotes relatant des manifestations de racisme envers lui ou à l'endroit des membres de sa famille, notamment de la part de collègues ou de personnes occupant des fonctions administratives au centre hospitalier ou à l'école de ses enfants. Mais, insiste-t-il, il ne s'agit pas de toute la population; dans l'ensemble, il se sent très apprécié, sans doute en raison de son implication au sein de la communauté.

En fait, un peu plus de la moitié des DHCEU (9 ayant quitté sur 15 et 4 étant demeurés sur 9) mentionnent l'existence d'attitudes discriminatoires ou de réactions mitigées à l'égard des médecins immigrants, en raison de la couleur de la peau, de l'origine culturelle ou de la manière différente ou imparfaite de parler la langue. Plusieurs attribuent de telles attitudes à l'ignorance ou au peu contacts avec la réalité de l'immigration. Certains, par exemple, y vont d'un simple constat en ce sens :

Il y avait des gens qui n'avaient jamais vu une personne de couleur, qui n'étaient jamais sortis de leur coin. [...] Il y avait peut-être un peu de racisme. (DHCEU parti)

D'autres cherchent à se montrer conciliant ou laissent entendre qu'ils ont fini par s'habituer :

Il y a des petites choses qui se sont passées, mais c'était pas... Moi, je m'y attendais. [...] J'arrive dans leur milieu, ils ne me connaissent pas. Quand même c'est en région! Les gens qui ne voient pas beaucoup de [gens de couleur] là. (DHCEU parti)

Vous pouvez trouver des gens qui vont agir d'une façon discriminatoire, mais vu mon sens de l'adaptation, ce n'est pas quelque chose qui me dérange, parce que dans n'importe quel milieu, que vous soyez Noir ou un autre étranger, un Asiatique, etc, il y a toujours quelqu'un qui est réticent. Il ne faut pas s'en faire avec ça (DHCEU resté)

D'autres encore, qui affirment n'avoir jamais été victimes de discrimination, n'en reconnaissent pas moins l'existence au sein de la population. C'est notamment le cas d'un répondant demeuré en région, mais qui ne se considère pas pour autant à l'abri de ce genre d'attitudes :

Au début, une patiente était venue me voir et elle voulait changer de médecin parce qu'elle était suivie par un collègue qui était Haïtien, et elle avait une certaine attitude raciste, je dirais, parce qu'elle acceptait mal d'être suivie par ce médecin. Elle m'a demandé à moi parce que j'étais Blanc, mais j'imagine que je pourrais subir la même attitude de la part de certains patients aussi [qui pourraient penser par exemple] « Celui-là a un nom

bizarre, il vient d'un autre pays » ou encore « Il ne va pas me comprendre, il ne parle pas avec le même accent ».

Quelques boursiers tendent, de leur côté, à confirmer les propos de leurs collègues. L'un d'eux résume ce qui, à son sens, caractérise le mieux l'attitude des gens en région à l'égard des immigrants :

Les gens ne sont pas xénophobes, mais ils sont très conscients de la différence. Ils ne sont pas habitués, comme on peut être habitué dans un grand centre, à voir des gens qui ne sont pas pareils, qui ont une culture différente, un parlé différent.

Malgré leurs différences, certains DHCEU ne font nullement état d'attitudes discriminatoires envers eux ou d'autres collègues immigrants et pensent avoir été plutôt bien acceptés par les populations locales. Mais il s'agit, dans pratiquement tous les cas, d'immigrants originaires d'Europe ou de pays francophones. De plus, la moitié d'entre eux se trouvaient ou se trouvent encore dans deux régions de création relativement récente, réputées être ouvertes aux étrangers.

Un de ces DHCEU, habitant toujours l'une de ces deux régions⁵⁴, admet avoir été surpris de la manière dont il a été reçu par la population :

Je m'attendais à ça [être stigmatisé comme immigrant]. Mais non, il n'y a pas eu lieu de savoir d'où je venais. Puis, je m'attendais à qu'ils me disent « Quel drôle d'accent vous avez là », mais non, ils me disaient « On aime votre accent, c'est un accent exotique », puis ça nous intéresse. Donc je n'ai jamais eu de problèmes à cause de ça. [...] En fait, je ne me suis jamais senti étranger ici parmi les gens de la place.

Un autre répondant, à qui on a bien fait sentir qu'il n'était pas de la place, n'attribue pas cette mise à distance à son statut d'immigrant qu'il juge compensé par le fait d'être francophone :

J'ai été accepté comme je suis, mais c'est sûr qu'il y avait une distance. J'étais toujours étranger malgré tout. [...] Le côté immigrant était beaucoup moins présent par exemple. Le fait que je sois francophone, quand même, c'est pas si pire là.

Certains de ces DHCEU ayant été bien reçus en région ne manquent pas de faire le lien entre cet accueil de l'étranger et celui qu'on se fait un devoir de réserver au médecin. Par exemple, une DHCEU fait remarquer que « Les gens sont contents d'avoir un médecin; quand ils ont besoin de médecins, le sexe ou la couleur de la peau, ça ne les dérange pas trop finalement », même s'ils peuvent par ailleurs avoir des préjugés.

⁵⁴ La même, en l'occurrence, que celle décrite plus haut dans cette même section par un boursier comme étant « une région où il n'y a pas beaucoup de gens de souche ».

B. Le professionnel de la santé

Le besoin du médecin en région est un thème qui revient chez de nombreux répondants interrogés, surtout ceux ayant quitté (la moitié DHCEU et la moitié boursiers), un peu comme si le poids des attentes générées par un tel besoin avait eu un impact sur la décision de partir. Quelle que soit l'interprétation à donner à ces propos, ils indiquent qu'il y aurait chez les populations locales une inquiétude persistante quant à la durée de séjour des médecins jumelée à une crainte d'avoir à faire le deuil ou à se réhabituer chaque fois qu'un médecin quitte ou arrive dans la région.

Cette inquiétude donne la mesure de l'attachement qu'ont les gens en général — en tant que membres de la communauté et non pas seulement à titre de patients — envers le médecin. Celui-ci n'est donc plus seulement un étranger parmi d'autres que l'on accepte plus ou moins en vertu de critères liés à sa personne ou à son identité ethnoculturelle, il est également un professionnel dont on attend qu'il remplisse une fonction très importante pour le bien-être de la communauté. Comme le fait observer un répondant, « Les gens nous respectent comme professionnels de la santé ». « On est important pour eux », souligne un second.

Les boursiers, sans doute justement en raison de leur statut à la fois de boursiers et de jeunes médecins, sont les seuls à mentionner la méfiance ou même le ressentiment dont peuvent faire preuve certaines personnes à leur égard, non seulement parce qu'on se demande s'ils vont demeurer au-delà de leur terme, mais aussi parce que l'on soupçonne qu'ils ne viennent que pour prendre de l'expérience ou faire un coup d'argent :

Ils voient les médecins comme de passage. Ils se disent que c'est des nouveaux médecins et qu'ils doivent venir [chez eux] pour se pratiquer. Ils se doutent bien qu'il y a une prime, c'est sûr là. C'est dans les journaux de toute façon : « Ils viennent ici pour faire le *bacon*, puis ils s'en vont. » (Boursier parti)

Ils ont toujours une petite remarque en région : « Tu viens faire tes expériences ici, puis tu viens faire de l'argent là ». Ça, il y aura toujours des gens pour nous dire des choses comme ça. (Boursier parti)

Derrière ces reproches se cache une volonté bien ancrée de garder les médecins en place, de s'en remettre en quelque sorte à leur sens du devoir professionnel qui leur commande de fournir des services de santé à la population; en somme, de faire appel à leur fidélité et à leur allégeance envers la communauté.

Plus généralement, une telle exigence semble tout autant implicite dans les propos rapportés par les boursiers et DHCEU concernant les craintes exprimées par les gens de

les voir partir au terme de leur engagement. C'est du moins ce que laisse entendre la déception éprouvée par leurs patients à l'annonce du départ et leur reconnaissance lorsqu'ils indiquent leur intention de demeurer.

La reconnaissance envers le professionnel de la santé — au sens de gratitude et d'appréciation en regard des services rendus — est une dimension déterminante du rapport qu'entretiennent avec leurs médecins les populations des régions concernées. Deux DHCEU demeurés en région en énoncent le principe :

Les gens vous aiment bien, ils savent que vous travaillez pour eux.

Ici, on est une ressource pour la communauté. [...] Les gens sont très reconnaissants, ils savent que votre engagement envers eux en est un qui peut difficilement être fourni dans une grande ville. [...] C'est très gratifiant.

Un autre DHCEU donne la mesure d'une telle ressource lorsqu'il associe le système de santé au médecin lui-même :

Le médecin c'est une ressource importante pour les gens là-bas. [...] En région, ce n'est pas un système de santé, c'est essentiellement un médecin. Alors vous remplacez tout le système de santé à vous tout seul. [rire]

D'autres commentaires sont émis par rapport au sentiment d'être apprécié et valorisé comme médecin, ainsi que par rapport à celui d'être utile au sein de la communauté. Des boursiers insistent tout particulièrement sur le fait qu'ils sont en région pour rendre service à la population — pour « sauver du monde », comme le dit l'un d'eux — et qu'ils en sont d'autant plus appréciés par elle.

L'un d'eux attribue la reconnaissance envers le médecin en région au fait qu'il est éduqué et donc porteur de savoir; qu'il est celui qui peut renseigner sur toute chose. « Tu entends ça souvent, “ah! Je me fie à vous Docteur, c'est le fun de vous avoir ici” ». Il y aurait là, selon lui, « un petit peu les vestiges » d'une période relativement ancienne au Québec « où le médecin était vu comme grand, quasiment comme un dieu des fois », bref comme un notable.

C. La vedette locale

Cette caractéristique du médecin en tant que notable ressort peu des propos recueillis, mais tout de même suffisamment pour qu'il vaille la peine de le noter. Elle recoupe ce que nous avons vu plus haut concernant le fait d'être sans cesse reconnu par les gens dans la rue ou au marché du coin⁵⁵. Derrière cette reconnaissance de l'individu médecin

⁵⁵ Voir 4.2.2.1.

transparaît la reconnaissance sociale de sa fonction et surtout de son statut de « vedette locale ».

Être une vedette signifie essentiellement ici que l'on est une personne en vue, en raison de la fonction occupée et ce qu'elle symbolise traditionnellement dans l'esprit des gens, à savoir moins un professionnel de la santé qu'un être familier qui détient la clé de tous les soins à donner et la solution à bien des malaises. En plus d'être un individu et un professionnel, le médecin est aussi une figure — « une sorte de mythe », prétend un DHCEU — que les gens tendent à « mettre plus haut », comme sur un piédestal. Paradoxalement, cette figure prestigieuse prend aussi des allures ordinaires dans la mesure où les faits et gestes du médecin en région ne peuvent échapper au regard de tous :

[C'est sûr que] les gens nous considèrent. Mais je pense aussi qu'ils nous voient comme du monde ordinaire. Ils nous voient dans notre vie de tous les jours. [...] Ils vont me voir dépeignée à l'épicerie. (Boursière restée)

Quoi qu'il en soit, tant les DHCEU que les boursiers, s'entendent pour dire que le médecin en région est beaucoup plus respecté qu'en ville. Or, comme le soulignent certains, ces égards portés au médecin s'accompagnent souvent de « services spéciaux » ou de « privilèges » qui lui sont accordés. Un des répondants — boursier — y voit un « côté intéressant », mais la plupart considère plutôt cet aspect des choses comme une sorte de « rançon de la gloire », un prix à payer que l'un d'eux associe à de l'inconfort d'être ainsi soumis à un traitement de faveur :

Tu es en ligne dans un magasin et là il y a un commis qui ouvre une caisse spécialement pour toi ou qui te dit « C'est gratuit pour vous aujourd'hui ». Dans ce temps-là c'est plus gênant. (Boursier parti)

De son côté, un DHCEU demeurant toujours en région s'amuse du fait de recevoir à l'occasion des coups de main que les gens imputent à son statut de « docteur », mais qui relèvent de l'ordinaire des petits services que quiconque peut rendre dans la vie de tous les jours :

Un jour, ma voiture était prise dans la neige et on est venu à cinq pour pousser là. [Et après, il y en a un qui a dit :] « C'est parce que c'est vous Docteur, je l'aurais pas fait pour les autres [rire]. »

Ce même DHCEU, qui dit ne pas aimer faire figure de vedette, affirme en même temps que ce statut de docteur lui a permis d'agir plus efficacement au sein de la communauté pour que « les choses changent. » Depuis le début, ce statut lui sert en quelque sorte de « carte de visite », comme il le dit lui-même :

La « carte de visite », c'est ma façon de faire. Moi, je ne suis pas le genre de gars qui reste dans mon coin, sur mon piédestal. C'est toujours ouvert et je m'en vais vers la population. [...] Ça m'a apporté beaucoup.

En somme, cette « carte de visite » du « docteur » lui permet, depuis qu'il est en région, d'exercer un *leadership* au sein de sa communauté et de participer activement à son développement, en l'occurrence au plan socioculturel.

4.2.2.3 La participation à la vie locale

La « carte de visite » du « docteur » ne sert donc pas uniquement, en principe, à identifier le professionnel de la santé qu'il représente avant tout. Elle sert également à introduire celui-ci auprès de la communauté à titre de citoyen actif ou potentiellement actif, c'est-à-dire susceptible de vouloir porter son engagement en dehors de la sphère strictement professionnelle.

Ainsi, le médecin peut-il se présenter à la communauté pour offrir ses services à titre de citoyen ordinaire, mais il peut également être sollicité par certains de ses membres en raison du statut que lui confère à l'avance son titre de médecin et, par conséquent, de notable de la place. Un répondant témoigne de cette réalité :

Ils viennent nous voir. Ils viennent cogner à la porte. Ils veulent nous avoir dans toutes sortes d'affaires. Ils viennent te chercher. En ville, ce n'est pas du tout la même affaire, c'est beaucoup plus impersonnel. (Boursier parti)

D'autres répondants, surtout parmi les boursiers, confirment avoir été sollicités pour participer à des comités organisateurs d'événements, à des clubs sociaux divers ou à d'autres organismes locaux. Dans la plupart des cas, ils y ont répondu favorablement. Par contre, la plupart des DHCEU à qui la question a été posée disent n'avoir jamais été invités : « Non, on n'a pas été invité, dira l'un d'eux, c'était plus réservé aux gens de la région ».

Une telle réponse nous amène à penser que le double statut d'étranger des DHCEU peut jouer en leur défaveur. Il semble bien que, pour ces derniers, devenir un participant actif et, peut-être avant tout, un citoyen à part entière suppose qu'ils fassent eux-mêmes la démarche de se présenter à la population. En d'autres termes, pour vraiment faire partie de la communauté ou pour être mieux considérés parmi les notables du lieu, les DHCEU seraient davantage appelés à « faire leurs preuves » que les boursiers.

Le tableau 20 montre que les DHCEU sont deux fois moins nombreux que les boursiers à avoir participé à la vie locale. La proportion dans leur cas n'est que de un sur cinq, alors qu'elle est de un sur deux chez les boursiers. Il est frappant de constater qu'aucun des DHCEU ayant quitté la région n'a participé de quelque façon à quelque organisme

que ce soit au sein de la communauté, sauf pour quatre d'entre eux exclusivement impliqués au plan professionnel (participation à divers comités d'éthique, de pharmacologie, des plaintes, etc.). Chez les boursiers qui ont quitté, la proportion de ceux qui n'ont pas participé est également très élevée. Toutefois, le fait que deux aient été actifs (dont l'un dûment sollicité) indique tout de même une ouverture à la possibilité d'un engagement communautaire.

**Tableau 20 : Participation à la vie locale
selon le programme et le statut de rétention**

Participation à la vie locale	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
OUI	–	5	2	8	15
NON	15	4	9	2	30
Total	15	9	11	10	45

Par ailleurs, parmi les boursiers résidant toujours en région, le nombre nettement plus élevé de ceux ayant participé à la vie locale semble indiquer qu'il existe un lien entre le fait d'y demeurer et la participation (d'autant plus que les deux qui n'ont pas participé affirment ne pas exclure cette éventualité). Par contre, ce lien apparaît plus ténu chez les DHCEU étant demeurés, dans la mesure où ces derniers se départagent à peu près également entre ceux qui participent et ceux qui ne participent pas. Ce fait tendrait à renforcer l'hypothèse d'une fermeture relative des communautés face à la participation sociale des médecins immigrés, comme si cette éventualité ne dépendait que de leur volonté à eux.

Et de fait, on retrouve chez au moins trois des cinq DHCEU qui ont participé, une volonté commune de bien prendre leur place en « s'engageant avec la communauté de différentes façons » ou, comme on l'a vu, en présentant leur « carte de visite » à titre d'organisateur de tel ou tel regroupement culturel ou sportif. Par contre, il est intéressant d'observer que trois des quatre DHCEU qui n'ont jamais participé et demeurent en région, y vivent toujours sans leurs conjoint et enfant(s)⁵⁶. Ce facteur pourrait en partie expliquer la non-participation de ces médecins, surtout si l'on considère le fait que la présence d'enfants peut contribuer à une meilleure insertion dans la communauté.

⁵⁶ Voir tableaux 16 et 19. Rappelons qu'il s'agit de médecins arrivés seuls en région et qui se rendent régulièrement dans l'un ou l'autre des grands centres urbains où résident toujours leurs conjoints ou enfants.

4.2.3 L'insertion familiale

4.2.3.1 Les (in)occupations du conjoint

Des 45 médecins interrogés au total, seulement 35 étaient accompagnés d'un conjoint, à leur arrivée et au moins pour toute la durée de la période initiale d'engagement (soit 3 ou 4 ans, selon les contrats). Comme le montre le tableau 21, parmi ces conjoints résidant en région, 21 ont eu un emploi ou en avaient encore un au moment des entrevues, dont 13 dans le domaine de la santé. La majorité de ces médecins ou infirmières (principalement) sont des conjoints de boursiers (9 contre seulement 4 conjoints de DHCEU). Les conjoints de boursiers sont également plus nombreux que les conjoints de DHCEU (5 c. 3) à avoir occupé des emplois dans un autre domaine que celui de la santé. Au total, ils ne sont que cinq à n'avoir occupé aucun emploi, contre neuf conjoints de DHCEU.

Tableau 21 : Statut occupationnel du conjoint en région selon le programme et le statut de la rétention

Statut occupationnel du conjoint	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Emploi domaine santé ¹	2	2	4	5	13
Emplois Autre domaine. ²	1	2	2	3	8
Sans emploi	8	1	4	1	14
Resté en ville ou NAP ³	4	4	1	1	10
Total	15	9	11	10	45

Notes :

1. Essentiellement des médecins ou des infirmières (9 au total, dont 6 parmi les boursiers).
2. Emplois ou occupations en d'autres domaines que ceux directement associés aux soins de santé, tels que l'enseignement, la gestion, etc. Sont également comptés dans cette catégorie un DHCEU et une boursière ayant fait des études universitaires lors de leur séjour en région.
3. Les répondants n'étaient pas accompagnés d'un conjoint à leur arrivée en région et sont demeurés seuls au cours de la période initiale d'engagement; ils étaient soit célibataires ou leur conjoint était en ville.

En ce qui concerne les dix « sans-conjoints en région » (Restés en ville ou NAP) demeurés seuls durant la même période, et même au-delà pour pratiquement tous ceux qui ont prolongé leur séjour, ils sont davantage représentés chez les DHCEU que chez les boursiers (8 c. 2). Les deux boursiers étaient célibataires au cours de leur séjour en région.

Quant aux DHCEU, trois des quatre ayant quitté étaient, eux aussi, célibataires pendant leur séjour. L'autre avait une épouse qui demeurait en ville à s'occuper uniquement des enfants. Le contraire s'observe parmi les DHCEU toujours en région, puisqu'un seul était et est encore célibataire (divorcé et avec des enfants en ville), tandis que les trois

autres étaient séparés de leurs conjoints demeurés en ville avant tout pour exercer leur métier⁵⁷.

Cette donnée suggère que la question de l'emploi du conjoint, surtout si celui-ci est assuré en ville, n'est pas nécessairement un facteur qui influence à lui seul la décision de quitter la région. Par contre, les écarts observés entre les conjoints sans emploi des répondants qui sont partis et ceux qui sont demeurés (respectivement 8 DHCEU c. 1 et 4 boursiers c. 1), laisse supposer que l'inoccupation du conjoint semble être, sinon le facteur principal, l'un de ceux susceptibles d'avoir un effet important sur la décision de quitter.

C'est du moins ce que laissent entendre les propos des médecins concernés relativement à la manière dont l'insertion en région a été vécue par le conjoint. En effet, parmi les médecins ayant quitté, tous les boursiers et cinq (sur huit) des DHCEU dont les conjoints étaient sans emploi, témoignent des problèmes causés par cette inoccupation et de leur importance dans l'évaluation des conditions de vie en général.

Elle ne pouvait pas travailler [...] Elle l'a fait à temps partiel, mais c'était sur liste de rappel. [...] Elle avait laissé un emploi à temps plein comme infirmière en venant en région. Elle a vraiment perdu beaucoup [...] et elle paie encore pour ça aujourd'hui. (Boursier parti)

[L'expérience pour elle] a été pourrie. [...] Ça a été de la merde pendant quatre ans. [...] De ne pas être occupée, de ne rien faire, de tourner en rond. Elle s'ennuyait. À un moment donné, elle a dit « Moi là, si ça continue comme ça, je vais péter au *fret* là. » La dépression s'en venait. (Boursier parti)

C'était difficile. Elle ne travaillait pas, elle restait à la maison et elle n'avait pas d'amis. [...] Ça aurait été mieux pour elle si elle avait travaillé. (DHCEU parti)

Elle s'est préparée avec des CV et tout ça mais... Deux ans plus tard, elle s'est déclarée vaincue. Elle l'a pris extrêmement dur. (DHCEU parti)

Il a dû quitter son emploi quand il est venu avec moi en région. [...] Il faisait des petits travaux, mais c'était vraiment [dur pour lui]. Il a surtout pris le rôle de rester à la maison et de s'occuper de l'enfant. Il a fait le sacrifice [de sa carrière]. (DHCEU parti)

Quant aux trois autres DHCEU du groupe, deux d'entre eux, de même origine nationale, invoquent des motifs d'ordre culturel pour expliquer que leurs conjoints sans emploi ne semblaient pas en avoir souffert :

⁵⁷ L'un de ces médecins sera finalement rejoint par son conjoint.

Je ne peux pas parler pour les autres médecins, mais pour ma famille, il n'y avait pas de problèmes à cause... je ne sais pas comment dire. C'est une autre mentalité : ma femme reste à la maison à s'occuper des enfants.

Nos épouses ne travaillent pas à l'extérieur. C'est toujours à l'intérieur, à la maison, avec les enfants.

Le troisième insiste, de son côté, sur le fait que son épouse, en plus d'être auprès des enfants, « passait son temps à s'occuper de choses manuelles qu'elle aimait, avec des amies : la couture, des cours de poterie et de céramique, etc. ».

En ce qui concerne les répondants dont les conjoints ont été occupés d'une manière ou d'une autre, ou qui le sont encore, leurs commentaires font état à leur sujet d'une insertion professionnelle ou sociale généralement réussie, tant chez les DHCEU que chez les boursiers, quel que soit le statut de rétention. Par ailleurs, ils laissent entendre que l'occupation seule ne suffit pas pour les retenir en région; il faut également en être satisfait.

Elle travaillait comme infirmière au centre hospitalier. [...] Mais une des raisons pour lesquelles on voulait partir, c'était qu'elle voulait reprendre sa carrière en cardiologie. (Boursier parti)

Il était avec moi pour m'accompagner. Il s'occupait en faisant des études, mais au fond pour lui c'était moins valorisant que de travailler. (DHCEU parti)

En définitive, l'occupation du conjoint en région ne semble pas être un facteur qui joue un rôle déterminant dans la décision de demeurer. À l'inverse, l'inoccupation paraît en avoir un dans la décision de quitter. On peut néanmoins considérer que l'occupation contribue à rendre plus satisfaisantes les conditions d'insertion familiale en région.

4.2.3.2 Des enfants bien intégrés

La question de l'insertion familiale se pose bien évidemment de manière plus aiguë pour les médecins qui se sont installés en région avec des enfants ou qui en ont eu au cours de leur séjour. Le tableau 22, que nous reproduisons ci-dessous, servira ici à mieux repérer ces répondants.

Parmi les dix célibataires ou médecins arrivés seuls en région, seulement trois ont eu des enfants au cours de leur séjour et peuvent donc témoigner de l'insertion de ces derniers. Les trois demeurent toujours en région. Il s'agit des deux boursiers qui ont rencontré des natifs de l'endroit et d'une DHCEU dont le conjoint est venu la rejoindre lorsqu'ils ont pris la décision de s'installer en région à la fin de son engagement. Dans tous les cas, l'insertion des enfants ne pose aucune espèce de problèmes. L'une des boursières, dont les deux enfants sont encore d'âge préscolaire, ne présente pas de

problèmes particuliers pour l'avenir, en dehors de ceux que l'on trouve partout dans de nombreuses écoles (des problèmes de drogues, par exemple). De son côté, la DHCEU, dont l'aîné des deux enfants débute le secondaire, constate en outre leur attachement à la région, malgré la connaissance qu'ils commencent à avoir d'une ville comme Montréal.

Tableau 22 : Statut familial à l'arrivée en région selon le programme et le statut de rétention

Statut familial à l'arrivée	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
Célibataire ou Seul	3	4	1	2	10
Avec conjoint sans enfant ¹	2	1	8	5	16
Avec conjoint et enfant(s) ²	10	4	2	3	19
Total	15	9	11	10	45

Notes :

1. Les répondants n'étaient accompagnés que de leur conjoint à l'arrivée en région; certains d'entre eux ont eu des enfants au cours de la période d'engagement (2 DHCEU et 8 boursiers).
2. Les répondants étaient accompagnés de leur conjoint et d'au moins un enfant à leur arrivée en région ou ils n'étaient accompagnés que d'un enfant (sans conjoint : 1 DHCEU et 1 boursier).

Par ailleurs, des 16 médecins qui à leur arrivée en région n'étaient accompagnés que de leur conjoint (tableau 22, deuxième rangée), seulement quatre sont en mesure de témoigner. Ce sont tous des boursiers demeurant toujours en région (sur 5). Quant aux douze autres, ils ne peuvent se prononcer sur l'insertion des enfants, soit parce qu'ils n'en ont jamais eu (3 boursiers dont 1 demeuré en région), soit parce que l'enfant, déjà relativement âgé au moment du départ en région, a préféré demeurer en ville (1 DHCEU), soit encore parce que les enfants étaient d'âge préscolaire, et donc, beaucoup trop jeunes, au moment de quitter (6 boursiers et 2 DHCEU partis).

Les commentaires des quatre boursiers rejoignent, pour l'essentiel, le sens des précédents quant à l'attachement des enfants à leur région :

Ils sont heureux, ils sont bien ici je pense, c'est sûr qu'ils aiment ça quand ils vont en ville tout ça, bon il y a plus d'activités, il y a plus d'affaires, mais, ils sont contents de revenir aussi.

Ils sont venus au monde ici, puis ils connaissent ça. C'est même étonnant quand on les amène à Montréal [de voir à quel point ils peuvent être surpris par des choses]. [...] Alors ça a été bien drôle les premières années de voir ça. Je me rendais compte que mes enfants je ne les élève pas à Québec ou à Montréal là.

Ce dernier répondant croit par ailleurs que la question de l'éducation ne pose aucun problème :

Au primaire, c'est meilleur que ce que j'ai jamais vu là. [...] C'est très bon. Le secondaire c'est bon aussi. Pour le cégep, c'est limité. Alors probablement qu'ils vont devoir aller au cégep à l'extérieur là.

Un autre des boursiers, dont les enfants sont encore très jeunes, se montre un peu plus réservé sur cette même question :

Les programmes scolaires, parfois on se pose des questions. On se dit bon, à l'élémentaire c'est tolérable, c'est des affaires de base. Au secondaire, ça va nous chatouiller un peu plus si on sent qu'il y a des lacunes qui font que nos enfants ne peuvent pas se réaliser à leur plein potentiel. Je ne parle pas nécessairement de l'école privée. Je parle juste d'une qualité de professeurs, puis de cours qui a de l'allure. Bon, ça va rester un point d'interrogation.

La position en est donc une de questionnement relatif à la qualité de l'enseignement, chez un parent qui, parce qu'il est sur place, n'a d'autre choix que d'y voir de la même façon qu'il le ferait s'il se trouvait ailleurs. Une telle position n'équivaut pas cependant à une remise en cause du processus d'insertion scolaire des enfants en région compte tenu, notamment, de l'absence d'écoles privées ou mieux adaptées à certains besoins ou encore, en raison d'un climat socioscolaire jugé malsain ou discriminatoire pour l'enfant.

La remise en cause du processus d'insertion scolaire est sans doute plus apparente parmi les 19 répondants venus en région avec conjoints et enfants (tableau 22, troisième rangée). Elle se retrouve en effet plus ou moins explicitement chez six DHCEU ayant quitté (sur 10), ainsi que chez un boursier ayant quitté (sur 2) et une autre étant demeurée mais projetant de partir pour cette raison même.

Pour la plupart de ces répondants, ce n'est pas tant l'insertion des enfants au milieu social ou culturel qui pose problème, que les limites du système scolaire proprement dit, en partie causées, croit l'un d'eux, par une très faible valorisation de l'éducation en région. Ils pensent que l'avenir des enfants de ce point de vue passe par les grands centres urbains, en raison de la diversité de choix et de l'accès plus aisé. Est notamment soulevée dans cette perspective la question des écoles privées. Un DHCEU parle de la valeur qui est rattachée au fait d'envoyer ses enfants dans de telles écoles, et un autre mentionne l'impossibilité d'y avoir accès en région :

C'est une habitude, peut-être bien de chez nous, mes parents ils étaient dans des écoles privées et moi j'étais dans des écoles privées, mon épouse dans une école privée. Donc c'est pour cela que j'ai dit ok, mes enfants... La qualité d'enseignement et l'encadrement est plus stricte dans les écoles privées, c'est pour cela que je voulais continuer [la tradition]. (DHCEU parti)

Le seul problème c'est que mon grand, dans le temps, on voulait le mettre dans une école un peu plus poussée. Parce que le problème c'était les

écoles. On n'avait pas d'écoles privées. On avait seulement des écoles ordinaires. (DHCEU parti)

Pour d'autres, la question du choix ne concerne pas que la qualité de l'enseignement, mais aussi le climat social ou culturel auquel est associé un milieu éducatif donné. Par exemple, une DHCEU dit qu'elle ne souhaitait pas envoyer son fils à la seule école secondaire de la région en raison de problèmes de violence et de drogues qui y régnaient. Un autre DHCEU parle de la nécessité de revenir en ville, entre autres à cause de son fils qui désirait poursuivre ses études collégiales en anglais. Un boursier revenu en ville associe, quant à lui, la volonté de ses enfants de venir y faire leur cégep à un besoin d'épanouissement personnel. « Ils sont plus isolés en région. Donc, jusqu'à l'enfance, 13, 14 ans, ça va très bien, ils apprécient. Puis à partir de l'adolescence, ça veut décoller. »

Pratiquement tous ceux qui abordent la question des limites de l'éducation en région ne manquent pas, par ailleurs, d'évoquer l'intégration réussie de leurs enfants au plan socioculturel :

Je pourrais dire que mon fils était plus intégré que moi. Il parlait la langue comme il faut. Il avait beaucoup d'amis. J'allais le porter partout chez les amis. Beaucoup de rencontres. (DHCEU partie)

Il n'avait pas de problèmes. Il avait des amis dans son milieu, dans son école. Puis il pouvait jouer avec eux, faire des activités comme n'importe quel enfant. Il avait moins de problèmes que nous. (DHCEU parti)

Cette idée voulant que les enfants soient mieux intégrés, ou aient moins de problèmes que leurs parents immigrants, est intéressante dans la mesure où elle indique un rôle possible des enfants dans le processus d'insertion à la fois personnelle et familiale des DHCEU en région.

Ceux, majoritaires, qui n'abordent pas la question des limites de l'éducation en région et qui tendent au contraire à n'y voir aucun problème, concentrent plutôt leurs propos sur les aspects positifs de l'intégration au milieu de leurs enfants. Il s'agit surtout de DHCEU et de boursiers qui sont demeurés. Les enfants sont présentés comme étant très attachés à leur milieu de vie. Ils sont « très heureux », « adorent leur coin », « se sentent [de la région] », ne veulent sous aucun prétexte quitter ce que l'un des répondants appelle lui-même un « paradis ».

Conclusion

L'exposé qui précède illustre deux dimensions de l'insertion socioprofessionnelle et familiale, telles que nous les retrouvons, par exemple, dans la description par Mongeau,

Lapointe et Claveau (1994) des facteurs d'ordre professionnel et psychosocial principalement impliqués dans la décision de médecins omnipraticiens de quitter leur région ou d'y demeurer. Ces deux ordres de facteurs, rappelons-le, correspondent à au moins deux des trois catégories proposées par Humphreys *et al.* (2001) des facteurs susceptibles d'intervenir dans une telle décision, soit, d'un côté, les facteurs d'ordre professionnel et, de l'autre, les facteurs sociaux liés aux caractéristiques personnelles et à la famille (l'éducation des enfants, l'occupation du conjoint, les relations avec des membres de la communauté, etc.). Les aspects ici considérés sont en fait de trois ordres : professionnel, communautaire et familial.

En ce qui concerne la dimension professionnelle de l'insertion, cinq aspects ont été traités et documentés à partir des propos tenus par les répondants : l'intérêt pour le type de pratique en région, le caractère exigeant de cette pratique, les conditions de travail (rémunération et ressourcement), le soutien des collègues, et les relations avec les patients.

Le premier point révèle que la grande majorité des médecins interrogés, quel que soit leur programme d'installation (DHCEU, boursiers), ont une conception relativement semblable de ce qui caractérise la pratique médicale en région. Des caractéristiques souvent évoquées dans la littérature sur le sujet, telles que la polyvalence et l'autonomie, sont ici reprises et commentées. La notion de « prise en charge complète » du patient semble les recouvrir en partie, sans compter celle de « médecin de famille » qui paraît prendre tout son sens et son intérêt dans le contexte des régions éloignées. Dans cette perspective, le manque de spécialistes n'est pas nécessairement vu comme un désavantage.

Le deuxième point, qui traite du caractère exigeant d'une telle médecine, l'aborde sous deux angles : 1) la *lourdeur de la pratique médicale* en tant que telle, que générerait la nature des responsabilités, associée à ses deux grandes caractéristiques, soit la *polyvalence* — ou la diversité des savoir-faire (traitement des pathologies) ou des types de pratique demandés aux médecins (urgence, hospitalisation, soins intensifs, cabinet privé, etc.) — ainsi que *l'autonomie d'intervention*; 2) la *lourdeur de la charge de travail*, le plus souvent tributaire du nombre insuffisant de médecins omnipraticiens dans la région concernée. Une tendance générale est ici observée : la lourdeur de la pratique médicale en région, liée à l'importance des responsabilités, ainsi que la charge de travail, sont surtout commentées par des DHCEU et des boursiers ayant quitté leur région.

Le troisième point, qui n'aborde les conditions de travail que du point de vue des incitatifs financiers et de l'allocation de journées de ressourcement, ne laisse voir

aucune différences marquées entre DHCEU et boursiers, partis aussi bien que restés. Par exemple, DHCEU et boursiers se départagent indistinctement entre ceux qui considèrent les conditions de rémunération bonnes ou très bonnes, d'une part, et passables ou mauvaises, d'autre part. Ils sont par ailleurs unanimes en ce qui concerne le ressourcement qui, disent-ils, répond tout à fait adéquatement à leurs besoins, non seulement en termes de formation, mais également parce qu'il représente un moyen de se « changer les idées » à l'occasion et, pour certains, de se replonger dans l'atmosphère des grands centres urbains où se tiennent généralement les divers congrès ou formations.

Le quatrième point met clairement en lumière l'importance pour la majorité des répondants d'entretenir de bonnes relations de travail. La proportion de ceux considérant qu'elles ont été excellentes ou très bonnes est largement supérieure à celle des répondants les ayant trouvées correctes « sans plus » (30 c. 12). Dans l'un et l'autre cas, le fait d'être DHCEU ou boursier, parti ou resté, ne semble pas intervenir dans l'explication de ces perceptions. Nombreux sont ceux qui soulignent l'importance de se soutenir ou de se serrer les coudes entre collègues. L'esprit d'équipe est généralement sous-entendu dans l'appréciation de ces relations excellentes ou très bonnes avec les collègues. Un tel esprit d'équipe constituerait « vraiment un point fort » des conditions de la pratique en région.

Enfin, le cinquième et dernier point de la dimension professionnelle s'intéresse au type de relations qu'entretiennent les médecins avec leurs patients. Bien que pratiquement tous les répondants voient d'un bon œil le développement de rapports familiaux entre le médecin et son patient, nombreux parmi eux sont ceux qui jugent nécessaire d'en fixer les limites lorsque le contexte de la relation déborde le cadre habituel de la consultation médicale. Près de la moitié des DHCEU (10) et la très grande majorité des boursiers (17) font état de cette nécessité, la plupart en des termes non équivoques quant à l'importance d'établir une frontière étanche entre vie professionnelle et vie privée. Pour expliquer un tel écart, nous osons poser l'hypothèse d'une distance culturelle plus grande entre DHCEU et populations locales qui rendrait moins pressant chez les premiers le besoin d'établir de telles limites.

En ce qui concerne la dimension sociale ou communautaire de l'insertion, trois aspects ont été traités : le milieu régional comme cadre des relations sociales, le statut du médecin dans la communauté et sa participation à la vie locale.

Le premier point illustre, en premier lieu, certaines des difficultés qui sont associées à la vie dans des petits milieux. Le manque d'intimité ou la perte d'anonymat est à cet égard fréquemment mentionné, principalement par les boursiers. Par ailleurs, les données

rèvelent que les relations sociales en dehors du milieu de travail sont moins fréquentes chez les DHCEU — et en particulier chez ceux qui ont quitté — qu’elles ne le sont chez les boursiers. Certains parmi ceux qui ont quitté (boursiers et DHCEU) évoquent la relative fermeture des populations locales et la difficulté des rapprochements avec elles.

Ce qui nous conduit au deuxième point de l’insertion communautaire qui concerne la perception qu’ont les médecins interrogés de leur statut ou de la place qu’ils occupent aux yeux de ces populations. Trois figures émergent dans ce contexte : l’étranger, le professionnel de la santé, et la vedette locale.

Dans le premier cas, la comparaison entre les boursiers et les DHCEU est particulièrement éclairante. Chez les premiers, lorsqu’il est évoqué, le statut d’étranger se réfère essentiellement à tout individu qui n’est « pas de la place » ainsi que, dans une certaine mesure, au caractère permanent, immuable, de cette situation. Pour les DHCEU, la situation apparaît un peu plus compliquée. En effet, en plus d’être des étrangers venant de la ville, ils sont aussi, et surtout, des immigrants originaires d’autres pays. Cette perception, lorsqu’elle se superpose à la première, ne tourne pas toujours à l’avantage de ces médecins. Du moins, est-on porté à se poser la question, en particulier à la lumière du constat selon lequel la perception par les DHCEU d’attitudes discriminatoires ou de réactions mitigées à leur endroit de la part des populations locales est surtout présente parmi ceux qui ont quitté la région.

Dans le cas de la deuxième figure intervient un autre type de lien qui déborde le cadre des relations entre étrangers et natifs. Un tel lien est fondé sur la dépendance des populations envers les professionnels de la santé que sont avant tout les médecins. Le besoin du médecin en région est un thème qui revient chez de nombreux médecins interrogés, surtout des DHCEU et boursiers ayant quitté (la moitié d’entre eux dans chacun des cas), un peu comme si le poids des attentes générées par un tel besoin avait eu un impact sur la décision de partir. Quoi qu’il en soit de l’interprétation à donner à ces propos, ils indiquent qu’il y aurait chez les populations locales une inquiétude persistante quant à la durée de séjour des médecins en même temps qu’une crainte d’avoir à faire le deuil ou à se réhabituer chaque fois qu’un médecin quitte ou arrive dans la région.

Enfin, la troisième figure, celle de la vedette locale, donne la mesure de la reconnaissance sociale et du respect dont témoignent les membres d’une localité donnée à l’égard d’une « personne en vue » dans la communauté ou du médecin en tant que notable « de la place ». Tant les DHCEU que les boursiers qui se prononcent sur ce point s’entendent pour dire que le médecin en région est, selon eux, beaucoup plus respecté qu’en ville.

Quant au troisième et dernier point de l'insertion communautaire, qui concerne la participation à la vie locale, il n'est pas sans lien avec ce statut de vedette locale. En effet, des répondants, surtout parmi les boursiers, confirment avoir été sollicités, à titre de notable reconnu dans la communauté, pour participer à des comités organisateurs d'événements, des clubs sociaux divers ou d'autres organismes locaux. Dans la plupart des cas, ils ont répondu favorablement. Par contre, la plupart des DHCEU à qui la question a été posée affirme n'avoir jamais été invités. Par ailleurs, les trois-quarts des DHCEU et les quatre cinquièmes des boursiers qui disent n'avoir jamais participé à des activités ou à des organismes communautaires, ont quitté leur région.

En ce qui concerne finalement la dimension familiale de l'insertion, deux aspects seulement ont été traités : la situation du conjoint et l'insertion scolaire des enfants. Le premier point révèle que l'inoccupation du conjoint pourrait être, sinon le facteur principal, l'un de ceux susceptibles d'avoir un effet important sur la décision de quitter, et ce tant chez les DHCEU que chez les boursiers. Quant au second point, il apparaît que l'éducation des enfants en région semble surtout constituer un problème chez les médecins qui sont partis, notamment des DHCEU.

4.3 Les seuils de la rétention ou les conditions de la durée

L'expérience d'insertion socioprofessionnelle et familiale que révèlent, dans la section précédente, les perceptions et témoignages de nos répondants, s'inscrit bien évidemment dans la durée, à l'intérieur d'une période donnée que traduit la notion d'intervalle de temps. Or, suivant la définition proposée par Pathman, Konrad et Agnew (1994), la rétention se mesurerait précisément en référence à un tel intervalle de temps passé par un individu dans un milieu donné. À cet intervalle de temps correspondrait, selon ce que nous en déduisons nous-mêmes, un intervalle de la rétention mesurable aussi bien par son étendue (durée plus ou moins longue) que par les bornes qui en marquent le commencement et la fin, à savoir les décisions relatives au fait de demeurer ou de quitter.

Dans cette section, nous traiterons donc de la rétention à la lumière du processus d'insertion sociale et professionnelle, c'est-à-dire suivant des repères dans le temps à partir desquels s'organisent les perceptions et impressions de tous ordres relatives au fait de demeurer pendant un certain temps en région. La notion de seuil est ici utilisée pour rendre compte de cette organisation particulière des significations, ainsi que des facteurs responsables de la décision de demeurer (encore) un certain temps ou de quitter au terme d'une échéance prédéterminée par contrat ou fixée par soi-même comme prolongation au contrat. Dans le contexte de notre analyse, le seuil représente donc une limite de temps que l'on a déjà franchie ou que l'on prévoit atteindre avant que n'ait été

prise ou confirmée une décision de partir ou de rester. Des seuils sont donc ainsi repérables à travers les témoignages de nos répondants qui nous permettent de définir des *intervalles de la durée*, non pas en termes de mois ou d'années (critère quantitatif), mais plutôt à partir d'une intention au départ et donc, suivant un critère qualitatif.

4.3.1 L'intention au départ : « programmé » à revenir ou ouvert à rester?

Nous avons vu dans la section traitant de la *perspective d'aller en région*⁵⁸ que DHCEU et boursiers avaient des opinions et sentiments fort différents à l'idée de vivre une telle expérience. Une lecture plus attentive du matériel portant sur cet aspect suggère en outre que la perspective de vivre en région n'implique pas qu'une appréciation de ce que cela représente en termes de mode de vie ou d'occasion enfin venue de mettre ses compétences à l'épreuve, par exemple, mais également de ce que cela signifie en termes de durée du séjour et d'intention à cet égard au moment de partir en région.

Cette intention se présente de deux manières : soit elle suppose *a priori* une décision ferme de revenir en ville une fois l'engagement honoré, soit elle laisse une telle décision en suspens et ouvre la porte à la possibilité de demeurer. En ce qui concerne le premier cas, avant de partir en région, une certaine représentation de la durée aura très exactement correspondu, dans l'esprit de plusieurs des médecins interrogés, à celle prévue par le contrat. Aussi, pour reprendre l'expression de l'un d'eux, étaient-ils « programmés à revenir » dès l'échéance du contrat arrivée. Pour d'autres, cependant, une telle échéance n'aura servi qu'à marquer un moment dans le temps, car pour le reste, ils affirment ou laissent entendre avoir été ouverts à toutes éventualités, de la prolongation de séjour avant le retour en ville jusqu'à l'installation définitive.

Le tableau 23 montre la répartition de ces deux intentions au départ selon le programme et le statut de rétention. Il est tout d'abord frappant de constater que la grande majorité des « Programmés à revenir » se retrouvent chez les DHCEU (13 sur 17), mais que ces derniers représentent tout de même un peu plus du tiers des « Ouverts à demeurer » (11 sur 28). Par ailleurs, 11 des 13 DHCEU « programmés à revenir » sont effectivement revenus en ville, tandis que sept des onze de ce même groupe ont été conséquents avec leur intention de départ en décidant de demeurer. On notera cependant que, parmi ces onze DHCEU, cinq sont d'origine rurale ou semi-rurale (alors qu'on n'en retrouve qu'un seul parmi les 13 DHCEU « programmés à revenir »).

⁵⁸ Voir 4.1.1.3.

Tableau 23 : Intention au départ selon le programme et le statut de rétention

Intention au départ	PROGRAMMES ET STATUT DE RÉTENTION				Total
	DHCEU		BOURSIERS		
	Partis	Demeurés	Partis	Demeurés	
« Programmés » à revenir	11	2	2	2	17
Ouverts à demeurer	4	7	9	8	28
Total	15	9	11	10	45

La forte proportion des boursiers « ouverts à demeurer » s'explique probablement en partie par le fait que, ici aussi, nombre d'entre eux (soit 7, dont 4 demeurés et 3 partis) sont d'origine rurale ou semi-rurale⁵⁹. Une autre partie de l'explication se retrouve dans les raisons déjà énumérées plus haut relativement à la perspective et au choix d'aller en région, telles que l'attraction pour le type de pratique et l'envie d'en faire l'expérience le temps nécessaire, ainsi que le goût de vivre dans un environnement offrant une meilleure qualité de vie qu'en ville. En fait, l'expression parfois utilisée par plusieurs d'entre eux pour exprimer cette ouverture à demeurer est : « On verra bien ». D'autres vont dans le même sens : « une année à la fois », « j'avais pas de projets particuliers, j'ai dit je vais prendre ça comme ça vient », « je savais que j'allais revenir, mais j'avais laissé ouvert sur le nombre d'années que j'allais rester », « nous, on était prêt à s'installer pour longtemps ». Dans le cas d'un dernier répondant enfin, pourtant d'origine urbaine, ce sont les particularités de la région qui ont influé initialement sur son intention d'y demeurer, voire de s'y installer définitivement.

Fait intéressant, la majorité des DHCEU initialement ouverts à demeurer en région (7 sur 11) ont vécu ou vivent encore dans des régions relativement proches des grands centres urbains de Montréal et de Québec. Certains disent eux aussi avoir voulu prendre les choses « comme ça vient ». Mais la plupart (soit 8 sur 11) nourrissaient clairement des projets d'installation, comme pour mettre un terme à la migration.

En ce qui concerne les DHCEU « programmés à revenir », ce sentiment d'être une nouvelle fois « obligé de s'expatrier, dans le sens d'arriver dans un territoire que je connais pas », comme le dit l'un d'eux, apparaît plutôt un motif suffisant pour rester fermé à toute idée de s'installer en région. Les grands centres urbains comme Montréal représentent déjà en un certain sens la « patrie », soit le lieu où des habitudes de vie ont été prises et où l'on a choisi de mener sa vie.

[Je ne voulais pas faire plus que mes 4 ans]. Non, car on ne s'adapte pas, je ne peux pas vivre à la campagne. [DHCEU parti]

⁵⁹ Parmi les « programmés à revenir », ils ne sont que deux, les deux étant demeurés en région.

Franchement, si j'avais eu le choix, je n'aurais pas choisi d'aller en région, [...] j'aurais choisi de travailler dans les grands centres. [DHCEU parti]

On se dit prêt à aller en région pour « faire son temps », mais pas davantage.

Cette idée de « faire son temps », du « devoir », de « l'obligation » ou du « contrat à remplir » se retrouve dans plusieurs entretiens :

J'étais là pour un but et puis [...] Je faisais mes quatre ans et puis ensuite moi je voyais que je retournais à Montréal. [DHCEU partie]

Moi je savais que j'allais retourner au bout de quatre ans. Je faisais mes quatre ans obligatoires, c'est tout. [DHCEU parti]

Seulement deux DHCEU et deux boursiers qui prévoyaient au départ faire leur quatre ans puis revenir sont en fait demeurés en région. Les facteurs qui ont fait en sorte qu'ils changent d'avis en cours de route sont, entre autres, l'objet de la prochaine section.

4.3.2 Les facteurs de rétention : quitter ou demeurer?

Par rapport à la perspective du retour au bout de quatre ans que laisse entrevoir les « programmés à revenir », deux types de décisions sont possibles : revenir effectivement au moment de l'échéance du contrat ou reporter ce retour à plus tard pour des motifs d'ordre professionnel ou personnel. Pour ceux qui, au contraire, ne veulent rien programmer à l'avance et restent ouverts à la possibilité de s'installer « si tout se passe bien », trois types de décisions peuvent survenir : revenir malgré soi, en raison de circonstances difficiles à surmonter, demeurer résolument, mais se réserver toujours la possibilité de revenir en ville ou de se relocaliser ailleurs et, enfin, s'installer définitivement, compte tenu de conditions de vie très favorables.

Au total donc, cinq types de décision sont repérables, auxquels correspondent autant d'*intervalles de la durée* et leurs seuils de rétention respectifs (les limites servant à circonscrire les intervalles). Ces *seuils* sont de trois types : la **rétention minimale** (intervalle de durée prévue), la **rétention conditionnelle** (qui comporte elle-même trois intervalles : de durée dite « étirée », *interrompue* et *variable*), et la **rétention optimale** (intervalle de durée *illimitée*). Les deux premiers intervalles — la durée prévue et la durée « étirée » — relèvent de ceux qui sont « programmés à revenir », tandis que les trois autres ne sont concevables que chez ceux qui sont ouverts à demeurer.

La **rétention minimale** correspond au niveau de base de la rétention, aussi appelé niveau de *faible rétention*. À ce niveau, la durée du contrat (3 ou 4 ans) coïncide avec la *durée prévue* de la rétention (intention du départ). La rétention conditionnelle et la

rétenion optimale correspondent, pour leur part, à ce que nous avons appelé le niveau de *rétenion prolongée*.

La **rétenion conditionnelle** se réfère, comme son nom l'indique, aux conditions suivant lesquelles les médecins décideront de demeurer ou non en région. Un intervalle de *durée « étirée »*, dans ce contexte, signifie que la durée prévue au départ (3 ou 4 ans) aura été prolongée en raison de conditions particulières reliées au travail ou à la vie familiale, mais sans que rien fondamentalement n'ait été modifié de l'intention première de revenir un jour s'installer en ville. Un intervalle de *durée interrompue* signifie au contraire que l'ouverture initiale par rapport au fait de demeurer en région, ainsi que le séjour qui pourrait de ce fait en être prolongé, se voient soudainement limités par des conditions jugées problématiques. Quant à l'intervalle de *durée variable*, il suppose des conditions plutôt favorables pour décider de prolonger le séjour, mais ces conditions sont elles-mêmes susceptibles de varier par la suite et de susciter, par conséquent, un changement de perspective quant à l'intention première. Enfin, la **rétenion optimale**, à laquelle correspond l'intervalle de *durée illimitée*, signifie que l'intention première d'ouverture à l'idée de s'installer en région est graduellement soutenue par un ensemble de conditions très favorables qui contribuent à conforter la prise de décision en ce sens.

Le tableau 24 montre la répartition des répondants DHCEU et boursiers partis et demeurés suivant les cinq intervalles de la durée. L'intérêt de ce tableau est qu'il fait voir la rétenion sous un autre angle que celui du statut (parti, demeuré). Il nous la montre aussi sous l'angle du processus sous-jacent à la décision de demeurer ou de quitter. Autrement dit, le statut de rétenion actuel n'importe plus tant ici que le processus menant à la décision ainsi que l'intervalle de temps à l'intérieur duquel il se produit.

C'est ainsi, par exemple, qu'il y a presque autant de boursiers partis que demeurés (4 c. 5) dont l'expérience d'insertion se conçoit dans le contexte d'un intervalle de durée variable et dont la rétenion est conditionnelle à l'interaction de facteurs dont l'importance peut elle-même varier dans le temps. De même, les DHCEU se distinguent-ils au niveau de l'intervalle de durée « étirée » entre ceux qui sont déjà partis (4) et ceux qui demeurent toujours en région (2). Par contre, on ne peut évidemment s'attendre à trouver des DHCEU demeurés en région au niveau de la rétenion minimale, pas plus que des DHCEU partis au niveau de la rétenion optimale.

**Tableau 24 : Seuils de rétention (intervalles de la durée)
selon le programme d'installation et le statut de rétention**

Programme d'installation et Statut de rétention	SEUILS DE RÉTENTION (intervalles de la durée)					Total
	Programmés à revenir		Ouverts à demeurer			
	Rétention Minimale	Rétention Conditionnelle			Rétention Optimale	
	Durée Prévue	Durée « Étirée »	Durée Interrompue	Durée Variable	Durée Illimitée	
DHCEU partis	7	4	4	--	--	15
DHCEU restés	--	2	--	1	6	9
Boursiers partis	1	1	5	4	--	11
Boursiers restés	--	2	--	5	3	10
Total	8	9	9	10	9	45

Du point de vue de l'analyse, à chaque *intervalle de la durée* correspond, en principe, une configuration spécifique des facteurs ayant contribué, ou susceptible de contribuer, à la décision de demeurer ou de quitter. Nous allons maintenant tenter pour chacun des intervalles de dégager une telle configuration. Pour ce faire, nous utiliserons en référence, et surtout comme repère général, le tableau 25 qui montre la répartition des répondants uniquement selon leur programme d'installation en région (DHCEU et boursiers).

Ce tableau nous montre déjà que les DHCEU se retrouvent aux niveaux des seuils de rétention minimale et optimale, ainsi qu'au premier de la rétention conditionnelle (durée dite « étirée »). Quant aux boursiers, près de la moitié d'entre eux sont concentrés au troisième niveau de la rétention conditionnelle (durée variable).

**Tableau 25 : Seuils de rétention (intervalles de la durée)
selon le programme d'installation en région**

Programme d'installation et Statut de rétention	SEUILS DE RÉTENTION (intervalles de la durée)					Total
	Programmés à revenir		Ouverts à demeurer			
	Rétention Minimale	Rétention Conditionnelle			Rétention Optimale	
	Durée Prévue	Durée « Étirée »	Durée Interrompue	Durée Variable	Durée Illimitée	
DHCEU	7	6	4	1	6	24
Boursiers	1	3	5	9	3	21
Total	8	9	9	10	9	45

4.3.2.1 La rétention minimale : le séjour prévu

L'analyse du niveau de base de la rétention porte sur huit cas : sept DHCEU et un boursier, tous retournés en ville au terme de leur engagement. Cinq répondants étaient accompagnés d'un conjoint lors du séjour en région ; aucun de ces conjoints n'avait un emploi. Cinq, également, avaient avec eux des enfants (jeunes) ou en ont eu au cours de la période. Un seul (DHCEU) est originaire d'un milieu rural.

Dans tous les cas, la décision de quitter est venue confirmer celle qui avait initialement été prise. L'expérience n'a pas été nécessairement négative, elle peut même avoir été positive à certains égards, mais pas suffisamment pour renverser une décision de retour prise *a priori*, en raison de l'attachement à un environnement social et culturel dont on sait à l'avance qu'il ne pourra être retrouvé en région.

En effet, le besoin de retrouver à Montréal les membres de la famille, mais aussi, et plus fondamentalement, de retrouver le milieu urbain parce qu'il correspond mieux à son mode de vie, constitue le facteur déterminant de la décision de quitter de tous les répondants :

C'est à cause de la famille ; les rencontres familiales sont beaucoup plus fréquentes qu'en région. (DHCEU)

On est revenu parce qu'on voulait être prêt de nos familles. (Boursier)

Ah! oui, la famille est importante pour moi. Donc, j'ai fait le choix. [...] Mais il y avait d'autres facteurs. Parce que moi je dois dire, que ce que j'aimais c'était beaucoup plus les spectacle, le théâtre, mais ça manquait. Dans ces régions-là on ne les avait pas. Donc moi il fallait à chaque fois que je rentre à Montréal. (DHCEU)

Pour moi ce n'était pas un horizon suffisant [la région]. Je ne pouvais pas me contenter de ça. J'avais besoin de plus de gens, de plus de contacts. (DHCEU)

Chez au moins quatre DHCEU, ce besoin du milieu urbain se fait d'autant plus ressentir qu'il y a présence de la communauté d'origine :

Il y a une communauté [nom de la communauté] à Montréal. Et puis c'est cosmopolite, on est noyé dans la masse. On aime être ici, on travaille ici, on reste ici.

L'éloignement. [...] On n'avait pas notre milieu culturel, la communauté, le manque de services [habituellement offerts par elle à Montréal]. [...] S'il y avait eu cette communauté, on se serait senti à égalité [avec les Québécois].

Pour l'un d'eux, la présence de la communauté et de la famille représente une garantie que ses enfants ne perdront pas leur identité culturelle d'origine :

Je sais, c'est absurde que je vienne m'installer au Québec et que je ne veuille pas que mes enfants perdent leur identité. Je ne sais pas si vous saisissez la nuance là, mais c'est comme si... s'ils deviennent à 100 % Québécois, c'est un peu comme si on disparaissait.

Pour cette raison, et aussi parce que, comptant se marier à ce moment-là, son retour en ville au terme du contrat n'a jamais fait de doutes. Il ne voit pas comment il aurait pu trouver une femme qui aurait accepté de « s'exiler » en région.

Comme cela a été vu précédemment⁶⁰, le milieu montréalais est également associé par certains à de meilleures chances d'éducation pour les enfants. Si ce facteur vient conforter la décision de ne pas demeurer plus longtemps en région, il n'apparaît cependant pas comme déterminant, d'autant que seulement deux répondants avaient des enfants d'âge scolaire au moment de quitter et un autre avait laissé les siens en ville avec sa conjointe.

Finalement, l'emploi du conjoint est mentionné par trois répondants (2 DHCEU et 1 boursier) comme un facteur ayant joué dans la décision du retour. Mais tout comme l'éducation, il vient au second plan des motifs invoqués :

Vous avez les facteurs là, qui n'ont pas aider : d'abord, au point de vue de la famille, on était restreint. [...] Et puis ensuite, bien lui n'avait pas d'emploi [même s'il étudiait], donc l'emploi joue aussi. (DHCEU)

Au niveau du travail pour ma conjointe. [...] Effectivement, un mois après son retour, elle était à temps plein dans une commission scolaire. [...] Mais elle serait restée [en région] plus que moi, [elle savait comment s'occuper là-bas]. (Boursier)

En règle général, l'appréciation globale que portent les répondants de ce cas de figure sur leur expérience en région fait ressortir un sentiment d'isolement et de solitude et, chez trois d'entre eux, un accès difficile à des services culturels ou de consommation courantes. Un seul mentionne une charge de travail excessive donnant l'impression d'être « comme aspiré, vraiment » et laissant peu de place à la vie privée. Sauf pour la charge de travail évoquée par deux autres répondants, tous se disent satisfaits de leur expérience au plan professionnel.

Des aspects positifs de l'expérience socioculturelle ressortent chez le boursier et partiellement chez deux DHCEU. L'un de ceux-ci fait notamment remarquer que cette expérience lui aura permis de « prendre connaissance de la vie intime, de la vraie vie du Québec », car précise-t-il, « Si vous vivez à Montréal, vous ne pouvez jamais connaître comment vivent les Québécois ». Cette appréciation porte cependant moins sur des

⁶⁰ Voir 4.2.3.2. Des enfants bien intégrés.

caractéristiques régionales précises, qu'elle ne fait appel à l'expérience personnelle dont on ne tire généralement profit que le temps d'un séjour justement.

Quant au boursier, pour qui la décision du retour a été presque aussitôt regrettée, le temps passé en région aura été pour lui l'occasion de découvrir « les gens et leur façon d'entrer en rapport », le rythme de vie aussi :

On ne s'était pas rendu compte que ça vivait plus lentement en région, qu'on appréciait la vie là-bas. Ça nous a frappé durement à notre retour.

Sauf pour les motifs du retour, qu'il partage avec ses collègues DHCEU, ce boursier apparaît en fait comme un cas atypique au sein de ce groupe.

En résumé, l'analyse du seuil de rétention minimale montre que les facteurs en cause dans la décision de quitter relèvent de la volonté de renouer le plus rapidement possible avec des repères qui n'appartiennent nullement ou très peu à l'univers des régions et qui ne peuvent y être aisément transplantés : la famille, la communauté d'origine, la vie culturelle et artistique, etc. Parmi les répondants qui étaient accompagnés d'un conjoint (n = 4), seulement un avait des enfants en âge d'aller à l'école au moment de partir, laissant supposer un poids négligeable du facteur de l'éducation scolaire dans la décision de quitter à échéance du contrat.

En fait, le profil de ce cas de figure révèle qu'il s'agit de répondants seuls ou qui débutent leur vie familiale, et dont le style de vie et les attaches sont profondément ancrés dans le milieu montréalais. L'évaluation plutôt négative qu'ils font de la vie en région ne sert qu'à mieux l'illustrer.

4.3.2.2 La rétention conditionnelle

Le besoin du milieu urbain — montréalais en l'occurrence — constitue le facteur clé du premier seuil de rétention, celui qui établit les limites d'un séjour à sa durée prévue, étant donné l'absence de motifs suffisants pour demeurer plus longtemps. Or, justement, à partir de ce niveau de *faible rétention* un ensemble d'autres facteurs peuvent être évalués. Ces facteurs auront pour effet d'étendre cette limite au-delà de l'échéance du contrat pour donner lieu à un autre type de rétention. Ainsi, dira-t-on de ce dernier type qu'il est conditionnel à la prise en compte de facteurs susceptibles, soit de composer avec l'attraction montréalaise, soit de lui faire contrepoids ou de lui substituer, jusqu'à un certain point, une forme ou une autre d'intérêt pour les régions.

Trois types d'intervalle de la durée ont été identifiés pour rendre compte de cette rétention conditionnelle : le séjour « étiré », le séjour interrompu et le séjour variable.

A. Le séjour « étiré »

Neuf cas sont concernés par ce type d'intervalle de la durée : six DHCEU et trois boursiers (tableau 24). Du total, quatre (deux DHCEU et deux boursiers) demeureraient toujours en région au moment des entretiens (tableau 23). Tous avaient des enfants au moment d'arriver en région, sauf un dont les enfants sont nés durant son séjour. Sept étaient accompagnés de leur conjoint. Du total des conjoints, seulement deux n'ont pas eu d'emploi et n'en ont apparemment pas été affectés. Deux répondants sont par ailleurs originaires d'un milieu semi-rural; il s'agit des deux boursiers demeurés en région.

Dans tous les cas, la décision de prolonger le séjour au-delà du terme d'engagement a été prise alors que cette éventualité n'avait pas été envisagée au départ. En effet, tous étaient « programmés à revenir ». À l'instar du précédent cas de figure, presque tous invoquent l'attraction du milieu montréalais et, en certains cas, l'éloignement de la famille ou de la communauté d'origine pour justifier ce retour.

Le séjour est dit « étiré » dans la mesure où le retour prévu n'est nullement remis en question, mais seulement reporté à plus tard. Autrement dit, il y a ici extension de l'intervalle de durée prévue (3 ou 4 ans) à une durée qui pourra varier suivant les circonstances. En fait, la durée du séjour se situe entre cinq et neuf ans pour les répondants ayant quitté ou s'apprêtant à le faire (1 boursier) et apparaît indéfinie chez trois autres répondants (dont 2 DHCEU) demeurant en région depuis dix ans et plus. Nous analyserons séparément ici ces deux types d'extension de durée.

En ce qui concerne le premier type, regroupant quatre DHCEU et deux boursiers, il apparaît d'abord, pour les DHCEU principalement, que l'extension de durée ait été justifiée par la nécessité d'une transition, en lien soit avec l'éducation scolaire des enfants, soit avec des considérations d'ordre professionnel.

Par exemple, pour deux DHCEU de même origine ayant respectivement prolongé leur séjour de deux et trois ans, une telle extension de la durée prévue n'est nullement reliée à l'appréciation des conditions de vie en région. Comme le dit l'un d'eux : « Moi franchement, je n'ai pas d'avantage dans les régions. J'y vais parce que c'est une obligation ».

En fait, cette extension répond essentiellement à des considérations stratégiques relatives à la planification du retour. En l'occurrence, il s'agit de s'assurer que le retour en ville se fera à l'avantage des enfants, notamment au moment où ceux-ci s'apprêtent à entreprendre un nouveau cycle scolaire (le secondaire ou le cégep). L'autre répondant explique ainsi la raison de son séjour prolongé :

Au bout de mes quatre ans, mes enfants étaient encore au primaire et au secondaire, ils n'avaient pas encore terminé. Si j'avais quitté à ce moment-là, mon garçon [aurait été obligé de commencer ses études à Montréal au milieu de son secondaire]. Moi je ne voulais pas déranger mes enfants. Et ma fille, elle, avait une moitié de primaire. En restant encore trois ans, ma fille pouvait finir son primaire et mon garçon finir son secondaire.

Pour ces deux médecins, les enfants passent avant tout. Il en va de l'intérêt de la famille de veiller à ce qu'elle puisse bénéficier des meilleures conditions possibles, même si pour cela il faut accepter de vivre un peu plus longtemps en région. Bien que reporté, le retour en ville ne fait cependant jamais aucun doute. En témoigne ce même répondant :

À cause de mes enfants, c'est sûr qu'à Montréal, ou dans les grandes villes, les écoles c'est beaucoup mieux que dans les périphéries c'est sûr. On peut avoir beaucoup plus de choix. Et les professeurs, c'est mieux aussi. Il faut apprendre beaucoup pour devenir comme les autres citoyens ici. C'est important de retourner dans les grandes villes, pour ma famille, surtout pour mes enfants, pour les études.

Les études, ajoute le second, « C'est important pour nous [nationalité d'origine], c'est pourquoi c'est un facteur déterminant pour revenir à Montréal ».

Les deux autres DHCEU mettent également l'accent sur l'éducation des enfants, qu'ils considèrent être le premier motif de leur retour en ville. Pour l'un d'eux, revenu au bout de sept ans, le moment était venu pour un de ses enfants de se préparer à l'école secondaire car « l'école primaire là-bas ça fonctionne, mais après ça c'est pas fort ». Sans cet impératif, il aurait pu, dit-il, demeurer un peu plus longtemps, d'autant qu'il y prenait un certain plaisir, tant au plan professionnel (« J'ai commencé à aimer la médecine là-bas ») que socioculturel (étant amateur de chasse et de pêche). Un peu plus longtemps, certes, mais pas trop, insiste-t-il, car de toute façon pour les enfants, « Si vous les laissez là-bas, ça signifie qu'ils vont rester dans un trou toute leur vie ». L'objectif est alors un retour en ville sans trop attendre.

Tout comme dans le précédent cas de figure (durée prévue), le milieu urbain est associé à de meilleures possibilités au chapitre de l'éducation. Mais le poids de ce facteur devient ici d'autant plus lourd, que l'éducation se pose concrètement pour cinq des six répondants de ce sous-groupe. En fait, l'éducation des enfants devient le facteur prépondérant non pas de la décision de quitter en tant que telle, mais bien de celle consistant à mettre fin à un séjour qui, dès le départ, ne pouvait être que temporaire, car exclusivement lié à une obligation. Les répondants admettent toutefois que le séjour soit prolongé en partie, pour accommoder certains membres de la famille, à savoir les enfants eux-mêmes, et leur assurer ainsi une transition plus harmonieuse, non seulement vers la ville, mais également entre les cycles scolaires.

La transition vers la ville, en tant que dimension significative de l'extension de durée, est par ailleurs sous-entendue dans les propos de trois DHCEU concernant le travail, notamment en termes de période à prévoir avant le départ définitif, afin de préparer la clientèle à leur départ et se préparer eux-mêmes au nouveau milieu de pratique. Par exemple, l'un d'eux dit être demeuré un an de plus en région afin d'assurer une telle transition :

Parce que je commençais ici [à Montréal], j'avais mon bureau ici, je faisais l'urgence ici. Et je ne savais pas si je revenais ici. Et puis, j'aimais encore la pratique là-bas. Je ne voulais pas laisser mes patients, j'avais un sentiment de culpabilité un peu envers mes patients. Je voulais bien [faire les choses] avant de partir complètement. Donc j'ai fait cette période de transition.

Ce même répondant, demeuré cinq ans en région au total, affirme qu'il aurait été prêt à prolonger encore son séjour, en dépit de sa volonté initiale de revenir à la fin de son engagement, essentiellement en raison du type de pratique et de l'ambiance familière au travail :

Bien moi, c'est la pratique. Ça c'est un gros avantage, parce que tu développes une autonomie en médecine, tu te sens confiant. Ça surtout, c'était très, très bon. Puis tu sais, moi j'aimais beaucoup ça, c'était comme une petite famille là. On se connaissait tous. C'était bien.

« Mais pas plus que dix ans », s'empresse-t-il d'ajouter, à cause de la charge de travail extrêmement contraignante. Des facteurs familiaux, notamment la nécessité de trouver pour son fils un encadrement scolaire mieux adapté à ses besoins, suivi de la possibilité pour son épouse de trouver un emploi à la hauteur de ses compétences, décideront finalement du retour avant l'atteinte de ce seuil.

Cette question du seuil à atteindre est également abordée par une boursière s'appêtant à quitter, dans le récit sommaire qu'elle fait des raisons qui l'ont amenée à changer d'idée par rapport à son intention initiale :

Quand je suis arrivée et que je ne connaissais personne, je me suis dit quatre ans, je reste quatre ans. Je fais mon expérience, puis après ça je m'en vais. Mais là j'ai connu des gens, puis j'ai pensé me bâtir une maison au bord de la mer, tu sais la qualité de vie, tout ça. [...] Ce qui fait qu'à un moment donné, [...] je ne me suis pas dit : « Je reste encore deux ans là ». Tu sais, c'était pour encore cinq, six ans. Mais je ne vois pas bien, bien loin. Je ne voyais pas ça 10 ans là. Je bâtissais une maison pour 4, 5, 6 ans là. Mais je ne me posais pas nécessairement la question. Mais là, c'était clair que je restais plus que les deux ans qu'il me restait là. Tu sais, c'était clair que je faisais plus que mon temps là. [...] Je suis restée ici parce que j'aimais ça.

Cet extrait illustre bien, à notre sens, le processus d'insertion ou d'*intégration* « *expérientielle* » au milieu, pour reprendre les termes de Cutchin (1997a, 1997b;

Cutchin *et al.*, 1994), qui a mené ce médecin à la décision de demeurer en dépit de son intention initiale, mais surtout qui lui a permis de concevoir sa propre rétention en fonction d'un intervalle de la durée relativement long (en deçà de 10 ans), et dont le seuil est défini par la perspective d'un retour reporté. L'éducation de sa fille lui en fournira d'ailleurs l'occasion, au bout de neuf ans passés en région :

Ce qui m'amène à quitter là, ce n'est pas du tout la médecine [ni la qualité de vie, ni le réseau social], c'est l'éducation de ma plus vieille. [...] Ça fait deux ans que ma fille s'ennuie à l'école. [...] [Au secondaire], c'est sûr il va y avoir un problème. [...] S'il y avait la possibilité de faire autre chose que du régulier... [Mais] on ne pense pas à ça ici, il n'y a pas de clientèle pour ça, il n'y a pas assez de monde pour ça.

L'éducation de l'enfant agit donc ici aussi comme facteur prépondérant de la décision de partir, laquelle était, de toute façon, demeurée en suspens.

Mais il peut y avoir d'autres situations où une telle décision est nourrie par un « ensemble de petites choses » qui s'accumulent, et non par une seule, comme le révèle cet extrait du second boursier de ce sous-groupe (premier type d'extension de durée), demeuré pour sa part six ans en région :

Quand ça fait quelques années qu'il y a des affaires qui t'irritent puis que tu penses *qu'un jour tu vas retourner*, des fois ça se précipite. [...] Toutes sortes de petites affaires qui fait qu'à la longue, tu te dis bien là, regarde, je l'ai fait mon *trip* de région, viens-t-en on s'en retourne d'où on vient. En ville.

Entre autres, le climat et le difficile accès à des services culturels acceptables ainsi que l'éloignement de la famille, surtout ressenti par la conjointe, font partie de ces « petites affaires » qui, à la longue, ont fini par avoir raison du goût de vivre en région qu'avait pourtant développé ce répondant. Une affection pour la région développée presque exclusivement à cause du type de pratique, et qui l'avait même incité à prolonger « un peu » son séjour. Par contre, la perspective d'un manque d'effectifs à plus ou moins court terme s'est ajoutée à l'ensemble des facteurs contribuant à l'actualisation de la décision de retour initialement prise.

L'intérêt pour le type de pratique constitue également le facteur prépondérant de la décision prise par les trois répondants demeurés en région (second type d'extension de durée) de prolonger leur séjour au moment de l'échéance de leur contrat, reportant ainsi à plus tard celle du retour en ville. Sauf que dans leur cas, cette décision du retour demeure toujours en suspens, et même depuis pas mal de temps si l'on considère que deux d'entre eux ont franchi le cap des quinze ans en région. Le seuil de rétention, en ce cas, est indéfini, c'est-à-dire que rien ne laisse entrevoir pour le moment (soit au moment de l'entretien) un retour prochain en ville.

Les trois présentent des profils fort différents. L'un des DHCEU vit seul en région, où il se dit comblé par le type de médecine qu'il exerce, mais rend fréquemment visite à sa femme et à ses enfants qui demeurent en ville. Dans sa situation, la décision reportée du retour réside précisément dans ce lien permanent qu'il entretient avec un milieu urbain qu'il associe à la sphère privée des loisirs et des moments passés en famille, tandis que la région symbolise tout entier la sphère du travail. La fin prévisible du travail, au moment de la retraite par exemple, ne peut qu'impliquer un retour en ville.

L'autre DHCEU a vu son conjoint la rejoindre en région alors qu'elle y a vécu seule les quatre premières années. Des conditions de pratique excellentes, qui ont grandement influé sur sa décision de prolonger, et qui perdurent depuis le début, ainsi que l'agrément procuré par une « qualité de vie [qu'elle] ne pourrait jamais avoir à Montréal », laissent croire dans son cas à un projet d'installation définitive. La seule ombre au tableau, indiquant un éventuel recours à la décision du retour, concerne, ici aussi, l'éducation des enfants et, en particulier, l'absence d'écoles privées dans la région.

Cette question de l'éducation des enfants ne pose par contre aucun problème au boursier dont le retour en ville, grandement souhaité depuis quelques années, est néanmoins reporté tant que ses propres enfants, en garde partagée avec son ex-conjointe, auront besoin de sa présence. Autrement, plus rien ne le retient, pas même le type de pratique qui avait pourtant grandement contribué à sa décision de prolonger son séjour au terme de ses trois années d'engagement, mais dont l'intérêt a fini par être miné avec le temps en raison de la lourdeur constante de la charge de travail.

En règle générale, et à l'exception de trois répondants (2 DHCEU et une boursière) qui en retiennent d'abord les avantages, l'évaluation globale de l'expérience en région est, à l'instar du précédent cas de figure, plutôt négative en ce qui concerne la dimension socioculturelle. Plusieurs soulignent à cet effet le manque d'infrastructures et la petitesse du milieu social :

Il manquait beaucoup de choses. Il manquait des..., il n'y avait pas de spectacles. Il y avait un cinéma, un ou deux. (DHCEU parti)

Il n'y avait rien à faire d'intéressant. C'était plat! (DHCEU parti)

Tu n'as pas de cinéma, c'est déjà beaucoup. Tu n'as pas de théâtre. Tu n'as pas d'épicerie fine là. Fine, il faut s'entendre, on ne cherchait pas des affaires recherchées. Du pain baguette, ce n'est pas des blagues-là, il n'y avait pas de pain baguette. (Boursier parti)

Tu es coincé dans une petite ville là. Tu n'as pas beaucoup de vie externe, tu ne peux pas décrocher [comme tu veux]. [...] Tu as un bar de billard.

C'est pour les jeunes. Tu as une discothèque, j'ai été une fois puis c'est encore rien que des jeunes. (Boursier resté)

Quant à la dimension professionnelle, outre la charge de travail jugée trop lourde à la longue par quelques-uns, le type de pratique soulève l'adhésion enthousiaste de pratiquement tous les répondants.

En résumé, l'analyse de ce cas de figure relatif aux conditions d'un séjour « étiré » dans le temps (ou soumis aux conditions d'une extension de durée) montre que l'éducation des enfants constitue le facteur prépondérant d'une décision de retour en ville déjà prise au départ, mais reportée pour des raisons qui tiennent : 1) en certains cas, à la nécessité d'assurer la meilleure transition possible aux enfants, au médecin et à la famille; 2) en général, à la vive satisfaction à l'égard du type de pratique ainsi que, chez quelques-uns seulement, de la qualité de vie. Dans pratiquement tous les cas, le bien-être de l'enfant constitue toujours un enjeu de la rétention.

L'éducation est particulièrement valorisée chez les DHCEU — cinq d'entre eux en traitent explicitement — mais ressort également dans le discours d'une boursière. Quant à la situation du conjoint, elle ne pose pour ainsi dire aucun problème. Par contre, l'appréciation globale de la vie en région, sous ses aspects socioculturels et environnementaux, est dans l'ensemble plutôt négative.

B. Le séjour interrompu

Ce cas de figure regroupe également neuf répondants : quatre DHCEU et cinq boursiers (tableau 24). Presque tous, soit huit, étaient accompagnés d'un conjoint dont cinq d'entre eux étaient sans emploi. Trois médecins DHCEU avaient des enfants à leur arrivée et cinq, dont quatre boursiers, en ont eu au moins un pendant leur séjour. Par ailleurs, trois répondants, dont deux DHCEU, sont originaires d'un milieu semi-rural.

Tous ont quitté au terme de leur engagement (3 ou 4 ans), alors qu'était initialement envisagée une prolongation au-delà de cette limite (« on verra »). Sauf pour un cas, l'attraction de la « grande ville » est ici moins forte, ou ne s'exprime pas de la même manière. La ville est certes un lieu d'attaches, ce qui laisse la porte ouverte à un retour éventuel, mais ne constitue pas le seul possible ou un milieu dont on ne saurait se passer.

Le séjour est dit interrompu en raison d'un seuil imposé par des circonstances autres que celles de la fin de contrat, à savoir des facteurs dont on ne pouvait prévoir au départ qu'ils pourraient surgir et avoir un impact négatif sur la décision de demeurer. Mais un

horizon se dessine toujours quant au temps que l'on aurait encore été prêt à passer, de quelques années seulement à une vie entière.

Ces facteurs sont ici aussi de deux ordres : professionnel et familial. La dimension familiale est moins dominée par la question de l'éducation des enfants, comme dans le précédent cas de figure, qu'elle ne l'est par la situation du conjoint. En effet, quatre répondants (3 boursiers et 1 DHCEU) affirment que ce facteur a influé de manière déterminante sur la décision de quitter en fin de contrat. Quant aux facteurs d'ordre professionnel, ils sont invoqués là encore par quatre répondants (2 DHCEU et 2 boursiers) pour justifier en premier lieu pareille décision.

La situation du conjoint est présentée sous deux angles : celui, général, relatif à sa difficile insertion, et un autre se référant plus particulièrement au fait qu'il ait été sans emploi. Le premier cas est illustré par l'expérience de deux boursiers que les insatisfactions des conjointes et, secondairement, le manque de soutien familial pour aider à s'occuper de jeunes enfants, ont conduit à quitter définitivement. Pour ces deux médecins, il ne faisait autrement aucun doute qu'ils seraient restés :

Moi c'est sûr que je serais resté en région si j'avais pu. C'est ma conjointe là qui ne pouvait plus, qui était rendu à sa limite de sa tolérance pour être là-bas. [...] [Elle n'avait pas de soutien de la famille non plus]. La personne qui s'occupe des enfants, en l'occurrence c'est souvent la conjointe, elle veut un support, je ne peux pas toujours l'offrir comme je voudrais. J'ai mes tâches. Alors tu sais, c'est facile en ville. Ça paraît pas là, mais ta mère vient t'aider à faire un peu de popote pour la semaine, je ne sais pas. Ou un support moral, tu sais, ta mère vient prendre un café, c'est le fun dans une journée. Ton ami, ta sœur... Tout ça, ça disparaît. [...] C'est pour ça qu'on a quitté.

Moi je serais resté là-bas. Je ne suis pas parti parce que ce n'était pas des conditions idéales pour moi [au plan professionnel]. J'aurais pratiqué encore, je suis parti parce que mon ex-conjointe ne voulait pas rester. [...] Et ça a eu une grosse influence le fait que la famille soit loin. Il y avait peu de support avec un nouveau-né. Ça a eu son importance. Surtout avec un enfant.

Le second cas est illustré par les témoignages d'un boursier et d'un DHCEU. Les propos du premier montrent que des considérations relatives à sa propre insertion dans un petit milieu ont eu un impact sur sa décision de quitter, mais que le facteur qui aura finalement pesé dans la balance est d'ordre familial et concerne l'inoccupation de sa conjointe :

Quand je suis à l'épicerie, le monde a pas besoin de savoir que je m'achète des Corn flakes, ou du Spécial K. [...] Oui c'était un des facteurs, ça a été pour moi un irritant épouvantable. [...] La première fois, j'ai dit bien là on ne fait pas plus de quatre ans ici, on va sacrer notre camp, ça n'a pas de bon sens. [...] [Mais] *ce qui a penché dans la balance*, c'est l'impact que ça a eu sur ma conjointe, de *ne pas être occupée*. [...] Oui [on est parti à cause de]

ma conjointe, pour deux raisons : il n'y avait pas de postes disponibles pour elle; puis son état d'âme, son état psychologique après quatre ans.

La décision de partir apparaît ici comme le produit d'un processus au cours duquel les dispositions favorables au départ (« on verra ») sont très rapidement contrecarrées par des « irritants » qui peuvent être majeurs et qui présagent mal d'une prolongation possible du séjour (« La première fois j'ai dit on ne fera pas plus de 4 ans ici »). Mais ces « irritants épouvantables » sont finalement peu de chose par rapport à l'« état d'âme » de la conjointe qui, au cours de ces quatre années, aura beaucoup à souffrir de son inoccupation.

Le témoignage du DHCEU fait voir d'une autre manière l'écart entre des intentions très favorables à l'arrivée et la décision de départ principalement motivée par la situation de la conjointe :

Quand on est arrivé à [nom de la localité], on a dit, on va rester ici toute notre vie. [...] On a acheté une maison [...] Mais à la fin, on a reculé, parce que ma femme n'avait pas trouvé de travail, [et notre fils demeuré en ville avait des problèmes]. Puis ma femme est quasiment tombée en dépression.

De tels facteurs familiaux paraissent très puissants dans la détermination de la décision de quitter. L'éducation des enfants, on l'a vu, en est un autre qui peut autant contribuer à retarder le départ qu'à le précipiter, dans un contexte où la décision à cet effet est, de toute façon, déjà prise depuis le début. Ce dernier facteur est également invoqué dans le contexte du présent cas de figure, mais par une seule répondante, elle aussi DHCEU. Il n'en révèle pas moins le poids qu'il est susceptible de faire peser sur la prise de décision, d'autant plus lourd que l'intention initiale est ici tout à fait ouverte à l'idée d'une rétention prolongée. Et de fait, la décision du retour n'est pas uniquement due ici à une conviction personnelle quant à la nécessité d'une éducation scolaire en milieu urbain, elle cède surtout à des pressions extérieures du père de l'enfant qui, demeurant en ville, exige d'inscrire son fils dans une école privée confessionnelle : « J'avais fini, dit-elle, j'avais complété mes quatre années, et j'ai eu cette pression-là. Il voulait [que son fils aille à cette école], il voulait le voir plus souvent ». N'eut été de cette pression, ajoute-t-elle, elle aurait souhaité demeurer « peut-être deux ans de plus », soit jusqu'à ce que son fils termine son cycle primaire.

L'éducation des enfants est également mentionnée par encore deux autres DHCEU comme facteur, non pas déterminant, mais susceptible d'influencer la prise de décision dans un avenir relativement rapproché. Par exemple, l'une d'entre eux laisse entendre qu'au départ, elle ne s'était pas posée la question et qu'elle ne s'est rendue compte une fois sur place que cela pourrait éventuellement poser un problème :

À [nom de la localité], non [la question ne se posait pas]. Mais on a vu un médecin qui était là et qui avait un fils adolescent. [...] Et comment, quand il voulait aller plus loin dans l'éducation, il fallait qu'il les envoie ailleurs. Alors ça c'était des déplacements.

Toutefois, pour ces deux derniers répondants DHCEU, ainsi que pour deux autres boursiers, le facteur prépondérant de la décision de quitter au terme de l'engagement présente les caractères d'une toute autre dimension. Il relève en effet, et de manière générale, des conditions d'exercice de la profession. À ce sujet, deux aspects ressortent : la charge de travail trop lourde et la possibilité de relocalisation. Chacun de ces aspects est illustré par les propos d'un DHCEU et d'un boursier.

La charge de travail trop lourde, lorsqu'elle met en péril l'équilibre déjà fragile entre vie professionnelle et vie personnelle, constitue un facteur déterminant de la décision de quitter. Si cette situation se produit au cours des premières années, sans que ne surviennent de signes encourageants pour l'avenir. L'occasion de partir offerte à l'issue du contrat est alors saisie. C'est du moins ce que suggèrent les deux extraits suivants :

On travaillait beaucoup puis je ne voyais pas le moment où, avec l'arrivée de nouveaux médecins, on serait capable de réduire. C'est pour ça que j'ai décidé de revenir en ville. Parce que je n'avais pas cette ouverture-là [espoir], qu'un jour on réussirait à avoir un peu de temps de *relaxe*. (Boursier)

Quand le travail a pris toute la place, et je n'avais plus le temps, de place même pour voir mon enfant, O.K. là ce n'était plus possible. Alors c'est un peu significatif qu'on soit parti. On a fini notre contrat officiellement le 1^{er} janvier [année]. Et j'ai fini ma dernière nuit du 31 décembre, je l'ai passée à l'urgence. Et le camion était à 8h du matin à la porte de chez nous. Puis on est parti. [...] Je n'en pouvais plus. (DHCEU)

La possibilité de relocalisation fait appel à l'éventualité d'un retour en ville et, de façon générale, d'un retour dans tout lieu susceptible d'offrir des conditions de pratiques différentes ou mieux adaptées aux objectifs personnels de carrière. C'est ce que révèle le témoignage du boursier qui, au moment de terminer son contrat, s'est vu offrir la possibilité de retourner en ville pour exercer le type de médecine qu'il souhaitait. Se plaisant bien en région, il raconte avoir hésité, mais a finalement été obligé de décider rapidement pour d'autres motifs, eux aussi liés à cette perspective de relocalisation :

Parce qu'à ce moment-là, ils disaient qu'ils allaient restreindre l'accès à la ville. Donc en l'espace d'une semaine, il a fallu que je me revire de bord, que je prenne une décision puis que je dise on descend, c'était la médecine [domaine d'intérêt] qui était mon but premier.

Le DHCEU rapporte une situation identique l'ayant forcé à avancer le moment du retour, qu'il n'avait par ailleurs nullement prévu à échéance de son contrat :

La seule chose qui m'a fait revenir ici dans ce temps-là, c'est qu'ils disaient que des postes à Montréal allaient être abolis, qu'il y aurait plus de difficultés pour revenir. Donc [...] c'est la peur qui m'a pris [...] et j'ai fait des démarches [...] [et c'est comme ça que] je suis retourné.

Cette réaction démontre bien que la perspective d'un retour en ville est, en quelque sorte, indissociable de l'ouverture à demeurer en région.

De manière générale, bien qu'ouverts au départ à la perspective de prolonger leur séjour en région, les DHCEU n'entrevoient pas le seuil d'un tel séjour de la même façon que les boursiers. En effet, des quatre DHCEU, trois en établissent la limite à quelques années supplémentaires (2 à 3 ans), tandis qu'ils sont trois boursiers sur cinq à le voir se projeter sur une vie entière (« J'aurais passé ma vie là »). Les deux autres boursiers réduisent à des proportions plus modestes l'étendue d'un tel seuil. Pour l'un, il devrait être de dix ans :

Je ne me vante pas d'être resté quatre ans, ce n'est pas très long. [...] Si j'avais été seul à [non de la localité], je suis pas mal certain que je serais resté là au moins dix ans.

Les DHCEU sont donc un peu moins généreux que les boursiers à ce chapitre. Peut-être y a-t-il chez eux une forme d'hésitation à se projeter ainsi dans la durée qui est d'autant plus forte que le lien à la ville, et à Montréal en particulier, porte encore les traces de leur immigration. Ce lien nous apparaît néanmoins plus ténu que pour les DHCEU des deux précédents cas de figure. Montréal, « c'est peut-être un peu plus chez moi », dira l'un de ces répondants, comme pour indiquer que d'autres « chez soi » sont possibles.

Et d'ailleurs, il est intéressant de noter ici que l'appréciation globale de l'expérience en région est plutôt positive chez ces mêmes DHCEU. Le rythme de vie, la nature, les « gens simples » sont en effet des éléments qui font l'objet de commentaires favorables de leur part, tout comme de la part des boursiers qui n'ont de cesse de vanter la qualité de vie. Seulement trois répondants, deux DHCEU et un boursier, y vont de commentaires plus critiques. Deux d'entre eux (dont le boursier) se montrent davantage « irrités » par certaines caractéristiques de la vie en région. Quant à la dimension professionnelle, exception faite des problèmes suscités par une charge de travail trop lourde et dont on a vu ici qu'ils agissaient comme facteurs de départ, tous en font une évaluation très positive.

En résumé, les facteurs en cause dans la décision de quitter la région au terme du contrat (séjour interrompu) sont d'ordre professionnel (lourdeur de la charge de travail et possibilité de relocalisation) et familial (situation du conjoint). La question de l'éducation des enfants n'en revêt pas moins de l'importance aux yeux de trois répondants, tous DHCEU; ce qui confirme la tendance observée dans le précédent cas

de figure à l'effet que l'éducation serait surtout valorisée par ces mêmes DHCEU. Notons toutefois que tous, sauf une, avait des enfants d'âge scolaire au moment de quitter. Parmi eux, une seule présente ce facteur comme ayant été déterminant de sa décision de retourner en ville.

Par ailleurs, la satisfaction à l'égard de la vie en région apparaît plus élevée que chez les répondants des précédents cas de figure, laissant entrevoir la possibilité d'une rétention plus étendue.

C. Le séjour variable

L'analyse de ce cas de figure porte sur dix répondants. Un seul est un DHCEU, vivant toujours en région, sans jamais avoir été accompagné d'un conjoint; neuf sont des boursiers qui se répartissent à peu près également entre ceux qui ont quitté (4) et ceux qui sont demeurés (5). De ces derniers, un s'apprêtait à quitter au moment de l'entrevue. Huit des neuf boursiers étaient accompagnés d'un conjoint à l'arrivée en région; l'un d'eux s'est séparé depuis et est resté en région, tandis que ses enfants sont partis en ville. Quatre, dont ce dernier, avaient des enfants à l'arrivée et deux en ont eu au cours des premières années. Des sept conjoints demeurés durant ces mêmes années ou y demeurant encore, six ont eu un emploi, dont cinq dans le domaine de la santé (4 médecins et une infirmière). Par ailleurs, quatre boursiers sont originaires de milieux ruraux ou semi-ruraux.

Tous sont demeurés au-delà du terme de leur contrat, en conformité avec l'intention au départ qui laissait entrevoir une prolongation de séjour (demeurer résolument si tout va bien). Parmi ceux qui ont quitté, trois l'auront néanmoins prolongé de trois ans (contrat de trois ans dans tous les cas) et un, d'une année seulement (contrat de 4 ans). Quant aux six répondants qui sont toujours en région, le nombre d'années excédant la limite de la période d'engagement varie entre cinq et dix pour la plupart, et n'est que de trois pour un boursier.

Le séjour est dit à durée variable dans la mesure où la décision de le prolonger à échéance du contrat demeure par la suite sujette à évaluation périodique suivant les aléas de la vie en région, c'est-à-dire compte tenu de conditions qui finissent par peser ou qui, au contraire, encourage à poursuivre. Tout comme pour le précédent cas de figure (séjour interrompu), la porte demeure toujours ouverte à un éventuel retour en ville. De la même façon, les grands centres urbains exercent auprès des médecins concernés un pouvoir d'attraction relatif, mais qui s'évalue peut-être davantage ici en fonction de ce que les régions ont elles-mêmes à proposer en contrepartie.

L'éloignement des grands centre, nous dit un répondant, « C'est un facteur qui n'aide pas, à cause de tout ce que ça touche : l'amitié, l'aspect culturel, les loisirs. [...] Être proche d'un grand centre, c'est être proche aussi du monde ». Et de fait, dont ce boursier qui s'apprêtait, au moment de l'entrevue, à quitter sa région éloignée pour se rapprocher d'un grand centre, mais non pour y demeurer :

Je ne sais pas si vous avez remarqué, mais on part d'une région pour aller dans une autre région. Alors qu'on n'est pas originaire ni l'un, ni l'autre d'une région. Si on n'avait pas vécu dans une région, on n'aurait pas pris la décision d'aller vivre [là où on s'en va]. [...] C'est le fait d'avoir vécu en région qui nous permet je pense, de nous dire bon bien maintenant [...] j'ai le goût d'aller vivre dans [nom d'une région intermédiaire] parce que c'est une région qui m'attire. [...] là on a l'expérience, on sait c'est quoi [de vivre en région], on a connu les avantages, fait qu'on va rechercher... je pense qu'on va vivre les mêmes avantages, avec l'avantage [en plus] d'être à [proximité] de Montréal.

Cet exemple, bien qu'il ne reflète nullement la réalité des autres répondants, n'en illustre pas moins la situation d'entre-deux dans laquelle tous se retrouvent d'une manière ou d'une autre. Les commentaires suivants de trois autres boursiers le montrent aussi :

Des fois, j'ai des petites crises là. J'aurais envie de repartir en région. Tu sais, laisser tout le côté [stressant] de la ville. Mais d'un autre côté, je vais arriver en région, je vais trouver qu'il va me manquer telle affaire. (A quitté)

Le plus [de la vie en région], c'était les avantages du plein air et tout ça; le moins, c'était la distance entre ce plein air et la ville, ma ville. (A quitté)

Il reste que, oui, tu es content de retourner parfois dans les grands centres, quand tu y vas ça fait du bien d'y aller. Mais après un certain temps, tu as hâte de revenir aussi. Tu as hâte de retrouver la région. Tu as hâte de retrouver un rythme de vie un petit plus [agréable]. (Est demeuré)

Pour un autre boursier, lui-même originaire d'une région, s'il n'y a pas de réels avantages à vivre en région, cela ne signifie pas qu'il y ait des inconvénients majeurs. La plupart, au contraire, trouvent de nombreux avantages au fait de vivre en région, tels que la proximité de la nature et la tranquillité, ou encore « une nouvelle façon d'aborder les gens, [...] un nouveau mode de pensée aussi », etc.

Le DHCEU affirme, quant à lui, avoir adopté sa région même si elle offre peu au plan culturel, simplement parce qu'il la trouve belle en nature. Il ajoute toutefois apprécier de ne pas vivre trop loin de Montréal pour des raisons familiales. Cependant, il ne se sent pas attiré par cette ville : « En fait je n'aime pas Montréal, je n'ai jamais aimé Montréal. Si j'aimais Montréal, je ne serais pas là ». En cela, il se démarque des boursiers qui tous apprécient, sous une forme ou une autre, pouvoir retrouver l'atmosphère de la grande

ville. Mais il rejoint les autres en appréciant la région en fonction de ce qu'elle a à offrir, en comparaison d'un grand centre comme Montréal qui puisse inciter à demeurer.

Pour ce dernier répondant, la question semble pour le moment avoir été résolue : des facteurs d'ordre professionnel et reliés à son appréciation plutôt positive de la vie en région l'ont, dès les premières années déjà, décidé à y demeurer. Seuls des facteurs d'ordre personnel pourraient venir modifier une telle décision, pense celui qui affirme par ailleurs « ne pas [être] là pour rester définitivement ». Pour tous les autres qui sont demeurés en région, cependant, ces facteurs ne peuvent qu'être d'ordre professionnel, tout comme cela a d'abord été le cas pour quatre des cinq répondants ayant déjà quitté ou s'apprêtant à le faire (un cas sur 5).

Il est intéressant d'observer à cet égard que les facteurs d'ordre familial (éducation des enfants, situation du conjoint) occupent une place plutôt secondaire dans la décision de quitter par rapport aux facteurs d'ordre professionnel ou reliés à certaines composantes du milieu de vie. Le fait que la quasi totalité des conjoints aient été ou soient toujours en emploi y est probablement pour quelque chose, mais n'explique sans doute pas entièrement ce relatif effacement; l'éducation des enfants n'est pas un facteur davantage prioritaire (un seul l'identifie comme facteur premier de sa décision de quitter et deux ne lui accorde qu'un poids relatifs), malgré leur présence tout de même appréciable (5 répondants ayant été ou étant toujours en compagnie de leurs enfants en région).

Quoi qu'il en soit de l'importance de la dimension familiale, il ne fait ici aucun doute que les facteurs d'ordre professionnel jouent un rôle déterminant dans la décision de quitter ou de demeurer. Ils viennent au premier rang des motifs invoqués pour partir ou rester chez six répondants (5 boursiers et 1 DHCEU) et au second, chez trois (tous boursiers). Chez ces derniers, le premier des motifs relève de l'appréciation du milieu de vie. Un seul invoque comme première raison de son départ des facteurs d'ordre familial, soit le désir des enfants de faire leur cégep en ville et celui de la conjointe de renouer avec ses propres intérêts professionnels.

Les facteurs d'ordre professionnel, à l'instar du précédent cas de figure, sont de deux types : l'appréciation des conditions de travail, en particulier de la charge de travail, et la relocalisation. Toutefois, un troisième s'ajoute, qui consiste en l'appréciation du type de pratique.

Chez trois des boursiers (sur 4) qui sont partis ainsi que chez celui qui s'apprête à le faire, les raisons du départ relèvent soit du caractère insatisfaisant de la pratique, soit de la lourdeur de la charge de travail, soit de la relocalisation. Par rapport à ce dernier

point, ce qui est en cause a toujours à voir avec l'inquiétude d'être coupé de toute chance de retour en ville :

C'est un peu ce qui a fait qu'on est revenu plus vite. Parce qu'on avait aucune certitude du Ministère qu'on nous réservait un poste dans la ville de notre choix. (Parti)

L'extrait suivant illustre de manière comparable aux témoignages de ceux dont le séjour a été interrompu (cas de figure précédent), le poids qu'a fait peser sur les conditions de vie en général une charge excessive de travail, sans rien enlever cependant de la satisfaction à l'égard du type de pratique :

La charge de travail, je dirais que c'est une des raisons principales qui fait que je vais quitter. [...] Sur le nombre d'heures qui est attribué au travail par rapport à la vie à l'extérieur du travail, à 8 médecins seulement pour couvrir un service de gardes 24 heures sur 24, puis les dispensaires, le bureau, les soins longues durées, les courtes durées, ça fait beaucoup d'heures de travail. [...] Comprenez-vous, je suis satisfait de mon mode de pratique, [...] mais là je trouve que c'est beaucoup d'heures par rapport à ma vie là. (S'appêtant à partir)

Le troisième boursier, dont la conjointe est médecin elle aussi, se montre quant à lui très critique du type de pratique, la jugeant peu stimulante : « C'est ce qui a fini par faire qu'on revienne pratiquer en milieu urbain, la peur finalement d'avoir une pratique dont l'ouverture sur la science était moins grande ». Selon lui, le manque de stimulation intellectuelle en région serait en partie lié au manque de spécialistes résidents⁶¹.

Des quatre boursiers qui, en plus du DHCEU, comptent toujours demeurer en région, un seul invoque en premier lieu pour motif à cet effet la satisfaction à l'égard du type de pratique et de l'esprit d'équipe « exceptionnel » que lui-même et sa conjointe (elle aussi médecin) connaissent depuis le départ. Les autres tiennent également ce type de facteur responsable de leur rétention, mais en second lieu, après ceux relatifs à l'appréciation du milieu de vie :

Le milieu où on vit, le contact avec les gens [...] un bouillon de vie communautaire qui peut être intéressant, [...] et la maison de rêve [qu'on a], [...] C'est pour ça je pense [qu'on veut rester], et puis le type de pratique aussi, on est habitué, il ne faut pas oublier ça.

[On a décidé de rester] après 4 ans [parce que à] un moment donné tu es intégré, tu es bien, tu es heureux dans cet endroit-là. Les gens t'ont accepté. Tu t'es fait une vie autre que la médecine. Tu as des activités, des amis, tout ça, qui font que, finalement tu as le goût de rester.

⁶¹ Voir section 4.2.1.1., note 44.

Par contre, la principale raison qui inciterait éventuellement ces répondants qui sont demeurés à quitter leur région, est d'ordre professionnel. Elle concerne la charge de travail et, plus spécifiquement dans deux cas, le climat de travail.

[On songerait à quitter, s'il devait arriver] qu'on ne soit plus heureux dans le groupe, que le groupe se modifie, je ne sais pas, qu'il y ait des départs qui feraient que l'équipe deviendrait déstabilisée, qu'on perde notre belle solidarité, notre belle homogénéité; qui ferait qu'il y aurait de la bisbille dans le groupe. Ça, pour nous, ça deviendrait rapidement une source d'insatisfaction.

Le soutien des autres médecins est à ce point important, est-on amené à penser, qu'un manque à ce niveau aurait des répercussions sur tout le reste et en particulier sur la capacité à supporter une charge de travail trop lourde.

Ce dernier répondant, qui au moment de l'entretien avait déjà prolongé de 5 ans son séjour en région (9 ans au total), n'exclue pas que les facteurs d'ordre familial pourraient éventuellement prendre le pas sur les facteurs d'ordre professionnel, mais jusqu'ici l'expérience amène à penser que la dimension professionnelle est prédominante :

C'est sûr que la famille est un critère primordial. La raison pour laquelle j'amène l'aspect professionnel, c'est parce qu'à date, ce qu'on a vu, ce qu'on a objectivé dans les dernières années, c'est que le bonheur familial est tributaire du bonheur professionnel. C'est tellement intense, c'est tellement prenant du point de vue horaire, [...] du point de vue engagement, ce qu'on fait, que ça déteint sur la vie familiale.

Le cas de ce boursier est en fait particulièrement intéressant pour montrer comment divers ordres de facteurs — en l'occurrence professionnel et familial — peuvent se succéder dans le temps et leur poids varier en fonction des contingences, pour conduire éventuellement à un autre type de décision. Il illustre bien surtout le processus menant à la prise de décision du point de vue de la rétention à durée variable :

On aimait ça ici [quand on est arrivé]. On s'était dit, on regarde ça aller pendant deux, trois ans. De toute façon on n'aurait même pas attendu quatre ans. On n'aurait même pas attendu la fin de nos bourses. Si ça avait été désagréable, et qu'on aurait pas été satisfait du point de vue professionnel, social ou autre, si ça ne nous avait pas convenu, on n'aurait pas attendu la fin des bourses. On aurait levé les flûtes avant, [on aurait remboursé]. [...] Alors on s'était donné deux, trois ans. On avait loué une maison. Puis on s'est dit, on regarde ça. Puis si d'ici deux, trois ans on a toujours autant de plaisir, si on est toujours satisfait ici, on commencera à regarder pour s'acheter une maison et s'installer. Puis c'est ce qui est arrivé. Puis un coup installés, bien là on s'est dit, écoute on s'installe pour au moins dix ans. À moins que quelque chose arrive, qu'on soit malheureux ici, on se donne au moins dix ans. Puis au bout de dix ans, on se reposera la question. Parce que là les enfants vont être rendus proche des études supérieures, cégep, université, tout ça. Fait que là, [c'est encore possible

qu'on quitte]. On ne le sait pas. [...] Ça fait cinq ans qu'on a notre maison, ça va nous donner un autre cinq ans.

En somme, initialement disposés à l'idée de demeurer au-delà du terme de l'engagement, à moins que quelque chose ne survienne d'ici là, la décision de s'installer est prise un peu avant cette échéance, pour des raisons qui, en l'occurrence, ont eu surtout à voir avec les conditions très favorables de la pratique. Puis, une autre évaluation du séjour est fixée « dans dix ans » et déjà, est anticipé le type de facteur — familial celui-là — qui pourra jouer dans la décision du moment, à moins que n'éclate la « bisbille » au plan professionnel. Toutes autres conditions sont par ailleurs remplies du point de vue de l'appréciation du milieu de vie et de l'environnement physique en général pour ne pas nuire à la vie professionnelle et familiale.

Chez d'autres la décision de s'installer aura même été prise au tout début du séjour. C'est le cas d'un boursier ayant prolongé son séjour de trois ans, et dont on a vu que la raison principale du retour en ville était liée à l'insatisfaction par rapport au type de pratique :

C'est sûr que quand on est allé en région, ma conjointe et moi, on ne s'est pas dit, on va faire du temps. On est allé avec l'idée de s'installer là-bas. Et donc le temps qu'on y est resté, a dépassé largement le temps pour lequel on avait obtenu ces bourses-là. [...] On savait que la pratique était différente de ce qu'elle aurait été si on avait décidé de nous installer en milieu urbain. [...] Elle était différente, mais [on ne voulait pas la voir] moins intéressante. C'était autre chose. Et les premières années de la pratique, ce que nous on s'était dit, c'est que, la meilleure attitude à avoir [...] c'était de choisir de s'installer [et] au bout d'un certain temps de *réévaluer* notre choix. [...] [On s'était dit], on se laissera séduire, on découvrira ... [C'était important] d'avoir cette attitude positive dès le début, puis de penser finalement que le fait de travailler en région ce n'était pas incompatible avec [...] ce qu'on avait comme exigences professionnelles.

Sauf qu'au terme de l'engagement et avec une pratique davantage orientée vers le cabinet privé, la possibilité de se laisser séduire est devenue pratiquement nulle : « À ce moment-là, ce qui devenait irritant, c'était plus [le] manque de stimulation intellectuelle qui persistait ». La réévaluation dans ce cas aura mené à la remise en question de l'attitude initiale et, finalement, à la décision de quitter. N'eut été de cette insatisfaction, les conditions d'une rétention plus longue étaient d'autant plus réunies, peut-on croire, que ce répondant et sa conjointe étaient originaires d'une région éloignée.

En résumé, le seuil de rétention à durée variable regroupe presque exclusivement des boursiers dont les conjoints sont occupés, ce qui paraît, sinon réduire l'incidence de la situation du conjoint sur leur décision de quitter, au moins ne pas nuire à leur rétention. De plus, et pour des raisons différentes, ils apprécient au moins autant que l'atmosphère des grands centres celle des régions où nature, rythme de vie et rapports avec la

population en général contribuent au bien-être familial. Pour certains, ces conditions du milieu de vie jouent même un rôle de premier plan dans leur décision de demeurer en région, tant que rien d'autre ne viendra les en dissuader, tels des facteurs d'ordre professionnel.

Ces derniers jouent d'ailleurs un rôle déterminant dans la décision de quitter ou de demeurer chez neuf répondants sur dix. Ils touchent au type de pratique, aux conditions de travail (charge et soutien des pairs) ainsi qu'aux possibilités de relocalisation. À l'exception du répondant insatisfait du type de pratique, tous en font une évaluation très positive, incluant les deux qui ont décidé de quitter en raison de son caractère trop exigeant (lourdeur de la charge).

4.3.2.3 La rétention optimale : le séjour illimité

Le troisième type de seuil de rétention, et l'intervalle de durée illimité qui lui est exclusivement associé, supposent la mise en place de conditions idéales qui permettent de prolonger indéfiniment le séjour. Vivre en région répond à un projet d'installation ou correspond à un mode de vie qui est recherché. La décision de demeurer au-delà du terme de trois ou quatre ans est donc conséquente avec ce projet, la réalité de la vie en région au cours de cette période venant conforter les attentes de départ. Cette décision pourrait être réévaluée, mais il faudrait pour cela que surviennent de sérieuses difficultés.

L'analyse de ce seuil terminal de la *rétention prolongée* (soit le 4^e et dernier par rapport au premier dit de *faible rétention* ou de durée prévue) porte sur neuf répondants, six d'entre eux étant des DHCEU. Tous sont évidemment demeurés en région; quatre DHCEU y résident respectivement depuis onze et douze ans et deux autres, depuis cinq et six ans. Des trois boursiers, un seul y demeure depuis près de 15 ans; les deux autres, depuis huit et neuf ans.

Quatre répondants, tous DHCÉU, sont arrivés en région accompagnés d'un conjoint et d'au moins un enfant. Le conjoint de l'un d'eux est Québécois et est originaire de la région. Une autre DHCÉU n'était accompagné que de son conjoint, leur enfant étant demeuré à Montréal. Le sixième vit seul en région depuis plus de dix ans mais sa conjointe qui demeure principalement en ville y vient régulièrement. Quant aux trois boursiers, l'une n'était accompagnée que de son conjoint lorsqu'elle est arrivée et a eu ses enfants par la suite. Les deux autres étaient, quant à eux, célibataires à l'arrivée et ont rencontré leur conjoint sur place, dont ils ont eu au moins un enfant depuis.

Par ailleurs, sept des huit conjoints présents en région ont toujours eu un emploi, dont trois dans le domaine de la santé (2 médecins, 1 infirmière). La conjointe sans emploi

n'en souhaitait pas, aux dires de son époux, et s'est toujours occupée des enfants et à diverses autres activités. Finalement, cinq répondants au total (sur 9) sont originaires de milieux ruraux ou semi-ruraux.

En règle général, et à l'inverse des précédents cas de figure, la perspective d'un retour définitif en ville semble ici exclue. Les grands centres urbains intéressent moins. Ils ne sont intéressants que dans la mesure où l'on y a encore des membres de sa famille, mais aussi parce que l'on peut y trouver des produits dont on manque en région, ou parce que l'on peut s'y ressourcer à l'occasion aux plans social et culturel. En ce sens, un éloignement trop important constitue un inconvénient, notamment pour une DHCEU qui précise toutefois ne pas vraiment en souffrir : « Même si on a pas tout ce qu'on aimerait avoir en région, je ne pense pas que ça pose un problème pour y vivre », soutient-elle.

La perspective n'est donc plus la même, en ce cas, que celle observée chez les répondants de la *réention à durée variable*. En effet, personne n'oscille entre ville et région. Le choix de la région comme milieu de vie se fait plus clair. C'est elle, désormais, qui attire et non le contraire. Le milieu urbain, « ça ne m'attire pas », affirme un DHCEU qui prétend par ailleurs ne trouver aucun désavantage à la vie en région. « Pour moi, dit-il, c'est un paradis, [...] c'est une région incroyable. » Un autre DHCEU y va de son appréciation « des grands espaces, des étendues d'eau, de la verdure et de la forêt ». Un troisième, croyant qu'« il y a plus d'avantages pour nous à rester ici », évoque pour illustrer ses propos l'environnement naturel et la tranquillité. Les commentaires des boursiers vont dans le même sens :

J'essaie de trouver les désavantages [de la vie en région]. Il y a [que] des avantages! [...] C'est tellement beau là. [...] La nature c'est important pour moi, je dirais que c'est quasiment mon pèlerinage. [...] C'est un critère d'attrait bien important pour moi. (Originnaire milieu urbain)

La vie est plus simple en milieu urbain qu'en ville. [...] [Je suis proche de tout]. Moi je vois juste des avantages finalement. (Originnaire milieu rural)

Si les boursiers font surtout valoir et s'en tiennent au côté « plaisant » de la vie en région (à cause du rythme de vie plus lent, de la beauté des paysages, etc.), les DHCEU, de leur côté, s'attardent davantage à des particularités du milieu de vie qui contribuent au développement de leur sentiment d'y être chez eux. La question de l'accueil, par exemple, et des liens avec la communauté locale ou d'origine, est abordée par deux d'entre eux :

On s'est senti mieux accueilli ici que quand on était à Montréal. [...] L'avantage de la vie en régions éloignées, c'est le climat amical, les relations interpersonnelles qui sont beaucoup plus fortes qu'ailleurs. Les

gens sont plus accueillants. [...] En fait je pense qu'à Montréal, j'étais sur mes gardes, j'avais toujours peur d'approcher les gens, tandis qu'ici ces peurs n'existent plus. Je me sens plus ouverte à avoir des relations avec les gens. Des fois, ça arrive qu'on va à l'épicerie, puis les gens nous arrêtent pour nous poser des questions. Je ne me sens pas agressée. Je sens que c'est normal. On est dans un petit milieu, on se connaît. (Originaire milieu urbain)

L'appréciation que je fais [après plus de dix ans passés ici], c'est je me sens mieux ici qu'à Montréal. J'ai constaté que même ma communauté ethnique là, il y a des frictions, et puis des fois peut-être que c'est les Québécois qui vont mieux m'apprécier que les membres de ma communauté. Bon alors maintenant de ce côté là, il y a pas de problèmes. S'ils ont envie de me voir, ils vont venir me voir, et moi je vais aller les voir aussi. Et s'ils me laissent tomber, tant mieux [rire]. Mais ma famille est avec moi, mes enfants, ma femme elle est avec moi. C'est drôle à dire, [...] mais, depuis [toutes ces années], je n'ai jamais pensé à Noël de rentrer à Montréal pour voir ma famille. Ma famille, elle est ici. (Originaire milieu urbain)

La région est un lieu idéal pour élever une famille, soutient par ailleurs ce dernier répondant, car elle met les enfants relativement à l'abri de comportements malsains :

Les grandes villes commencent à être polluées. Et maintenant quand je parle de pollution, ce n'est pas seulement du point de vue matières chimiques et émanations. Je parle aussi de comportement des jeunes. Parce que ici c'est l'idéal pour élever mes enfants.

Une autre DHCEU, elle-même originaire d'un milieu semi-rural, ne manque pas de faire le rapprochement entre sa région et celle de ses origines :

Et une chose que je dirais, qui est importante pour moi, c'est que là on est dans un coin qui [ressemble à ma région d'origine]. [...] Je fais le lien fréquemment. [...] Le fait d'avoir un environnement comme on a ici, pour moi ça c'est un plus. Et ça, je ne suis pas prête à le lâcher parce que je sais qu'il est important. [...] En qualité de vie, clairement ici on a le meilleur.

En somme, diverses caractéristiques du milieu de vie régional représentent pour l'ensemble des répondants de ce cas de figure des conditions avantageuses dont ils ne sauraient, en un sens, se passer. Or, ces conditions ne sont que rarement mentionnées en tant que facteurs de rétention. Tout au plus, viennent-ils au second rang des motifs invoqués quant à la décision de demeurer en région ou, plus exactement, de confirmer l'intention première à cet égard.

Les facteurs de rétention liés à l'appréciation du milieu de vie sont en fait largement implicites dans les propos tenus par ces médecins. Par contre, à la question de savoir ce qui les a retenus au premier chef, tous, à l'exception d'un DHCEU qui ne cite que son implication dans la communauté et d'une boursière qui invoque un motif personnel, sont très explicites quant au rôle joué par les facteurs d'ordre professionnel :

Je suis resté parce que je n'aurais pas trouvé [ailleurs] les mêmes conditions de travail surtout, sur le plan social aussi, mais surtout au travail. C'est que moi, je suis bien là-bas. Je peux faire tout. À Montréal, [...], j'ai essayé à un moment donné [...] et je n'ai pas aimé ça. (DHCEU)

En raison de la relation avec les collègues, le milieu de travail [...] je pense que j'ai trouvé toutes les choses que je voulais trouver dans le sens où il y a un hôpital moderne, bien équipé, le travail d'équipe, une bonne clientèle. (DHCEU)

Oui sûrement, [c'est pourquoi] je reste. Je ne cherche pas à changer mon mode de pratique. Ça a ses désavantages, parce que vous avez beaucoup de fins de semaine, beaucoup de temps occupé [à travailler] quand même. Mais il y a des avantages aussi. (DHCEU)

Oui, c'est la pratique qui nous garde ici je crois. (DHCEU)

Si je reste à [nom de la localité], c'est purement parce que j'ai ma clientèle, puis j'ai une obligation vis-à-vis de ma clientèle. (Boursier)

Ce n'est pas la composante familiale qui me retient ici, c'est vraiment la composante du travail [...] : la qualité de la pratique, puis la stabilité de l'équipe. [...] La pratique, puis un peu la qualité de vie. On arrive chez nous et c'est *relaxe*. (Boursier)

Malgré des conditions de travail généralement bonnes pour le moment, certains disent craindre que la situation ne finisse par se détériorer, notamment au chapitre des effectifs médicaux. Selon une DHCEU, qui ressent déjà les effets d'un tel déficit de médecins dans sa région, il y a là matière à inquiétude : « S'il y a des médecins qui arrivent, la tâche va devenir moins lourde, mais si ça reste toujours lourd, ça va devenir difficile [et on ne sait pas ce qu'on va décider] », laisse entendre celle qui était pourtant venue « pour rester ». Pour un autre DHCEU, qui mesure bien les lourdes exigences de la pratique en région, il faudrait vraiment que la situation devienne très difficile pour l'inciter à quitter. Il faudrait que survienne « quelque chose d'insurmontable », renchérit un troisième DHCEU. Les boursiers semblent en accord sur ce point : « Il faudrait qu'il arrive quelque chose de majeur là », soutient l'une d'eux. Une autre, afin de demeurer, verrait à trouver une solution, probablement à son détriment :

Si on perd du monde, puis que les besoins à l'hôpital sont devenus trop grands, c'est le bureau qui va être coupé là, parce qu'on pourra pas maintenir la surcharge, plus le travail qu'on a actuellement.

En règle générale, la volonté de demeurer est très forte chez ces répondants. D'autres facteurs peuvent avoir joué pour la renforcer, tels que chez deux des boursiers en particulier, le fait d'avoir rencontré leur conjoint sur place ou encore, chez l'un des DHCEU, le fait d'avoir un conjoint Québécois originaire de la région. L'une des boursières explique de quelle façon ce facteur a pu influencer sur sa décision de demeurer et de s'installer :

Je suis arrivée célibataire. Je n'avais pas d'attente, je n'avais pas de projet particulier. J'ai dit je vais prendre ça comme ça vient. Finalement, deux, trois mois après, j'ai rencontré mon chum. Puis on est ensemble depuis ce temps-là. Et on a fait quatre enfants [rire]. [...] Si j'étais arrivée avec un conjoint comme ça arrive souvent, qu'il n'y aurait pas eu de travail [pour lui], comme on voit souvent, ça aurait pu être très différent. Ou même, si j'étais restée célibataire pendant trois, quatre ans, je serais probablement repartie. À un moment donné il y a des limites là.

Cette répondante identifie un facteur d'ordre personnel qui, dès le départ, aura été déterminant pour elle et qui lui aura permis de donner un sens à son ouverture initiale de demeurer. D'autres circonstances auraient pu modifier cette intention initiale.

D'autres facteurs sans doute plus importants à cet égard, du moins pour les autres répondants, tiennent à la nature même du projet sous-entendu par l'intention initiale. Ce projet concerne l'installation en région auquel se sont tenus les autres DHCEU et boursiers. Chez les DHCEU, l'âge mûr ainsi que le besoin de s'installer une fois pour toute semblent être ici en cause :

On n'était pas jeune. [...] Donc, on n'est pas parti avec l'idée qu'on va faire les quatre ans puis qu'on va ensuite revenir à Montréal. [...] Je me suis dit, je vais choisir la région où je vais vivre.

J'étais ouvert au départ et on s'est dit si on se sent bien ici, on va rester parce qu'on en a assez de changer de place. [...] C'était notre nouvelle étape, mais une étape qui pourrait être définitive, pour s'installer. On n'a pas l'esprit nomade.

Enfin, c'est beaucoup de choses à vivre. On a un certain âge, on est venu au Canada avec un but bien précis. Si on vient, on vient pour s'établir. [...] [On pense s'installer dans la région] à la retraite. (Conjointe vit en ville)

Dans le cas des boursiers, le projet d'installation correspond à un rêve pour la famille ou encore, répond à un besoin personnel :

Nous, s'ils avaient offert dix ans de bourses, on aurait pris les dix ans. On aurait tout pris. Parce qu'on le savait qu'on s'en venait ici pour un bon bout de temps. Ce n'était pas juste "on va y aller, puis on verra là". [...] Je dirais que la façon qu'on s'est installé au début, la façon qu'on a construit notre maison, c'était comme, c'était évident qu'on restait ici là [rire] On s'est vraiment installé sur le bord de l'eau. Puis on a construit tout ce dont on rêvait. Puis on se disait qu'on voulait être confortable avec les enfants, tout ça là. Fait que, c'était évident là qu'on ne partait pas prochainement parce que sinon on n'aurait pas fait ça. (Conjoint est médecin)

Ce n'est pas le contrat qui a fait que je suis venu ici. C'est le fait que moi, à un moment donné, dans mes études, je me suis aperçu que là, c'était dangereux pour moi de rester dans une grande ville, puis de pousser constamment. [...] Puis [j'ai fini par] comprendre que je serais probablement plus heureux comme par exemple en région, parce que là tu fais des

activités, tu ne fais pas juste de la médecine. (A rencontré sa conjointe en région, ce qui a facilité son insertion)

Si on les considère sous l'angle du projet d'installation, les facteurs d'ordre personnel ou familial peuvent donc jouer un rôle important dans la mise en place des conditions nécessaires à une rétention de longue durée en région, sans autres limites de temps que celle de la vie que l'on souhaite y mener pour son propre bien-être ou celui de sa famille. Ainsi, la décision initiale de s'installer définitivement en région est-elle susceptible de rendre moins efficace l'action de tout facteur extérieur à celle-ci.

L'éducation des enfants en est ici un bon exemple, puisque aucun des quatre répondants qui en parlent (3 DHCEU et 1 boursier) ne considère qu'elle pourrait motiver sérieusement un départ, sauf dans un cas précis où pourrait intervenir une relative préférence pour l'école privée (boursier). Pour le reste, il ne saurait être question que les parents suivent leurs enfants allant poursuivre en ville leurs études collégiales.

En résumé, les facteurs d'ordre professionnel sont, à l'instar du précédent cas de figure, au premier rang des facteurs qui motivent les médecins ici concernés à demeurer en région. En revanche, et compte tenu de leur engouement réel pour nombre de caractéristiques du milieu de vie, une détérioration des conditions de travail pourrait difficilement les inciter à quitter, à moins de circonstances insurmontables et susceptibles d'avoir un effet désastreux sur les autres aspects de la vie. Le projet d'installation chez ces médecins, relativement âgés pour la plupart et accompagnés de conjoints occupés, issus de milieux ruraux ou semi-ruraux pour certains, paraît être une parade nuptiale suffisante à toute possibilité sérieuse de modification de perspective.

4.3.3 Une stratégie globale de la rétention : « faire avec » la vie en région

De manière générale, il semble que les conditions favorables d'une rétention prolongée en région soient avant tout liées à des facteurs d'ordre professionnel, mais aussi à des caractéristiques du milieu de vie, ainsi qu'à des motifs ou à des circonstances d'ordre plus personnel (origine rurale du médecin ou de son conjoint, projets d'installation, etc.). Ces dimensions, toutefois, ne nous renseignent que très peu sur le lien entre rétention et intégration au milieu, et encore moins sur ce qu'il est convenu d'appeler les *stratégies de rétention* dont l'intégration constitue l'un des aboutissements possibles.

Ces stratégies relèvent de ce qui doit être mis en œuvre — et donc des types d'actions à envisager — pour tirer le meilleur parti possible de sa vie en région. Elles sont essentiellement de deux ordres : le profit à tirer des ressources de l'environnement (physique, socioculturel) et la compensation par ressourcement social et culturel en milieu urbain. Dans le premier cas, il s'agit d'exploiter sur place les outils de son bien-être et de son intégration en région, en complément ou en remplacement de ce qu'on a

perdu en venant y vivre. Dans le second, on trouvera ailleurs qu'en région les moyens de faire face ou de composer avec la vie qu'on y mène. Les journées de ressourcement, allouées annuellement pour la formation, sont à cet égard très utiles.

La première stratégie de rétention est davantage susceptible que la seconde d'être impliquée dans le processus d'intégration. En d'autres termes, plus l'on profite des ressources du milieu et plus les conditions de la rétention coïncident avec celles de l'intégration. Ces conditions de la rétention sont alors considérées optimales. Quant à la compensation, surtout lorsque utilisée seule, elle ne servirait en définitive qu'à assurer les conditions d'une rétention minimale.

Avant d'examiner comment s'articulent ces stratégies en fonction des seuils de rétention, il convient d'abord de rendre compte, suivant ces mêmes seuils, de l'évaluation par les répondants de leur propre intégration au milieu.

4.3.3.1 Une évaluation de l'intégration

L'évaluation de l'intégration par les répondants apparaît souvent de manière explicite, ou peut être inférée de leurs discours. Un premier constat est que les boursiers semblent plus enclins que les DHCEU à se dire intégrés ou à porter un jugement positif sur les dimensions sociales et culturelles de leur insertion dans le milieu, malgré le sentiment partagé par certains de parfois faire figure d'étranger⁶².

En fait, seulement trois boursiers, l'un dont le séjour a été interrompu et les deux autres qui ont prolongé sous réserve de réévaluation ultérieure (séjour variable), disent avoir éprouvé des difficultés à ce chapitre : le premier parce qu'il ne supportait pas d'être constamment accosté par les gens dans les lieux public (lui faisant dire qu'il devait être « trop citoyen » pour être capable de vivre dans un trop petit milieu) et les deux autres, parce qu'ils considèrent n'avoir pu développer de relations sociales satisfaisantes et d'avoir ainsi eu tendance à se marginaliser. Un autre boursier (durée interrompue) évoque également cette idée d'une relative marginalisation en raison de systèmes de valeurs différents, mais pense néanmoins s'être intégré à la vie de la communauté, en « s'exposant » comme il le dit lui-même.

Dans l'ensemble, les seuils de rétention ne font pas voir de différences marquées chez des boursiers quant à la nature de leurs commentaires. On notera toutefois que sur les dix ayant déclaré avoir une implication sociale dans la communauté⁶³, six (sur 9) sont regroupés dans le seuil de rétention à durée variable⁶⁴ et deux (sur 3), dans celui à durée

⁶² Se référer aux sections 4.2.2.1. et 4.2.2.2.

⁶³ Voir tableau 8 – Participation à la vie locale.

⁶⁴ Un septième se dit ouvert à cette éventualité.

illimitée⁶⁵, soit deux cas de figure où les régions semblent prendre le relais des grands centres en tant que milieux de vie intéressants ou susceptibles d'être investis à moyen ou à long terme.

De même, chez les DHCEU, la participation à la vie locale est surtout le fait de répondants du seuil de rétention à durée illimitée, puisqu'on en compte quatre parmi les cinq⁶⁶ qui disent avoir participé. Par ailleurs, tous les DHCEU de ce seuil évoquent positivement leur insertion dans le milieu. La plupart font état de relations sociales satisfaisantes en dehors du milieu de travail, et au moins deux laissent entendre que le statut social ou la notoriété du médecin constituent des éléments importants de leur rapport avec la communauté.

À l'inverse, les commentaires des DHCEU du seuil de rétention minimale (niveau de faible rétention) et de celui à durée « étirée » sont généralement négatifs :

C'était vraiment une déception. Plus ça avançait, plus ça devenait comme... On n'avait pas vu des choses accueillantes ou des occasions de nous impliquer. (durée prévue)

Moi je suis d'avis que je ne me suis pas adapté, [...] je ne suis pas resté parce que je n'ai jamais pensé habiter dans une région rurale. (durée prévue)

On ne s'intégrait pas dans la communauté. Des activités concrètes là. [...] Avec les gens non, c'est vrai, on ne s'intégrait pas beaucoup avec la population. [...] C'est l'intégration. Intégration sociale. Je dirais peut-être culturelle aussi. (durée « étirée »)

Il me manquait cette intégration. [...] À chaque fois que j'avais mes congés là, je me déplaçais, je venais à Montréal. Donc je pense que ça n'a pas aidé pour l'intégration complète. (durée prévue)

L'« intégration incomplète » n'a toutefois pas empêché ces répondants de faire leur temps, en l'occurrence de demeurer la durée prévue ou « étirée » par rapport à l'intention initiale. Dans cette perspective, se rendre régulièrement en ville constitue moins un obstacle à l'intégration qu'une stratégie de rétention consistant à compenser ailleurs ce qui manque à son bien-être. C'est ce que laisse entendre le commentaire suivant de la dernière répondante citée :

Pour nous, ça a paru moins difficile, parce que comme je vous ai dit, on avait des attaches à Montréal et pour combler, on voyageait. On venait chaque fois [que j'avais un congé]. Donc, à chaque fois c'était comme un genre de ressources pour nous autres. C'est pourquoi le temps a passé assez bien. Donc on ne voyait pas que c'était trop dur. (durée prévue)

⁶⁵ Le troisième se dit également ouvert à cette éventualité.

⁶⁶ Voir tableau 8.

Ainsi, cette répondante aura-t-elle su tirer le meilleur parti de sa vie en région en s'arrangeant pour retourner le plus souvent possible à Montréal, afin de se ressourcer et que « le temps passe mieux ».

4.3.3.2 Tirer le meilleur parti : profiter ou compenser

Pour demeurer en région, nul besoin de s'intégrer, surtout lorsque l'on s'y trouve le temps de remplir un engagement. Il importe, dès lors, de s'assurer que son séjour se déroulera dans les meilleures conditions possibles. Ainsi, *compenser* en recherchant ailleurs ce que l'on ne peut trouver sur place permet de tirer le meilleur parti d'un séjour qu'on ne souhaitait pas prolonger au-delà de l'échéance du contrat. La compensation apparaît donc comme une stratégie susceptible d'être principalement utilisée par ceux dont le séjour est à durée prévue ou « étirée ». À l'inverse, il est à prévoir que la stratégie consistant à *profiter* des ressources du milieu soit davantage repérable parmi les répondants ayant manifesté au départ une réelle ouverture quant à la possibilité de demeurer en région, c'est-à-dire parmi ceux dont le séjour aura été de durée interrompue, variable ou illimitée.

Cette hypothèse se vérifie surtout chez les DHCEU. En effet, *six* des sept DHCEU de la catégorie de séjour à durée prévue et *quatre* des six du séjour à durée « étirée » compensent par ressourcement en milieu urbain plus qu'ils ne profitent véritablement des ressources de leur région. À l'inverse, les six DHCEU de la catégorie de séjour à durée illimitée, à durée variable ainsi que *deux* des quatre du séjour à durée interrompue⁶⁷ profitent davantage de leur région qu'ils ne compensent en venant en ville à l'occasion.

En ce qui concerne les deux premiers cas de figure (durées prévue et « étirée »), il est remarquable de constater que chez *sept* des dix répondants concernés (6 et 4 respectivement⁶⁸), seule semble jouer la stratégie de compensation. En effet, outre les habiletés et l'assurance que permet d'acquérir la pratique médicale⁶⁹, rien ne paraît profitable en région ou n'est susceptible de nourrir un quelconque intérêt :

La nature, ça ne m'a pas vraiment intéressé. De toute façon, je n'avais pas vraiment le temps d'en profiter. [...] [Et puis] le rythme de vie... Moi je ne suis pas rural, alors c'est sûr que ça ne m'a pas enchanté. (durée prévue)

⁶⁷ Le deux autres compensent plus qu'ils ne profitent étant donné leur proximité relative avec deux grands centres urbains où ils se rendaient fréquemment du temps où ils vivaient en région.

⁶⁸ Étant entendu ici que les trois cas restants ont profité de leur environnement au moins autant qu'ils ont compensé. Dans l'un de ces cas, ayant passé ses quatre années dans une région relativement peu éloignée d'un grand centre, l'intérêt pour la nature et les grands espaces fait penser à celui qu'aurait n'importe quel citoyen ayant sa résidence secondaire à la campagne.

⁶⁹ Seule dimension profitable de l'expérience en région qui semble par ailleurs faire l'unanimité, chez les DHCEU autant que chez les boursiers.

Leurs activités, je voyais, que ça me convenait moins là. Je ne participais pas, je ne faisais pas de sports d'hiver. Il y avait beaucoup de barrières pour moi. Je ne participais pas beaucoup non plus dans leurs activités d'été, qui était la chasse, la pêche. Donc je pense que ça c'était un problème. (durée prévue)

Là-bas, c'est le paradis pour la chasse et la pêche. Mais moi je ne fais pas ça, alors je ne peux pas en profiter. Je n'aime pas la chasse et la pêche, il y a beaucoup trop de mouches [rire]. (durée « étirée »)

Afin de mieux supporter la vie que l'on mène en région, toute occasion est bonne pour revenir faire le plein en ville, comme nous l'a fait voir plus haut le commentaire d'une répondante. D'autres soulignent également ce besoin et disent l'avoir souvent satisfait, parfois à la faveur des journées de ressourcement accordées pour la formation continue :

Le ressourcement. Ça c'était une source, non seulement pour approfondir nos connaissances, mais aussi pour les loisirs. Pour nous donner de l'énergie, nous donner le plaisir d'être avec la famille, avec les amis ici à Montréal. [...] On venait aussi pour nous approvisionner en aliments de chez nous. (durée prévue)

Je descendais à Montréal souvent avec ma femme et les enfants pour acheter de la nourriture ou pour visiter la famille. [...] L'été, c'était à toutes les deux fins de semaine [malgré la distance importante]. (durée « étirée »)

Il n'y avait rien à faire d'intéressant. Alors les fins de semaine, il fallait sortir absolument. Si on n'avait pas le temps d'aller à Montréal ou à Québec, on allait [dans la petite ville la plus proche]. (durée « étirée »)

[En dehors du milieu de travail], je n'avais pas d'amis. Je n'avais pas besoin de ça puisque je voyageais souvent à Montréal [où ils se trouvent tous]. (durée prévue)

Quant aux trois autres répondants (parmi les dix qui nous intéressent ici), bien que leur rétention en région soit principalement tributaire d'une stratégie de compensation, ils affirment avoir tout de même profité de leur environnement. Le point de vue, toutefois, est moins celui d'un engouement pour le type d'activités qu'ont à offrir les régions que celui plus pragmatique d'une adaptation nécessaire à la réalité régionale. Puisqu'on n'a pas d'autres choix que de demeurer, peut-on comprendre en substance, arrangeons-nous pour que les choses se passent le mieux possible en profitant de certaines ressources du milieu. Un répondant du seuil de rétention à durée prévue l'exprime de la manière suivante :

J'ai été forcé [de venir en région], mais je me sentais parfois comme si je me portais volontaire. C'est comme ça que j'ai essayé de rendre mes années là-bas plus utiles, plus de plaisir au point de vue travail et au point de vue vie sociale, [...] j'ai appris beaucoup de choses; [...] et puis l'environnement. Tout ça fait que mes années passées là-bas seront toujours de belles années.

En somme, l'expérience aura été profitable pour ce répondant, mais pas au point de renoncer à son véritable milieu de vie, celui de la grande ville où sont demeurés sa femme et ses enfants pendant toute la durée de son séjour en région. Pour lui, donc, retourner régulièrement en ville pour les voir constituait la première des conditions de son bien-être dans un milieu avec lequel il lui aura fallu par ailleurs composer.

Le principe selon lequel le séjour en région doit être le plus profitable possible est particulièrement mis en évidence chez les DHCEU des seuils de rétention à durée illimitée (6/6), variable (1/1) et interrompue (2/4). La vie en région apparaît moins ici comme une expérience dont on apprend que comme une expérience dont on définit le contenu à mesure, telle une sorte de programme d'activités. L'extrait suivant en illustre la teneur :

Il y a une dimension différente à vivre en milieu rural. C'est vrai qu'on est loin des gros centres de divertissement, des musées, des choses comme ça, des théâtres. Mais on essaie de rendre notre vie agréable dans ce milieu, et c'est très gratifiant. [...] On essaie de toujours avoir un hobby. On essaie toujours de faire des choses à l'extérieur : de la chasse, de la pêche, un peu de bateau, du *hiking*. [...] Toute la variété des choses dont on peut profiter : la nature, les relations interpersonnelles plus étroites qu'en ville. J'adore ça. Et surtout que la famille se sent à l'aise. On se sent bien. [...] Chez nous, on a installé un gros cinéma maison. Donc, si on veut être ensemble pour voir un bon film, on le fait. Les enfants ont tous des ordinateurs. On a accès à Internet. Donc je pense qu'il n'y a rien à redire, [on a tout ce qu'il faut pour être bien]. (durée illimitée)

Dans ce cas précis, l'éloignement par rapport à l'un des grands centres n'est pas si important que ne le laisse entendre le début de l'extrait, car il y a toujours moyen, est-il dit ailleurs, de descendre en ville « si on veut vraiment voir quelque chose de bon, un match de hockey, par exemple ». Ainsi, la compensation apparaît-elle ici non pas comme une stratégie déterminante du bien-être familial, mais complémentaire à celui-ci.

Cette complémentarité se remarque également chez les autres DHCEU du groupe et, en particulier, chez trois d'entre eux (durée illimitée) vivant eux aussi à distance raisonnable d'un grand centre urbain; ce qui laisse entendre que ce facteur de proximité relative peut être important dans l'appréciation des conditions de la rétention, surtout lorsqu'un projet d'installation définitive est en jeu.

La compensation, comme dimension complémentaire mais non déterminante de l'expérience profitable, s'observe chez les boursiers de façon nettement plus importante que chez les DHCEU. Il n'y a en fait que deux cas dont on peut dire qu'ils ont davantage compensé que profité durant leur séjour en région (durées « étirée » et interrompue). En effet, ces répondants insistent davantage sur ce qui manque ou sur ce

qu'ils sont obligés de supporter ainsi que sur les voyages fréquents en ville, que sur le caractère profitable de leur expérience en région.

Dans tous les autres cas cependant, soit prédomine cette stratégie consistant à profiter des ressources du milieu (8 cas, presque tous du groupe durée variable ou illimitée), soit semble s'opérer un équilibre entre profiter et compenser (11 cas, dont 8 du groupe durée variable et 3 dans « interrompue »), chacune de ces stratégies devenant ainsi complémentaire de l'autre. L'extrait suivant traduit bien, selon nous, ce principe de l'équilibre et de la complémentarité entre une stratégie du profit à tirer des ressources ou de la culture du milieu de vie et une autre de la compensation à rechercher ailleurs ce que ce même milieu ne peut offrir :

Dans les loisirs qu'il y avait sur place, il y avait la motoneige. Moi je ne connaissais pas du tout. La première année je m'en suis acheté une. Et puis bon, je suis parti avec ça et ça a été une façon pour nous de trouver vraiment un loisir qui rendait l'hiver moins long et puis ma femme participait. Et ça c'était intéressant. Et on a pu se mêler aussi, avec les gens sur place, parce que c'est une pratique que tout le monde fait. Ça, ça nous a permis de se faire reconnaître, et de se faire accepter par les gens du milieu. [...] [Par ailleurs], j'amenais toujours mon épouse [quand j'allais assister à des congrès]. Dans son esprit à elle, c'était sa façon de passer à travers. Parce que pour elle c'était une bouffée d'air frais de sortir, puis d'aller en ville et tout, puis de décrocher un petit peu d'un milieu ou elle-même était isolée par le fait qu'elle avait peu ou pas d'amis, aucun parent.

La première des stratégies implique, en ce cas-ci, le recours à un type particulier d'activité qui, du fait d'être un élément important de la culture du milieu, tend à favoriser une certaine forme d'intégration. L'expérience de la motoneige est en ce sens profitable, notamment parce qu'elle permet à la conjointe de participer et de sortir, jusqu'à un certain point, de son isolement. Mais à l'évidence, faire ce qu'il faut pour mieux passer l'hiver ne suffit pas; pour aider à demeurer en région (la rétention) il faut également une autre sorte de « bouffée d'air frais » qui, elle, ne peut être trouvée sur place.

Pour d'autres répondants aussi, la compensation ou le ressourcement socioculturel dans les grands centres représente le pôle complémentaire d'une stratégie globale permettant de « passer à travers », voire même de perdurer dans le temps, pourvu qu'au moins certaines ressources du milieu soient elles-mêmes mises à profit. Un tel équilibre entre les pôles nous renvoie à cette posture de l'entre-deux dont nous avons dit plus haut qu'elle caractérisait les répondants du seuil de rétention à durée variable.

Plus généralement, il nous paraît qu'une telle posture permet de voir ce qui distingue les boursiers des DHCEU du point de vue de la mise en œuvre des stratégies de rétention. En effet, si les premiers profitent autant qu'ils ne compensent dans une sorte de va-et-

vient entre l'ouverture aux régions et l'horizon diversifié des milieux urbains (durées variable et interrompue), les seconds se départagent plus nettement entre ceux qui compensent leur séjour en région par de fréquents voyages en ville (durées prévue et « étirée ») et ceux qui veulent ou savent profiter de leur installation dans un milieu « naturel » et neuf où tout reste encore à faire ou à découvrir (durée illimitée).

Conclusion

Dans cette section, nous avons tenté de cerner, au moyen de la notion de seuils de rétention, ce que nous avons appelé les conditions de la durée, soit, d'une part, les facteurs qui entrent en jeu dans la décision de demeurer en région ou de quitter au bout d'un certain temps et, d'autre part, les stratégies qui permettent de tirer le meilleur parti possible de la vie en région ou encore, d'y faire son temps et peut-être même davantage. Ce temps, nous l'avons vu, peut varier selon que l'intention initiale ait été de revenir à échéance du contrat (« programmés à revenir ») ou, au contraire, de rester si la situation s'y prêtait (ouverts à demeurer).

Par rapport à la perspective du retour au bout de trois ou quatre ans que laisse entrevoir la première intention (programmés à revenir), deux types de décisions ont été définis : revenir effectivement au moment de l'échéance du contrat ou reporter ce retour à plus tard. Quant à la seconde intention (ouverts à demeurer) qui préfigure d'une rétention plus longue, elle sous-entend trois types de décisions : revenir malgré soi, demeurer résolument sans exclure un retour éventuel en ville, et s'installer définitivement. À ces cinq types de décision correspondent autant d'*intervalles de la durée* et leurs seuils de rétention respectifs (les limites servant à circonscrire les intervalles).

Ces *seuils* sont de trois types : la rétention minimale (intervalle de durée prévue), la rétention conditionnelle (qui comporte elle-même trois intervalles de durée dite « étirée », interrompue et variable), et la rétention optimale (intervalle de durée illimitée). Les deux premiers intervalles — la durée prévue et la durée « étirée » — relèvent de la première intention (« programmés à revenir ») et les trois autres, de la seconde (ouverts à demeurer). La rétention minimale correspond au niveau de base de la rétention, aussi appelé niveau de *faible rétention*. La rétention conditionnelle et la rétention optimale correspondent, pour leur part, à ce que nous avons appelé le niveau de *rétention prolongée*.

Au niveau du seuil de *rétention minimale*, dans lequel la durée prévue de la rétention (intention au départ) coïncide avec la durée du contrat, l'analyse, qui ne porte pratiquement que sur des DHCEU, a montré que les facteurs en cause dans la décision de revenir effectivement à échéance, relèvent de la volonté de renouer le plus

rapidement possible avec les repères familiers du milieu urbain en général, et montréalais en particulier, soit la famille, la communauté d'origine, la vie culturelle et artistique. D'ailleurs, tous sauf un sont originaires d'un milieu urbain. L'éducation scolaire semble jouer accessoirement dans la décision du retour. Par contre, la qualité de l'éducation n'en est pas moins associée par certains à l'univers des grands centres urbains. En ce qui concerne l'emploi du conjoint, malgré l'inoccupation de tous (5 sur 5 conjoints présents en région étant sans emploi), il n'est mentionné que par trois répondants et ne vient qu'au second plan des motifs invoqués.

Le profil de ce cas de figure révèle qu'il s'agit de médecins seuls ou qui débutent leur vie familiale, et dont le style de vie et les attaches sont profondément ancrés dans le milieu montréalais. L'évaluation plutôt négative qu'ils font de la vie en région ne sert qu'à mieux l'illustrer. Et d'ailleurs, tous les répondants de ce cas de figure, à l'exception notable du boursier, ont pour principale stratégie de rétention la compensation par ressourcement fréquent en milieu urbain.

À partir de ce niveau de *faible rétention*, que constitue le seuil de rétention minimale, nous avons procédé à l'analyse des conditions d'une *rétention prolongée (rétention conditionnelle et rétention optimale)*, en considérant les facteurs susceptibles d'en étendre la durée, malgré une intention initiale de retour à échéance du contrat (séjour « étiré »), ou au contraire de la limiter compte tenu d'une intention initiale d'ouverture (séjour interrompu) ou encore, de la faire varier suivant ce même principe d'ouverture (séjour variable), et enfin, de la rendre indéterminée (séjour illimité).

L'analyse du premier des trois niveaux de la *rétention conditionnelle* a porté sur le seuil de rétention à durée « étirée », composé majoritairement de DHCEU (6 sur 9). On observe ici une extension de l'intervalle de durée prévue (3 ou 4 ans) à une étendue dont le seuil peut varier suivant les circonstances (mais nullement suivant un principe d'ouverture), de quelques années seulement (majorité des cas) à plus de dix ans (2 cas). L'analyse montre que l'éducation des enfants constitue le facteur prépondérant d'une décision de retour en ville initialement prise pour des motifs liés à l'attraction exercée par le milieu urbain en général (à l'instar du précédent cas de figure), mais ayant dû être reportée pour des raisons qui tiennent : 1) en certains cas, à la nécessité d'assurer la meilleure transition possible aux enfants, au médecin et à la famille, et 2) en général, à la vive satisfaction envers le type de pratique ainsi que, chez quelques-uns seulement, la qualité de vie.

Dans pratiquement tous les cas, l'éducation ou le bien-être de l'enfant constitue toujours un enjeu de la rétention : soit ce bien-être est la cause directe d'un séjour prolongé, soit il vient précipiter la décision du retour. L'éducation est particulièrement valorisée chez

les DHCEU et sa qualité est ici aussi associée aux grands centres urbains. Quant à la situation du conjoint, elle ne semble poser aucun problème (sur 7 conjoints présents en région, 5 étaient occupés). Par contre, l'appréciation globale de la vie en région, sous ses aspects socioculturels et environnementaux, est dans l'ensemble plutôt négative ou indifférente. À l'instar du précédent cas de figure (rétention minimale), la compensation est ici la stratégie de rétention qui prédomine, notamment chez les DHCEU. Il importe par ailleurs de noter que seulement deux répondants ne sont pas originaires d'un milieu urbain.

L'analyse du deuxième niveau de la rétention conditionnelle concerne le seuil à durée interrompue. Tous les répondants concernés par ce cas de figure, composé à part presque égale de boursiers (5) et de DHCEU (4), ont quitté au terme de leur engagement (3 ou 4 ans), alors qu'était initialement envisagée la possibilité de prolonger au-delà de cette limite. Les facteurs en cause dans la décision de quitter la région à l'échéance du contrat sont soit d'ordre professionnel (lourdeur de la charge de travail et possibilité de relocalisation), soit familial (situation du conjoint). La question de l'éducation des enfants n'en revêt pas moins de l'importance aux yeux de quelques-uns, tous DHCEU. Ceci confirme la tendance observée dans le précédent cas de figure voulant que l'éducation serait surtout valorisée par ces mêmes DHCEU.

Par ailleurs, la satisfaction à l'égard de la vie en région des répondants de ce groupe apparaît plus élevée que chez les répondants des précédents cas de figure, laissant entrevoir la possibilité d'une rétention plus étendue. Et d'ailleurs, sauf pour un cas, l'attraction du milieu montréalais ou de la « grande ville » est ici moins forte, ou ne s'exprime pas de la même manière. La ville est certes un lieu d'attaches, ce qui laisse la porte ouverte à un retour éventuel, mais non le seul possible ou dont on ne saurait se passer. La stratégie de rétention prédominante n'est d'ailleurs plus la compensation; en fait, on sent déjà une oscillation entre le recours à celle-ci et la mise à profit des ressources offertes par le milieu. À noter que le tiers seulement des répondants ne sont pas originaires d'un milieu urbain.

L'analyse du troisième et dernier niveau de la rétention conditionnelle porte sur ce que nous avons appelé le seuil à durée variable. Tous les répondants de ce cas de figure, qui se composent presque exclusivement de boursiers (9 répondants sur 10), sont demeurés au-delà du terme de leur contrat, en conformité avec l'intention initiale qui laissait entrevoir une prolongation de séjour (demeurer résolument si tout va bien). Le séjour est dit à durée variable dans la mesure où la décision de le prolonger à échéance du contrat demeure sujette à évaluation périodique suivant les aléas de la vie en région, c'est-à-dire compte tenu de conditions qui finissent par peser ou qui, au contraire,

encourage à poursuivre. À ce chapitre, les données révèlent la forte incidence des facteurs d'ordre professionnel sur la décision de quitter (charge de travail, relocalisation) autant que sur celle de demeurer (type de pratique, équipes de travail). Par ailleurs, chez certains, les conditions du milieu de vie jouent un rôle de premier plan dans leur décision de demeurer en région tant que rien ne viendra les en dissuader, notamment des facteurs d'ordre professionnel. Quant aux facteurs d'ordre familiaux, ils sont pratiquement absents chez des médecins dont les conjoints ont presque tous été occupés lors de leur séjour ou dont les enfants, pour ceux qui en ont, sont sans doute encore trop jeunes pour que leur éducation ne soit un sujet de préoccupation.

Tout comme pour le précédent cas de figure (séjour interrompu), la porte demeure toujours ouverte à un éventuel retour en ville. De la même façon, les grands centres urbains exercent auprès des médecins concernés un pouvoir d'attraction relatif, mais qui s'évalue peut-être davantage ici en fonction de ce que les régions ont elles-mêmes à proposer en contrepartie. La stratégie de rétention varie elle-même chez pratiquement tous les répondants entre la mise à profit des ressources du milieu régional et la compensation par ressourcement en milieu urbain. Par ailleurs, un peu moins de la moitié des répondants sont originaires de milieux ruraux ou semi-ruraux.

L'analyse des conditions de la *rétention prolongée* se poursuit et se termine avec le seuil de *rétention optimale* et l'intervalle de durée illimité qui lui est associé. Les répondants concernés sont pour la plupart des DHCEU (6 sur 9). Tous sont évidemment demeurés en région. Pour ces médecins, vivre en région répond à un projet d'installation ou correspond à un mode de vie qui est recherché. La décision de demeurer au-delà du terme de trois ou quatre ans est donc conséquente avec ce projet, la réalité de la vie en région venant conforter les attentes de départ. Cette décision pourrait être réévaluée, mais il faudrait pour cela que de sérieuses difficultés surviennent. Les facteurs d'ordre professionnel sont, à l'instar du précédent cas de figure, au premier rang des facteurs qui motivent ces médecins à demeurer en région. En revanche, et compte tenu de leur engouement réel pour nombre de caractéristiques du milieu de vie, une détérioration des conditions de travail pourrait difficilement les inciter à quitter, à moins de circonstances insurmontables et susceptibles d'avoir un effet désastreux sur les autres aspects de la vie. Le projet d'installation chez ces médecins — relativement âgé pour la plupart et accompagnés de conjoints occupés, issus de milieux ruraux ou semi-ruraux pour certains —, paraît être une parade suffisante à toute possibilité sérieuse de modification de perspective.

De façon générale, et à l'inverse des précédents cas de figure, la perspective d'un retour définitif en ville semble ici exclue. Les grands centres urbains intéressent moins. Ils ne sont attrayants que dans la mesure où l'on y a encore des membres de sa famille, mais

aussi parce que l'on peut y trouver des produits dont on manque en région et que l'on peut s'y ressourcer à l'occasion aux plans social et culturel. Ainsi, la compensation joue-t-elle un rôle de second plan par rapport à l'autre stratégie de rétention — la mise à profit des ressources du milieu — qui prédomine largement.

4.4 Des solutions à apporter pour améliorer la rétention

Le guide d'entretien comprenait une question générale sur les pistes de solutions à apporter pour améliorer la rétention des médecins en régions éloignées⁷⁰. Cette question exigeait des répondants qu'ils aillent au delà de leur propre expérience personnelle pour s'exprimer de façon plus globale sur le sujet. Des suggestions diversifiées touchant trois aspects sont ressorties : 1) formation médicale universitaire; 2) pratique médicale régionale; 3) vie en région. Leur vision globale des principaux problèmes dont il faut tenir compte, spécialement lors de la recherche de solutions pour bonifier la rétention, est venue se greffer spontanément à leurs propositions.

4.4.1 Des problèmes critiques et récurrents en arrière-plan

Trois difficultés majeures sont constamment évoquées par la majorité des répondants, aussi bien DHCEU que boursiers, en arrière-plan des solutions qu'ils proposent. L'une concerne la répartition territoriale inégale de la main-d'œuvre médicale. Les deux autres relèvent davantage de la situation familiale du médecin en lien direct avec les caractéristiques structurelles du développement régional au Québec quant à la disponibilité d'emploi et de services éducatifs. Ces difficultés sont : 1) les effets pervers d'une pénurie chronique sur la stabilité du noyau des médecins en région; 2) la complexité de trouver des emplois satisfaisants aux conjoints des médecins; 3) l'absence d'écoles au delà du secondaire.

4.4.1.1 Effets pervers d'une pénurie chronique de médecins

Les conséquences à long terme d'une pénurie persistante de médecins sur l'équilibre et la stabilité de l'équipe de base ont fait l'objet de plusieurs commentaires. Non seulement cette situation critique entraîne-t-elle un épuisement réel au sein de l'équipe médicale locale, mais encore constitue-t-elle un frein au recrutement d'une relève potentielle. Il est frappant de constater à quel point le sentiment « d'être brûlé » par cette surcharge de travail traverse plusieurs entrevues :

La lourdeur de la pratique, effectivement, ça peut convaincre quelqu'un de partir. J'ai eu la chance quand même de ne pas vivre une trop grande

⁷⁰ Il s'agit de la question suivante : Selon vous, qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer la rétention des médecins en régions éloignées? Cette question, posée de façon large, permettait aux médecins d'y répondre librement, en mettant eux-mêmes l'accent sur les aspects qu'ils estimaient importants plutôt que sur d'autres. Les résultats présentés ici donnent donc une vision globale de l'ensemble des solutions proposées.

situation de pénurie quand j'étais là-bas. J'ai eu à le faire six mois. Au bout de six mois, j'ai été obligé de prendre six semaines de congé parce que j'étais brûlé. (Boursier parti)

On a une grosse pression quand il manque de médecins. Faut alors essayer de partager tout cet ouvrage-là et ce n'est pas évident [...]. Ce n'est pas une question de salaire [...]. Mortel de voir mon personnel brûlé ou fatigué. Il faut que les gens soient frais et dispos [pour bien pratiquer]. (Boursier demeuré)

Je pense que le gros désavantage, c'est [...] le manque de monde pour la quantité d'ouvrage qu'il y a. À ce niveau-là, tu as une pression [...]. Faute de médecins, il a fallu diminuer la clinique sans rendez-vous au CLSC [...]. Le monde se présentait à cinq heures et demie du matin dans le stationnement pour être sûrs à neuf heures et demie d'avoir une place. C'est aberrant. Cela fait que la charge de travail est énorme. (Boursier parti)

Si jamais le noyau de l'hôpital éclate [...] et si on est limité, puis on ne peut plus recruter [...] bien on va avoir un sérieux problème. (Boursier demeurée)

Le dernier témoignage laisse entrevoir que la préoccupation de garder un « équilibre », un « minimum acceptable », un « niveau confortable » dans la pratique en régions éloignées est omniprésente dans les propos des médecins, et ce bien davantage que les questions d'ordre financier. Ces omnipraticiens craignent particulièrement le départ en bloc de plusieurs médecins au sein d'une équipe dû à l'épuisement et donc, subséquemment, une nouvelle surcharge de travail. L'effet d'entraînement et les répercussions négatives pour le reste de l'équipe sur place est au cœur des témoignages.

C'est comme un déluge. C'est deux, trois médecins qui partent qui se connaissent et après, d'autres quittent aussi. Ah ! Moi, je ne veux pas rester seul ici. Puis, cela enclenche tout un débordement. C'est pour cela qu'il faut essayer de retrouver des noyaux pour remplacer les noyaux qui partent. Parce que un ou deux [médecins], ce n'est pas assez. (DHCEU parti)

Mais, au cœur de cette problématique de pénurie se situe l'épineuse question de la relève médicale. Celle-ci évitera de s'engager dans une région aux prises avec des besoins criants de personnel médical, de sorte qu'il en résulte inévitablement un « cercle vicieux » tel que l'illustrent ces médecins :

Le pire, c'est paradoxal, c'est un cercle vicieux parce que plus tu es dans le trouble, moins ça attire le monde [...]. Les gens ne sont pas attirés par une place qui a une qualité de vie difficile en partant. Les jeunes finissants nous parlent de plus en plus [...] de leur qualité de vie. (Boursier demeuré)

Plus on manque d'effectifs, plus c'est difficile de recruter parce que les gens savent qu'ils vont venir pour travailler plus fort, et ce n'est pas tellement [attirant]. (DHCEU demeurée)

Pas question que j'aille là. C'est un X tout de suite. Tu vois qu'ils sont en pénurie, qu'ils sont en détresse. Tu n'as pas le goût d'aller dans un milieu comme cela. (Boursier demeuré)

Ces propos renvoient, encore une fois, à la notion de « qualité de vie » si importante pour la jeunesse contemporaine et dont nous avons déjà parlé (section 4.1.1.3.B). Un des défis des décideurs du milieu médical sera de s'ajuster à cette nouvelle tendance des jeunes finissants qui, à l'opposé de la génération précédente, ne sont plus prêts à sacrifier leur vie personnelle et familiale. Ici encore intervient la notion d'équilibre. Le témoignage suivant est révélateur :

Les gens qui se donnaient, qui donnaient de leur temps sans compter comme avant, puis qui ne voyaient pas leur famille, puis qui se divorçaient à 45 ans, puis que les enfants ne voyaient pas [...], ces gens qui se dédiaient juste à leur profession, on en voit de moins en moins. Les gens sont plus équilibrés que cela. Ils ont beau être en médecine, ils sont un peu plus équilibrés [qu'avant]. (Boursier demeuré)

La problématique de la relève renvoie, également, à la notion de liberté de choix dans une trajectoire de vie fluctuante. Les futures recrues en médecine régionale ne veulent pas se faire enfermer dans des décisions irréversibles, tel que le relate ce médecin à partir de son expérience de recrutement en région :

Cela devient trop problématique [... pour les jeunes]. Ils vont se sentir coincés. D'ailleurs, cela a [déjà] commencé [...]. On avait signé [un contrat] avec un médecin. Puis, [il y a eu la rumeur] que ce ne sera plus trois ans en région, mais bien six ans. Il nous a dit : « Il n'est pas question que je mette les pieds en région, puis que je me fasse coincer. Trois ans, j'étais d'accord [mais maintenant], je déchire mon contrat. Je n'y vais pas.» (Boursier demeuré)

Personne ne peut prédire l'avenir et les médecins — immigrants ou pas— veulent se garder les portes ouvertes pour les différentes opportunités qui pourraient se présenter à eux, au fil des ans et de leur évolution tant au plan professionnel que personnel et familial. Toute contrainte bloquant à moyen et long terme ces occasions risquent ainsi d'être mal reçues. Ils ne sont pas, à cet égard, différents de la population en général qui tient à cette liberté de choix et de mouvement sur l'ensemble du territoire.

En outre, il est important de garder en tête la question sous-jacente des différentes étapes de la vie. Au gré de leur avancée en âge, de la progression de leur carrière, et de la croissance de leurs enfants, les médecins voient leurs intérêts changer. Rien n'est figé et tout est susceptible de changements, tel que le confirment ces deux médecins :

Après 15 ans de pratique en médecine d'urgence, j'ai arrêté de faire de l'urgence. Je pensais trouver cela difficile [...]. J'ai trouvé d'autres centres d'intérêt [...]. Lorsqu'on dépasse la quarantaine, on a moins d'énergie qu'à 25, 28, 30 ans. C'est ce qui fait qu'on lâche de plus en plus ces lourdes tâches. Et puis, aussi, le contexte familial qui fait que nos enfants sont plus vieux. On veut sortir, on veut faire des choses que cette pratique exigeante en région nous empêche [de faire]. (Boursier parti)

Ça va être difficile de retenir quelqu'un toute sa vie là-bas, parce qu'il y a toujours des facteurs qui l'empêchent de rester [...]. Par exemple [l'éducation] des enfants au collégial ou à l'université [...]. Les parents vont prendre la décision ou de rester ici et de les envoyer en pension, [ou de déménager avec eux...]. Donc, même s'il y a une partie des médecins que vous pouvez retenir, [il y aura] toujours une autre partie en rotation. (DHCEU parti)

4.4.1.2 Difficultés de trouver un emploi aux conjoint(e)s des médecins

Le deuxième élément en arrière-plan des solutions concerne toute la question de l'emploi du conjoint(e) du médecin. Dans le contexte actuel du travail où les deux conjoints veulent se réaliser, notamment par un emploi valorisant, l'inactivité professionnelle est mal supportée. À la longue, cela devient une source de tension et même une cause de rupture. Ni le soin aux enfants, ni le bénévolat dans les diverses associations locales ne parviennent à combler le vide laissé par une carrière professionnelle en suspens. À la longue, l'impossibilité de trouver un emploi satisfaisant peut devenir un facteur de départ décisif, tel que le répètent ces médecins :

Si vous déménagez en milieu rural et votre femme ne travaille pas, il y a un problème. Surtout si c'est une femme avec un diplôme ou une formation antérieure. C'est difficile [...] pour une femme assez bien formée, professionnelle, qui veut vraiment se réaliser. Donc, elle déménage en ville ou il y a une rupture [de couple]. (DHCEU demeuré, sa conjointe a un travail satisfaisant)

Imagine-toi une ingénieure [dans un petit milieu]. Qu'est-ce qu'elle va faire si elle ne trouve rien pendant quatre, cinq ans? Revenir après sur le marché du travail [en ville]? Oubliez cela [...]. Elle sera peut-être *embauchable*, mais les expériences [de travail] se sont éteintes là. (Boursier parti en raison de l'inactivité professionnelle de sa femme)

Si la conjointe n'est pas impliquée par un rôle professionnel ou à la limite une implication au moins à demi-temps, pas juste quelques heures de bénévolat [...], elle s'en va [de la région]. C'est clair! [...] Il y en a d'autres [chômeurs en région] qui attendent des postes [...]. Dès que c'est dans le système public, il y a des règles, des syndicats [...]. Donc, tu as beau vouloir faire des efforts, tu ne peux pas donner [un emploi] sur un plateau d'argent. (Boursier parti en raison de l'insatisfaction de sa conjointe en région et, également, d'un divorce)

Si la conjointe veut faire son métier, sa profession, il n'y a pas des ouvertures illimitées en région, dans une petite place comme ici. C'est souvent un problème [...]. C'est souvent précaire. C'est l'une des raisons que tu perds du monde, quand le conjoint ou la conjointe n'est pas capable de se trouver une job. (Boursier demeuré)

Sous-jacent à ce facteur d'inoccupation des conjoint(e)s, se retrouve toute la question du déclin et de la déstructuration du milieu rural au Québec, alors que les emplois sont plus

rare qu'en ville, en raison notamment d'une économie anémique et d'un fort taux de chômage⁷¹.

4.4.1.3 Absence d'écoles au-delà du secondaire

Les limites du système scolaire en région font que les enfants doivent s'exiler pour poursuivre les études post secondaires. En outre, la qualité d'éducation dans certaines écoles secondaires ne répondrait pas toujours aux critères des parents. Par conséquent, cela crée une autre étape où la famille de médecin devra se poser la question si elle reste en région sans les enfants partis étudier ailleurs, ou si elle-même quitte pour les accompagner. Le témoignage suivant résume bien le dilemme des parents :

Ça pose problème parce que les écoles secondaires ne sont pas toutes de qualité [...]. De toute façon, rendu au cégep, il faut que les enfants aillent en ville. Alors, est-ce que les parents veulent se séparer des enfants? [...] C'était la grande question [...]. Et aussi pour l'aspect social. Le jeune, il se dit « Moi, mes amis et mes cousins en ville, ils vont au cinéma toutes les semaines... » (Boursier parti)

4.4.2 Question préalable : obligation ou incitation?

Les répondants reconnaissent que le sujet des solutions est complexe et difficile, surtout lorsque lié à la question de la liberté de choix. Presque la moitié d'entre eux, répartie également entre DHCEU et boursiers, a toutefois tenu à s'exprimer sur cette délicate question avant d'approfondir les pistes de solutions.

Un consensus quasi général émerge : il faut obliger tous les nouveaux finissants, immigrants ou pas, à aller faire un séjour d'une durée raisonnable dans les régions en pénurie d'effectifs médicaux. Des nuances sont apportées quant à la durée du séjour, celui-ci pouvant varier de deux à quatre ans, et ce, afin de donner le temps au médecin de se familiariser et de s'adapter à ce nouveau milieu (un an est estimé insuffisant à cet égard), ou de tenir compte de contraintes personnelles ou familiales (quatre ans serait alors trop long dans certains cas).

Le souci de rendre cette « obligation » la plus acceptable possible est au cœur des propos : nécessité de tenir compte des intérêts du médecin et de l'envoyer dans la région de son choix répondant le mieux à ses intérêts (par exemple, un intérêt pour les sports aquatiques devrait s'arrimer à des régions maritimes et non forestières, etc.). Nécessité aussi de garantir le retour en ville dans un lieu de pratique de leur choix, lorsque leur

⁷¹ Il faut souligner cependant d'importantes différences régionales au Québec, certaines régions étant plus dévitalisées que d'autres par le déclin de leur économie, le chômage, la diminution des services, le déperissement culturel, le vieillissement de la population, la pauvreté, le départ des jeunes... Voir en particulier sur cet aspect : Conseil des affaires sociales, 1989 ; Côté *et al.*, 1995; Dugas, 1988; États généraux du monde rural, 1991; Julien, 1994; Leclerc et Béland, 2003; Ministère des Régions, 2001; Proulx, 2002; Secrétariat aux affaires régionales, 1992; Simard, 1997a; Vachon *et al.*, 1991.

séjour obligatoire est terminé et que les médecins souhaitent partir. Ceci renvoie au désir des médecins de ne pas se faire piéger, ni enfermer définitivement dans des options qui risquent, à la longue, de ne plus être adéquates au fil des étapes de leur vie, et dont nous avons déjà parlé.

Les répondants justifient cette obligation par divers motifs, les DHCEU s'inspirant beaucoup de leurs expériences passées de « service civil » alors que les boursiers évoquent plutôt des notions de « devoir », de « don », de « juste retour » ou « d'échange » dans un contexte critique de pénurie. Il vaut la peine de s'arrêter sur ces témoignages :

Déjà, d'être accepté en médecine, c'est un gros bonus qu'on donne [à l'étudiant]! [...] C'est comme un don, un cadeau qu'il devrait donner au gouvernement, parce que [étudier] en médecine ne coûte pas très cher au Canada, au Québec. C'est un cadeau qu'on donne parce qu'en étant accepté [en médecine], notre vie est comme assurée [...]. C'est un service qu'on fait. On rend service à la population. Si les gens rentrent en médecine sans cette notion-là [de service], ils n'ont pas leur place. (DHCEU demeuré)

Si vous prenez l'Europe, [il y a des pays où] tu es obligé de faire ton service social, obligatoirement deux ans. Il n'y a pas d'objection, cela fait partie de ta formation [...]. C'est pour le bien des régions éloignées, pour que tout le monde ait une accessibilité [...]. C'est plus une obligation morale. (DHCEU demeuré)

Il faut envoyer les étudiants québécois, canadiens [en région]. S'exiler, pour qu'ils comprennent la beauté, la nécessité et puis le privilège de travailler dans des régions éloignées. Les Québécois ne subissent jamais de changements. Pas de guerre. Ils sont gâtés depuis l'enfance [...]. Ils choisissent toujours ce qui leur plaît [...]. Dans mon pays, les nouveaux diplômés doivent aller dans des régions éloignées [pendant deux, trois, quatre ans]. Ils n'ont pas le droit de s'insérer [d'abord] dans la capitale. Pas de majoration [...]. C'est payer sa dette en régions éloignées. (DHCEU parti)

Pour moi, c'est un *must* qui devrait être imposé à tous les étudiants en médecine d'être obligé, en signant leur contrat, d'aller passer trois ou quatre ans en région [...]. Compte tenu de notre immense avantage financier [salaires très élevés], on n'a aucune raison de le refuser. C'est un juste retour. D'aller au moins offrir quelques années à ces gens qui sont en pénurie d'effectifs chronique. Je pense que cela devrait être une obligation [...] parce que c'est leur devoir comme professionnel d'y aller car, de toute façon, ça coûte tout près de 100 000 \$ de former un médecin. Alors je me dis qu'en quelque part, c'est un autre retour des choses, d'aller faire un travail en périphérie. (Boursier parti)

Les régions ne sont pas capables d'avoir du monde, donc j'ai toujours vu cela comme [une obligation] pour tout le monde de faire un peu son service militaire. Tu donnes quelques années quand tu finis [tes études], puis après, tu feras ce que tu voudras. Mais au début, on devrait leur donner cela. (Boursier parti)

Tous conviennent que cette pratique obligatoire en régions éloignées présente plusieurs avantages. Le premier, bien sûr, est de diminuer la pénurie de médecins et d'alléger les tâches de l'équipe de base locale. Les autres bénéfiques concernent le prolongement de la formation universitaire dans une pratique incitant au développement d'habiletés utiles, telles la polyvalence. Enfin, il s'agit d'une occasion de découverte et d'ouverture par rapport à un nouveau milieu de vie et de pratique rurale, qui risque de modifier leur « optique » majoritairement urbaine, tel que constaté par certains médecins. Ils se réfèrent eux-mêmes à leurs propres évaluations de leur expérience régionale, alors que de prime abord, ils n'étaient pas toujours contents d'aller en régions éloignées mais que, par la suite, ils ont réalisé la richesse de leur séjour.

Ça m'a tellement appris, ces années en région, que je ne peux pas faire autrement que de recommander cette expérience. Dans mon esprit, ça devrait être une obligation pour tout médecin qui sort de l'école [...]. Sur le coup, si on m'avait obligé, probablement que j'aurais été affecté par cette obligation [...] mais j'aurais par la suite dit c'est vrai, [le gouvernement] avait raison. Peut-être pas sur le coup, mais après. (Boursier parti)

C'est une façon de connaître la médecine rurale. Ça fait partie de la formation et cela pourrait être une expérience très enrichissante [...]. Deux ans, c'est un temps tout à fait raisonnable qui va toujours garantir un renouvellement d'effectif dans différentes régions [...]. Les finissants ne vont pas considérer cela comme une prison, ou une privation de leur liberté de choix, parce que ce n'est pas tout à fait vrai. Ce sont des besoins [...]. Ils peuvent choisir parmi les régions [...]. La période de deux ans, ça passe relativement vite. (DHCEU demeuré)

Il faut que tout le monde le fasse [...]. La répartition des effectifs médicaux est mal faite parce qu'on dit que les médecins sont autonomes [...]. Il faut régulariser et créer un bastion [à partir] d'une obligation de deux, trois ans d'aller dans telle région pour combler. Donc, si on avait fait cette rotation-là, on aurait moins de problème [...]. Je crois que c'est la meilleure solution pour résoudre ce problème [de pénurie]. (DHCEU demeuré)

À noter ici que certains mentionnent les « limites » des incitatifs financiers et la nécessité de recourir à cette solution de séjour obligatoire en région pour contrer la pénurie des médecins et favoriser leur rétention. Les propos suivants sont évocateurs :

C'est sûr que ça va être difficile à passer. Mais je pense que cela va être la voie de la solution. L'argent a été mis sur la table et puis cela n'a jamais marché. Ça ne marche pas. On a beau donner des milliers et des milliers de dollars aux médecins, ils ne restent pas plus. Ce n'est pas l'argent. Il faut les obliger à y aller [en régions éloignées]. (Boursier parti)

Seule une minorité de médecins s'opposent à cette idée d'obligation, en raison du principe de la liberté, mais tout en affirmant paradoxalement qu'un séjour de quelques années en région devrait faire partie du parcours professionnel :

[Mon expérience en région] fut très positive. Si j'avais à le recommander à mes collègues, je le ferais. Moi, je suis partie quatre ans. Mais sûrement, quelqu'un peut partir une année ou deux. Je pense que cela devrait faire partie du curriculum. Mais je ne pense pas qu'on puisse obliger cela. (Boursier parti)

4.4.3 La formation médicale universitaire

Une première série de solutions des répondants concerne la formation médicale universitaire. La moitié des médecins interrogés, autant boursiers que DHCEU, a soulevé spontanément cette piste. Elle consiste en une démystification de la pratique médicale en régions éloignées, soit par une plus grande exposition à la réalité rurale par des stages obligatoires de durée variable⁷², soit par davantage de témoignages ou de cours donnés par des médecins pratiquant en région.

L'idée de stages obligatoires en région fait l'unanimité. Non seulement sont-ils une « bonne école » pour comprendre les spécificités de la pratique médicale en milieu rural, mais encore facilitent-ils l'acquisition d'habiletés pertinentes et adaptées à ce milieu, telles la polyvalence et l'autonomie. De l'avis de plusieurs, ces stages devraient se faire le plus tôt possible lors de la formation, en fait dès les premières années, afin d'inciter les aspirants médecins à une ouverture à l'égard des régions éloignées. Ils permettraient ainsi de briser les idées fausses et préconçues à l'égard des régions :

L'étudiant de médecine doit, définitivement, être exposé au milieu rural tôt. Pas à la fin des études [...]. On reçoit des étudiants en quatrième année de médecine, ou des résidents qui sont à trois mois de finir. Ils ont déjà des engagements à travailler. Vous ne pourrez jamais attirer ces gens-là. (DHCEU demeuré)

Pour développer le goût [d'aller en région], je pense que c'est à partir de la deuxième année en médecine qu'il faut les accrocher, les amener en région. (Boursier parti)

Peut-être qu'il y aurait quelque chose à faire d'original, les premières années de médecine, pour ouvrir les médecins aux régions. Je ne sais pas comment. Peut-être des témoignages. Pour déjà ouvrir, mettre une mèche dans le cerveau des étudiants en médecine et leur dire : « Les régions, c'est intéressant » [...]. Parce que l'étudiant se dit, « Aïe les régions, c'est compliqué, c'est loin, c'est loin de tout [...] ». On oublie ça, la campagne [...], mais si on pouvait [les amener à] garder une petite ouverture. (Boursier parti)

Certains affirment toutefois que la durée prévue de deux mois est insuffisante pour vraiment atténuer les craintes et les appréhensions des étudiants en médecine :

⁷² À noter qu'une mesure instaurant deux mois de stages obligatoires en régions éloignées fut mise en application, au fil des ans, au niveau de la résidence en médecine familiale. Cette mesure est encore effective en 2004. Également, les étudiants peuvent choisir d'aller faire de courts séjours d'un mois en région, lors des premières années d'études.

Deux mois, c'est nettement insuffisant [...]. Les étudiants se font une idée préconçue. Ils n'ont déjà pas d'attraction pour aller en région, soit parce qu'ils sont de milieu urbain, ou qu'ils ne veulent pas y aller [ou] qu'ils ont peur d'aller en région [...]. C'est comme s'ils allaient faire leur temps en région [...]. Il faudrait mieux les préparer à ce qu'est la pratique de région [...], c'est-à-dire, qu'ils viennent en stage. Nos stagiaires sont toujours enchantés quand ils repartent de notre milieu et trouvent incroyable la médecine que nous faisons ici. (Boursier demeuré)

L'idée d'établir un « pont » plus structuré avec les régions pour le recrutement, d'édifier des liens plus formels entre les universités et les régions est avancée. La création de plusieurs unités de médecine familiale en région est suggérée puisqu'elle permettrait une installation régionale de médecins-résidents pour une durée minimale d'un an, comparativement aux deux mois prévus. Elle figurerait, espère-t-on, comme un facteur d'attraction et d'encouragement à venir ultérieurement pratiquer en région.

Le projet d'organiser des « voyages exploratoires » structurés est suggéré afin que les futurs médecins, en quête de lieux de pratique en région, puissent avoir une idée précise, éclairée et globale de la région, au-delà de la simple visite de l'hôpital régional. Ces tournées des régions, auxquelles pourraient assister les conjoint(e)s, seraient un des moyens pour faciliter l'intégration ultérieure de la famille du médecin. Cette proposition est particulièrement pertinente pour les médecins immigrants qui, au départ, ne connaissent rien des régions⁷³. Les témoignages suivants sont éclairants à cet égard :

Avant qu'il [médecin immigrant] déménage là-bas, il faut bien lui montrer ce qu'il y a là. Pour qu'il n'y ait pas de choc quand il arrive [...]. Vous voyez la ville, vous voyez l'hôpital, l'urgence. Mais la vie, vous n'êtes pas capable d'apprendre ce qui se passe là-bas pendant quelques heures passées là-bas. C'est pas assez [...]. [Les recruteurs], ce qu'ils vous disent, et ce que vous vivez, ce n'est pas la même chose. Ils peuvent vous dire n'importe quoi. (DHCEU parti)

Premièrement, faire connaître la région pour qu'ils puissent aimer la région, parce que s'ils n'aiment pas, ils viendront juste pour gagner de l'argent et c'est sûr qu'ils ne resteront pas. Alors, c'est la chose principale. (DHCEU demeuré)

Les médecins immigrants devraient avoir un peu plus de renseignements. Comme des tournées, pour voir les médecins immigrants, pour avoir un peu plus d'informations, pour connaître un peu plus les endroits qu'il va choisir. Parce que des fois le médecin, il a choisi, mais il ne connaît pas tout, il a choisi comme un numéro. N'importe où, c'est pareil. (DHCEU parti)

⁷³ À noter que la pratique de « voyages exploratoires » est effectué systématiquement par les entrepreneurs agricoles immigrants qui désirent venir s'établir dans la campagne québécoise. En général, ces immigrants viennent visiter des régions à deux ou trois reprises, dont l'une est faite en compagnie de la conjointe. L'accord de cette dernière s'avère crucial pour la réussite de l'installation durable. Parfois un compatriote « parrain informel » ou ami, déjà établi au Québec, accompagne gratuitement ce postulant immigrant. La durée du voyage exploratoire est de deux semaines chacun. Cette formule produit, en général, de bons résultats et permet d'éviter des difficultés à l'arrivée définitive de la famille. (Voir Simard, 1994 : 47-50; 1995)

Même des boursiers soulignent la nécessité d'obtenir des informations moins superficielles par des visites plus longues et plus globales de l'ensemble de la région en vue. Cela permettrait de faire un choix « plus éclairé » et de vraiment « savoir à quoi s'attendre ».

On constate donc que la sensibilisation de tous les étudiants à la réalité différente des régions éloignées est sous-jacente à l'ensemble des pistes de solutions suggérées ici, de même qu'un changement de mentalité et d'approche. Écoutons ce médecin conclure à ce sujet :

D'abord, il faut changer l'attitude des médecins qui partent en région. Il ne faut pas aller là, que ce soit comme étranger ou comme Canadien, comme en mission. Faire les quatre ans, puis s'en retourner après. Puis, aller là seulement pour travailler [sans s'intégrer...]. Pas les laisser comme ça, seulement les expédier en mission pour travailler là. Un peu comme des soldats qui s'en vont à la guerre. (DHCEU parti)

Néanmoins, la moitié des médecins ayant soulevé cet aspect de la formation médicale mentionnent qu'il faut davantage cibler les médecins souhaitant un mode de vie rural, ou ayant des prédispositions par leurs désirs de polyvalence ou d'autonomie et leurs intérêts pour la nature notamment ou le plein air. Cette concordance et compatibilité seraient garantes d'une plus longue rétention, tel que le précisent ces répondants :

Il faut attirer le monde qui est intéressé à venir. C'est-à-dire que vous ne pouvez pas prendre un pur citadin et lui dire « Venez voir les joies de la nature ». Il n'est pas sensible à cela [...]. [Il faut] cibler vos recherches chez les gens qui sont intéressés par un mode de vie rural. (DHCEU parti)

Tu ne peux pas être là [en région] juste pour les revenus, ou juste pour la qualité de vie [...] et le plein air. Tu as la pratique qui vient avec. Alors, si tu n'es pas à l'aise avec cet extra de responsabilités, cet extra d'engagement, tu ne pourras pas fonctionner [...]. Ceux qui se sentent très inconfortables [et *insécures* avec ça], alors ils repartent. (Boursier parti)

Si quelqu'un a une spécificité, ça devient difficile de rester dans une région qui a une autre spécificité. Par exemple, c'est un monde de chasse, de pêche, de motorisé. Alors, quelqu'un qui dit, bien c'est ça ma vie : « Quatre roues, pêche sur un lac, c'est mon univers, bingo! ». Ici, il tombe dans la même spécificité que les gens de la place. Mais si quelqu'un dit : « Moi, c'est le théâtre, le cinéma, le yoga ». Là, la vie devient difficile. Ça c'est un facteur [de départ]. (Boursier demeuré)

4.4.4 La pratique médicale régionale

La deuxième série de solutions des médecins de l'étude se rapporte à la pratique médicale en région. C'est cet aspect qui a suscité le plus de propositions de la part des répondants, près des trois quarts ayant pris la peine d'élaborer des pistes pour tenter de bonifier cette pratique et, conséquemment, la rétention. Tous reconnaissent la

complexité du système à gérer, dont l'équilibre est rendu encore plus précaire par l'effet conjugué de coupures budgétaires et de pénurie de main-d'œuvre médicale.

Quatre types de solutions sont avancées, concernant autant l'accueil et le suivi du médecin en région, l'organisation du travail, les diverses mesures financières et compensatoires, que la garantie de retour en ville au moment souhaité.

L'accueil se révèle fondamental. Il mériterait d'être plus systématique lorsqu'un médecin arrive en région, notamment avec sa famille. Cet accueil devrait impliquer autant les collègues médecins déjà sur place, que l'ensemble de la communauté locale. Le rôle des *leaders* de la communauté devrait être plus actif, notamment comme « médiateurs » dans l'intégration sociale et culturelle en région. L'accueil sur le plan professionnel devrait rapidement déborder vers les autres aspects de la vie en région si on veut que le médecin s'enracine de façon durable. Le témoignage suivant est éclairant :

Il faut valoriser l'intégration au milieu, mais pas juste entre les professionnels. C'est aux gens de là-bas de stimuler les interactions, de promouvoir une vision globale de la région, de l'endroit, de la ville, de la communauté en fait. Il faut qu'il y ait quelqu'un de responsable du recrutement à temps plein [...comme cela existait dans ma région]. Il actualise continuellement, il est toujours en train de nous appeler. Il nous invite à souper. Puis, on parle de la communauté. C'est un gars profondément ancré dans sa communauté et qui a des projets dans sa communauté. C'est cela qu'il faut amener pour qu'il y ait une rétention : il faut des *leaders* un peu comme cela, des *leaders* psychologiques qui vont toucher le monde et [faire en sorte] qu'ils s'identifient au milieu [...]. Ça prend un *leader* qui va intégrer. (Boursier parti)

Dans cet accueil, le rôle des associations professionnelles ou ethniques est crucial. Elles permettent de recevoir les candidats de « façon personnalisée » et de bien les « encadrer » dès le départ. À cet égard, les autres collègues médecins immigrants déjà sur place peuvent servir de « personnes-ressources », de « relais » essentiels entre le nouvel arrivant et les divers organismes locaux, et assumer une fonction temporaire de suivi⁷⁴. Les témoignages suivants illustrent bien cette nécessité de personnaliser l'accueil en milieu régional et rural :

⁷⁴ À noter qu'un tel système de « parrainage informel » existe pour les entrepreneurs agricoles immigrants au Québec, basé sur une affiliation professionnelle commune. Dès leurs voyages exploratoires, ils sont guidés et conseillés par d'autres agriculteurs immigrants installés dans le milieu rural depuis quelques années. Ces collègues ayant la même profession qu'eux les initient tant au monde du travail local qu'à la vie communautaire. Ces « parrains informels » deviennent moins présents après la première année d'installation des nouveaux arrivants, puisqu'ils les incitent à s'impliquer rapidement dans la vie locale et à y développer des liens de proximité. Ce réseau ethnique d'entraide et d'accueil vient faciliter les premières étapes de l'établissement professionnel et social de l'immigrant. Il assure une « porte d'entrée » plus chaleureuse et sécurisante dans la nouvelle société rurale. (Simard, 1994 : 60-61)

[Un comité professionnel d'accueil] c'est excessivement important. Surtout que ceux qui s'installent, ce sont ceux qui débutent [leur carrière...]. Cette intégration-là devrait se faire vraiment de façon systématique, [avec] plus de suivi [...]. Pour se faire soutenir dans le travail, ça c'est primordial. (Boursier parti)

Le travail des organismes [d'accueil des nouveaux arrivants] serait important, pour organiser des activités ou autres choses. Parce que moi, quand je suis arrivé, j'ai dû chercher un an ou deux pour savoir ce qu'il y avait [...] comme loisirs ou autres activités. Pour sentir, pour aider à l'intégration, je trouve que ce serait bon. Faire connaître même la place. La nature est belle, tout ça. Mais, j'ai découvert ça en quatre ans [seul...]. Cela aurait peut-être aidé si quelqu'un m'avait orienté. (DHCEU parti)

Une association ethnique peut aider, car s'il y a une autre famille [immigrante], elle peut faire la communication [avec nous] pour faire aimer la région. (DHCEU parti)

En plus de cet accueil, la suggestion est faite d'envoyer rapidement le médecin immigrant et sa famille en région, avant que celle-ci n'ait eu le temps de prendre racine dans la métropole montréalaise. Cette arrivée rapide en région assurerait une meilleure rétention par la suite. Les propos suivants vont dans ce sens :

Les immigrants devraient être d'emblée dirigés dans une région. Parce qu'ils auront la chance de mieux connaître la vie du Québec, des gens d'ici. En restant dans les grandes villes, ils restent toujours dans leur communauté et c'est difficile de s'impliquer et de s'intégrer à part de ta communauté. Donc, je pense qu'une action dans ce sens [association ethnique en région] serait bénéfique pour les accueillir et pour les attirer [en région], pour leur donner la chance de travailler. (DHCEU demeuré)

En ce qui concerne l'organisation du travail du médecin, les solutions avancées concernent toutes l'augmentation des effectifs médicaux en région. En lien avec leur discours, exposé précédemment, sur les effets pervers d'une pénurie chronique, ces médecins affirment que cet accroissement est un « incontournable » si on veut régler le problème de surcharge de travail du médecin en région. Il en résultera une stabilisation de l'équipe médicale locale de base ainsi qu'une bonification des conditions de travail (moins d'heures, moins de stress, plus de temps libre pour les loisirs...).

Il faudrait améliorer leur qualité de pratique [...]. Parce que si les médecins s'en vont, c'est parce que souvent ils ont une surcharge de travail [...]. Quand tu as une pratique qui te demande 70 heures par semaine, c'est sûr que tu n'as pas le temps d'aller faire des contacts, puis de connaître des gens [de la communauté]. (Boursière demeurée)

Pour la rétention, c'est dans le fond d'avoir un certain noyau, une équipe assez stable pour permettre aux médecins de ne pas s'épuiser et s'écœurer après deux ou trois ans [...]. Ça prend un vieux noyau, puis il faut que des jeunes se greffent autour du vieux noyau. Mais il faut qu'il y ait une masse critique, puis cette masse critique en région, ce n'est pas facile à obtenir. (Boursière demeurée)

La nécessité de tenir compte de la nouvelle mentalité de la relève médicale, soucieuse de conditions de travail décentes et d'un mode de vie équilibré, est mentionnée :

[La jeune génération] met plus d'emphasis sur la qualité de vie. Il faut en tenir compte. Ils ne mettent plus 60, 70 heures de travail comme avant. Ils veulent prendre plus de vacances. Ils veulent prendre tout leur ressourcement. Si tu veux être autosuffisant, avec ce nouveau contexte-là, il faut peut-être réviser nos plans d'effectifs. Quand on aura partout des plans d'effectifs comblés et réalistes, effectivement peut-être que ce sera plus facile de rester. (Boursier demeuré)

À cet égard, l'arrivée « en gang » d'un groupe de jeunes médecins se connaissant déjà et partageant les mêmes affinités serait une formule gagnante et viendrait dynamiser l'équipe de base. En contrepartie, les risques subsistent que des départs en groupe puissent aussi se produire, subséquemment, s'il y a une trop lourde tâche de travail :

Il y a des masses critiques à des endroits [...]. Des collègues qui se sont installés [en région] : quatre en même temps. Cela fait comme un noyau dur suffisant pour être porteur de changements. (Boursier parti)

Bref, l'idée centrale dans ce type de solutions sur l'organisation du travail, est de voir à consolider sérieusement la pratique régionale par l'apport de nouveaux effectifs médicaux qui ont choisi cette région, par opposition à des mesures superficielles de saupoudrage tel que le suggère ce médecin :

Au nombre de nouveaux médecins qui arrivent, tout ce qu'ils font c'est du saupoudrage dans une région sans réellement améliorer un milieu pour que tout le monde se sente confortable puis décide de rester là [...]. Ils seraient mieux d'augmenter leur masse critique, puis de les rendre très fonctionnels à tour de rôle. (Boursier parti)

Quant aux diverses mesures financières et compensatoires, la plupart affirment qu'elles sont importantes et qu'elles ont un impact favorable auprès des médecins en région. Toutefois, des nuances sont fréquemment apportées sur les « limites » et le « caractère temporaire » de telles mesures quant à la rétention notamment. Il vaut la peine de s'arrêter sur les propos des répondants à cet égard :

Les mesures spécifiques [financières] ne pourront que donner des palliatifs. Ça va marcher quelques années pour l'un, un petit peu pour l'autre, puis ça ne va pas le retenir là-bas [...]. Ça ne peut pas le retenir là-bas à long terme parce qu'une fois son objectif matériel réalisé [...], il va passer à autre chose. (DHCEU parti)

On a injecté beaucoup d'argent, ça n'a jamais résolu le problème. Oui, je vous donne des primes d'installation, je donne des primes de ressourcement, etc. Au début, c'est beau pour quelqu'un qui a des dettes [...]. Je ne pense pas que jusqu'à présent, l'argent va résoudre le problème. (DHCEU demeuré)

Pas juste miroiter des avantages financiers. Parce que ça fonctionne temporairement. Ce n'est pas suffisant, disons, pour retenir le médecin. (DHCEU demeuré)

La rétention, je crois qu'il y a plein de facteurs qui ne seront jamais quantifiables. Le seul que vous pouvez vraiment arranger, c'est le monétaire. Mais la monnaie, ça va durer quelques années. Vous ne garderez pas du monde 10 ans pour de l'argent. (Boursier parti)

Compte tenu du coût élevé des transports aériens en région et de la nécessité de maintenir une qualité de vie acceptable pour l'ensemble de la famille (voir 4.4.5.), il est suggéré d'élargir le ressourcement pour inclure les conjoint(e)s et enfants. Des sorties supplémentaires de ressourcement, autre que professionnel, sont alors proposées tant « pour soi » que pour « l'équilibre familial » :

Si quelqu'un reste plus de sept ans ou dix ans, qu'on lui donne une prime de rétention parce que vraiment, il a prouvé le désir de rester. Et de faciliter les sorties pour les membres de sa famille. Si on avait deux sorties avec la famille par année, ça aiderait beaucoup. (DHCEU demeurée)

Enfin, tel que déjà mentionné, l'offre d'une garantie de pouvoir revenir en ville, dans un lieu de pratique médicale de son choix, serait un moyen d'attirer davantage de candidats. Plusieurs refusent en effet d'aller travailler en région, par crainte d'être « piégés » ou « enfermés » dans des choix irréversibles.

4.4.5 La vie en région

Plusieurs des solutions suggérées dans les sections précédentes débordaient déjà les médecins pour inclure les conjointes et enfants. Elles s'adressaient, en fait, à la qualité de vie en région sur tous les plans. Cette notion de « qualité de vie globale » est au cœur de la problématique de rétention. La présente section vient conclure cet aspect plus global de la vie du médecin et de sa famille en région. Elle consiste en des propositions visant à aménager un milieu de vie régional adéquat et intéressant pour tous les membres de la famille, et ce dans les aspects sociaux, culturels, communautaires, éducatifs et professionnels.

Le soutien au conjoint, d'abord dans sa recherche d'emploi en région et ensuite dans son intégration locale, occupe une place importante dans les suggestions. Comme le dit si bien l'un des boursiers, « Si on veut de la rétention des médecins, il faut que les deux [médecin et conjoint(e)] soient heureux ». Ceci implique que les deux puissent se réaliser sur le plan professionnel et communautaire. Il faut donc mettre beaucoup d'énergie pour aider le conjoint à trouver rapidement un emploi, s'il le désire. Au dire de plusieurs, cela constitue la clef d'un enracinement durable et, ultérieurement, d'une intégration réussie :

Premièrement, c'est de garder le conjoint, intéresser le conjoint, trouver une job au conjoint. Ça c'est le premier problème. Quand tu peux amener le conjoint et lui rendre ça intéressant et stimulant, tu vas garder [le médecin] plus longtemps. (Boursier parti)

Premièrement, pour retenir les médecins en région, c'est sûr qu'il faut toujours regarder le conjoint ou la conjointe [...]. C'est cela qui est difficile. Le conjoint s'intègre ou s'intègre pas. On a eu des gens qui sont venus, mais le conjoint ou la conjointe ne s'intégrait pas. (Boursier demeuré)

Ensuite, il faut voir à fournir à la famille tous les services éducatifs et socioculturels requis. Écoles de qualité, loisirs, activités culturelles variées pouvant rendre le milieu de vie intéressant. Des activités pour les jeunes sont particulièrement recommandées. Les répondants ciblent davantage ici la dimension culturelle, parent pauvre et négligé de la vie en région. L'amélioration des infrastructures régionales à cet égard est requise, sinon l'écart entre le foisonnement d'activités à Montréal ou Québec et la pauvreté des services culturels en région ne fera qu'inciter au départ.

En fait, en filigrane se retrouve toute la question du développement régional au Québec. Un milieu de vie intéressant et dynamique va retenir d'une part sa population qui n'aura pas à chercher ailleurs les services de base demandés, et d'autre part, ses médecins. Les deux témoignages suivants sont percutants :

On a vu des gens des régions venir étudier la médecine et même pas revenir dans leur région. Mais quand tu n'es même pas capable de ramener tes gens des régions... Fait qu'il faut que le milieu soit intéressant. Malheureusement, les régions, il y en a plein qui meurent, qui ne sont pas stimulantes au point de vue culturel et autres, financier... Donc, le conjoint ne peut pas venir. C'est mort quand il est là, ce n'est pas intéressant. (Boursier parti)

Si vous voulez avoir du monde dans la région, il faut la développer. Il faut pas attirer le monde. Développez-la et le monde viendra tout seul! [...] Vous avez de la misère à trouver toutes sortes de services [...]. Il n'y a pas de train. Pas de système de transport adéquat. Il n'y a pas de système de distribution commerciale adéquat. Il n'y a pas de secteur de loisirs adéquat [...]. C'est un ensemble de développement régional [...]. C'est le point culminant de tout cela. Une décision politique à prendre. Vous voulez fermer les régions ou les développer? On ne peut pas faire entre les deux [...]. C'est un choix de société. (DHCEU parti)

Conclusion

L'objectif de cette section était de présenter les pistes de solutions proposées par les médecins quant à l'amélioration de la rétention en régions éloignées. Trois difficultés majeures se profilent comme toile de fond. Lié aux effets pervers d'une pénurie persistante de médecins, l'équilibre fragile de l'équipe médicale locale est au cœur des préoccupations puisque cet équilibre est toujours menacé par d'éventuels départs. En

outre, cela constitue un frein au recrutement d'une relève médicale régionale. Cette situation, couplée notamment à la complexité de trouver des emplois satisfaisants pour les conjoints des médecins, interpelle toute la problématique du développement régional au Québec.

Trois niveaux de solutions sont proposés, concernant d'abord la formation médicale universitaire, ensuite la pratique médicale régionale, et enfin la qualité de vie globale en région. Ces propositions mettent bien en évidence les limites des mesures financières et compensatoires et la nécessité d'élargir à des mesures supplémentaires destinées à bonifier la « qualité de vie régionale » dans ses aspects autant économiques que sociaux, éducatifs, communautaires et culturels. Par conséquent, toutes ces pistes de solutions ne seront efficaces que si une politique vigoureuse de développement régional global est mise en place pour les soutenir.

Conclusion générale

Cette recherche avait comme principal objectif de dégager le processus d'insertion socioprofessionnelle et familiale des médecins immigrants dans les régions éloignées au Québec, ainsi que les facteurs de rétention. Elle a mis en évidence leur contribution positive pour améliorer la répartition géographique de la main-d'œuvre médicale au Québec et atténuer les problèmes de pénurie. Elle a également fourni une connaissance inédite sur l'insertion en région de ces professionnels de la santé immigrants, en identifiant notamment certains mécanismes pouvant les inciter à s'y établir de façon durable.

En outre, la présente étude a permis d'approfondir la réalité des omnipraticiens régionaux, autant immigrants que boursiers, ainsi que la complexité et l'interaction de divers facteurs dans leur processus d'insertion globale en région. Elle conduit donc à une compréhension plus nuancée du processus, allant au-delà des premiers résultats pour mettre en lumière des variables et facteurs insoupçonnés dès le départ. Elle contribue ainsi à ébranler deux mythes, le premier étant que les médecins immigrants ne sont intéressés ni à pratiquer en région, ni à s'y établir au-delà de leur contrat initial, le second étant que des médecins d'origine urbaine — immigrants ou pas — sont voués à revenir en ville dès que possible puisque leur mode de vie habituel les y incite. Certains résultats de la recherche viennent contredire ces affirmations trop rapides.

Après un bref rappel des principaux constats relatifs à l'étude, nous terminerons par certaines pistes de réflexions pouvant contribuer à la bonification du recrutement des effectifs médicaux en régions éloignées et à leur stabilisation. Par conséquent, cela permettra d'améliorer l'accessibilité des services médicaux dans ces régions aux prises avec de sérieux problèmes de pénurie de médecins.

Rappel des principaux constats

La population des médecins DHCEU est plus âgée que celle des boursiers, ce qui inévitablement se répercute sur le processus d'insertion. Notons que les trois quarts des médecins immigrants ont pratiqué la médecine dans leur pays d'origine. Cette expérience s'est révélée, pour plusieurs, directement pertinente pour leur travail en région. Ces médecins avaient connu, en effet, dans leur pays d'origine une pratique souvent régionale où les besoins étaient énormes et les moyens limités. Cette expérience fut souvent acquise par le « service civil ».

Peu connaissaient vraiment les conditions requises à l'exercice à la profession médicale au Québec, ni la complexité et la longueur des démarches. Tous trouvent légitime de

devoir passer des examens d'équivalence et de faire des stages ou des années de résidence afin, notamment, de se familiariser avec la médecine nord-américaine. La longueur des délais pour avoir accès à la pratique médicale est cependant déplorée. Leur itinéraire entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique en région révèle une période d'attente longue et difficile, marquée notamment par des emplois sous-qualifiés pour survivre et répondre à leurs responsabilités familiales. Leur principale inquiétude concerne la longueur de l'absence de la pratique médicale qui les menace de perdre leurs compétences et savoirs. Pour contrer ce danger, plusieurs tentent de travailler ou d'étudier dans un domaine connexe à la médecine.

Leur évaluation de cette période d'attente est négative, en raison surtout de la longueur du délai d'attente et de l'incertitude entourant leur avenir comme médecin. La perte de leur identité professionnelle et sociale, doublée de la crainte de s'éloigner à jamais de la médecine, sont omniprésentes dans les entretiens. En outre, les conséquences néfastes, non seulement aux plans professionnel et financier, mais aussi psychologique et familial, ont été soulignées.

La plupart des médecins formés à l'étranger envisageaient la perspective d'aller en région avec pragmatisme et sérénité, y voyant là une « chance » de pratiquer la médecine et un « marché honorable » envers le pays d'accueil. Toutefois, il se dégage des entretiens un jugement mitigé au sujet du caractère obligatoire de la politique à l'égard des médecins immigrants et sur ses incidences directes et indirectes sur la vie personnelle et familiale. Des questions de fond sont soulevées, touchant autant l'équité ou la non-discrimination, que l'ensemble du processus de reconnaissance des diplômes et d'accès à des professions régies, dans ce cas-ci, par le Collège des médecins du Québec

La section sur l'insertion socioprofessionnelle et familiale visait à documenter auprès de la population à l'étude deux types de facteurs censés intervenir de manière prépondérante dans la décision de quitter les régions ou d'y demeurer, soit les facteurs d'ordre professionnel et les facteurs sociaux liés aux caractéristiques personnelles et à la famille (Humphreys *et al.*, 2001; Mongeau, Lapointe et Claveau, 1994). Les aspects ici considérés ont été de trois ordres : professionnel, communautaire et familial.

En ce qui concerne la dimension professionnelle, nous avons vu, notamment, que la lourdeur de la pratique médicale en région, liée à l'importance des responsabilités, ainsi que la charge de travail étaient surtout commentées par des DHCEU et des boursiers ayant quitté leur région. La dimension sociale ou communautaire de l'insertion a entre autres révélé que des relations sociales en dehors du milieu de travail sont moins fréquentes chez les DHCEU — et en particulier chez ceux qui ont quitté — qu'elles ne

le sont chez les boursiers. On a également pu constater que la perception d'attitudes discriminatoires ou de réactions mitigées à leur endroit de la part des populations locales était surtout présente parmi les DHCEU ayant quitté. De plus, les trois quarts des DHCEU et les quatre cinquième des boursiers qui disent n'avoir jamais participé à des activités ou à des organismes communautaires, ont quitté leur région. Par ailleurs, les données concernant l'insertion familiale indiquent que l'inoccupation du conjoint est un facteur important de la décision de quitter. De même, l'éducation des enfants en région semble surtout constituer un problème parmi les médecins qui sont partis.

La section suivante visait à déterminer le poids relatifs de ces divers facteurs en fonction de seuils de la rétention définis à partir d'une intention initiale quant à la durée du séjour en région. Entre le seuil de rétention minimale, où l'on a vu que l'attraction du milieu montréalais était à ce point importante pour les DHCEU qu'elle empêchait toute prolongation de séjour au-delà de la durée prévue au départ, et le seuil de rétention optimale, où l'on a pu constater que pour d'autres DHCEU l'intérêt envers le milieu de vie régional et le type de pratique rendait improbable tout projet de retour en ville, le seuil de rétention conditionnelle nous a fait voir, pour les DHCEU autant que pour les boursiers, trois types particuliers de conditions de la durée.

Le premier, relatif au seuil de durée « étirée », a permis de rendre compte, notamment chez les DHCEU, de l'importance des facteurs d'ordre familiaux, aussi bien dans la décision de prolonger le séjour que dans celle d'y mettre fin après prolongation, principalement pour des raisons d'ordre professionnel. Le deuxième type de conditions témoigne du rôle joué, chez les DHCEU autant que chez les boursiers, par les deux principaux ordres de facteurs (professionnels et familiaux), voire leur interaction, dans l'interruption d'un séjour dont la limite était initialement indéterminée. Enfin, le troisième type de conditions a révélé toute l'importance, chez les boursiers notamment, des facteurs d'ordre professionnel sur la décision de quitter autant que sur celle de demeurer.

Par ailleurs, nous avons vu que le fait de demeurer en région pouvait être tributaire de stratégies de la rétention consistant à tirer le meilleur parti possible d'un séjour établi au départ selon les règles d'un engagement à respecter. Ces stratégies sont de deux ordres : la mise à profit des ressources du milieu et la compensation par ressourcement en milieu urbain. En résumé, on pourra dire que le second type de stratégie participe des conditions de rétention minimale, tandis que le premier contribue grandement aux conditions de la rétention optimale

En ce qui concerne les solutions apportées par les répondants, DHCEU ou boursiers, pour améliorer la rétention des médecins en régions éloignées, trois difficultés majeures

se dessinent en arrière-plan. Lié aux effets pervers d'une pénurie persistante de médecins, l'équilibre fragile de l'équipe médicale locale est au cœur des préoccupations puisque cet équilibre est toujours menacé par d'éventuels départs. En outre, cela constitue un frein au recrutement d'une relève médicale régionale. Cette situation, couplée notamment à la complexité de trouver des emplois satisfaisants pour les conjoint(e)s des médecins, interpelle toute la problématique du développement régional au Québec. Les trois niveaux de solutions proposées (formation médicale universitaire, pratique médicale régionale, qualité de vie globale en région) ne seront efficaces que si une politique vigoureuse de développement régional global est mise en place pour les soutenir.

Pistes de réflexions

Nous présentons ici quelques pistes de réflexions pouvant être utiles dans la solution des besoins de main-d'œuvre médicale dans le contexte actuel de pénurie en région et, ultimement, dans l'amélioration de leur rétention.

D'abord, en premier lieu, les résultats font état d'une complexité et d'une diversité des modalités et stratégies d'insertion qui peuvent être attribuables, du moins partiellement, aux diverses étapes de vie professionnelle et personnelle que connaissent les médecins, immigrants ou boursiers. Qu'ils soient en début de carrière ou en quête de nouveaux défis professionnels, à l'étape de fonder une famille ou parents d'adolescents prêts à poursuivre des études post secondaires à l'extérieur, divorcés avec une garde partagée dans une autre région, ou encore ayant des parents vieillissants restés en ville et qui deviennent malades... voilà autant d'événements pouvant ponctuer et marquer leurs trajectoires et peser dans leur décision de rester ou de partir. Ainsi, faut-il toujours garder en tête que cette trajectoire n'est nullement rectiligne et que les diverses phases du cycle de vie influent et traversent l'existence du médecin en région.

Par contraste à une vision statique, une perspective souple et à plus long terme s'impose ici, tenant compte de ces diverses étapes dans la progression de la carrière médicale et de la vie conjugale ou familiale. Aussi, faut-il s'assurer qu'une garantie de retour en ville soit constamment maintenue pour pouvoir faire face à ces impondérables de la vie et laisser une flexibilité aux médecins quant à leur durée de séjour en région. Rappelons, à cet effet, la recommandation constante des médecins interrogés de leur « laisser une porte ouverte » pour l'avenir.

Deuxièmement, il importe de tenir compte des aspirations de la nouvelle génération des jeunes finissants en médecine dans le recrutement futur. Ces derniers, en effet, mettent de l'avant l'importance d'une qualité de vie, allant bien au-delà de la sphère professionnelle. Ils ne sont pas, à cet égard, différents des autres jeunes contemporains

étudiés notamment dans le cadre de l'Observatoire Jeunes et Société, et dont nous avons parlé dans le rapport. Une vie équilibrée, conciliant carrière, famille, activités de loisirs, rapports avec des amis ou la parenté est au coeur des préoccupations de tous les jeunes, médecins ou pas. Cette aspiration à une qualité de vie décente, en matière d'heures de travail et de temps passé avec la famille et les amis, est au centre des propos des boursiers.

En troisième lieu, il faudrait explorer davantage, à la lumière des témoignages de plusieurs répondants, les notions de « service civil » ou « d'échange » avancées par ces médecins. Rappelons que ces derniers sont ouverts à la perspective de rendre obligatoire un séjour en région pour tout nouveau finissant, immigrant ou pas. À la condition, toutefois, qu'il s'agisse d'un séjour d'une durée raisonnable et que des garanties de retour soient offertes, au terme du contrat, si le médecin désire revenir en ville. Également, le choix de la région devra se faire en fonction de leurs intérêts pour qu'il y ait le plus de compatibilité possible avec les caractéristiques de la région. Enfin, rappelons l'importance du conjoint dans la décision de s'enraciner ou pas en régions éloignées. Ainsi, faudra-t-il trouver des formules inédites pour réussir à concilier les intérêts du couple.

Quatrièmement, il convient de souligner la nécessité d'un arrimage entre les politiques de développement régional et de régionalisation de l'immigration si l'on veut retenir des médecins, immigrants ou pas, en région. Ces deux politiques sont clairement interpellées dans ce dossier et leur étroite concertation est incontournable. En outre, des mesures non seulement économiques, mais aussi sociales et culturelles sont essentielles afin de répondre aux exigences de qualité de vie sous tous ses aspects. D'où l'importance cruciale d'une politique de développement régional global. Les travaux de recherche de l'un de nous (Simard, 1999, 2003b) ont d'ailleurs démontré que ceci s'applique non seulement aux médecins, mais également à toute la population régionale immigrante ou pas. Ce n'est qu'avec un tel arrimage, résolument conçu avec une perspective globale, que les efforts soutenus de rétention en région de la population, médicale ou autre, seront viables et durables. Il faut rappeler que les immigrants régionaux ne veulent pas vivre dans un désert social et culturel, tel que mis en évidence dans les travaux antérieurs de l'un de nous sur l'immigration en région.

Enfin, en dernier lieu, mentionnons l'ouverture des médecins immigrants à aller pratiquer n'importe où au Québec, même en régions éloignées. Cela est encore vrai pour les postulants immigrants d'aujourd'hui, tel que révélé dans l'addenda ci-après. Ayant souvent connu l'obligation de « service civil » médical dans leur pays d'origine, ces médecins représentent donc un bassin potentiel de main-d'œuvre médicale désireuse de contribuer à combler les besoins en effectifs médicaux des régions éloignées. Il convient

donc d'explorer, de façon novatrice, les possibilités d'avoir recours aux médecins immigrants pour remédier à l'inégale répartition territoriale des effectifs médicaux au Québec et ce, tout en tirant profit des expériences rapportées par les répondants de notre étude.

Par conséquent, il importe d'intensifier la collaboration entre les quatre ministères et les autres organismes concernés par la question, que ce soit au niveau de la santé, de l'immigration, du développement régional, de l'éducation, du Collège des Médecins ou encore des fédérations médicales. Une vision globale et concertée est nécessaire entre ces divers acteurs et décideurs, à partir de la question de l'obtention d'équivalence des études médicales jusqu'à celle des mesures à prendre pour favoriser une insertion globale et durable en régions éloignées. Rappelons que les longs délais dans l'accès à la pratique médicale empêchent, jusqu'à un certain point, une insertion rapide en région et une possibilité d'enracinement plus durable. En effet, la famille immigrante en attente prend racine ailleurs, dans un autre contexte, la plupart du temps métropolitain. Il devient alors difficile pour elle de se détacher, une fois de plus, de ce milieu et de ce rythme de vie auxquels elle s'est habituée. La question de la reconnaissance des diplômes devrait donc être considérée avec la plus grande diligence et efficacité possible, afin de réduire ces délais et d'accélérer le processus d'insertion en médecine et en région.

ADDENDA :

**Et maintenant? Réalité de médecins immigrants
dont l'accès à la pratique médicale n'est pas encore garanti**

Changement de contexte

Les expériences décrites dans ce rapport de recherche concernent celles de médecins formés à l'étranger et arrivés au Québec dans les années 1980 et 1990, alors que le contexte était particulièrement difficile pour eux quant à la reconnaissance de leurs diplômes et l'accès à la pratique médicale.

Or, depuis 2002, il semble qu'un changement d'attitude se manifeste à leur égard de la part des principales autorités concernées, notamment le Collège des médecins, les fédérations médicales et le gouvernement provincial. Une ouverture est perceptible, comme en font foi les diverses déclarations, des ministres de la Santé et de l'Immigration, rapportées récemment dans les médias. Certains titres, nullement exhaustifs ici, d'articles en première page de quotidiens parlent d'eux-mêmes : « Médecins étrangers : volte-face de Québec. La levée de l'exclusion est assortie d'une campagne de recrutement pour la Mauricie. » (Tommy Chouinard, *Le Devoir*, 6 novembre 2002, p. 1); « Québec facilite l'admission des médecins immigrants » (Kathleen Lévesque, *Le Devoir*, 16 et 17 novembre 2002, p. 1); « Québec lève des obstacles pour certains médecins étrangers. » (Isabelle Paré, *Le Devoir*, 2 octobre 2003, p. 1); « Pour les régions en pénurie : Québec veut repêcher plus de médecins étrangers. » (Isabelle Paré, *Le Devoir*, 19 novembre 2003, p. 1).

Dans le contexte actuel de pénurie de médecins dans plusieurs régions du Québec, de crise sérieuse dans le système de santé et de volonté politique — affirmée clairement lors de la dernière campagne électorale de 2003 — de bonifier l'organisation et l'accessibilité des soins de santé, le bassin potentiel des médecins immigrants au Québec, actuellement en attente du permis de pratique, semble représenter une option non négligeable pour les autorités et les organismes concernés⁷⁵. Le volet « médecins » de la récente opération « Recrutement Santé Québec » lancée conjointement en novembre 2003 par les ministres Michelle Courchesne (Relations avec les citoyens et Immigration) et Philippe Couillard (Santé et Services sociaux) témoigne de cet intérêt envers les médecins immigrants formés à l'étranger⁷⁶.

⁷⁵ Il existe depuis 1998 une association formelle regroupant les médecins étrangers qui sont en attente du permis de pratique. D'abord appelée « Association multiethnique des médecins diplômés hors Canada et États-Unis », cette association est devenue par la suite l'« Association québécoise des médecins diplômés hors Canada et États-Unis ». Elle compte 107 membres dûment enregistrés au début de l'année 2004. En outre, des médecins étrangers additionnels assistent aux réunions, mais sans s'inscrire comme membres. Les continents d'origine sont diversifiés : Europe, Asie, Afrique, Amérique Latine, Antilles.

⁷⁶ *Recrutement Santé Québec*, dans son volet « médecins » est la porte d'entrée pour tous les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, résidents du Québec ou de l'extérieur du Québec, qui souhaitent obtenir un permis restrictif de la médecine au Québec. Dans un communiqué du 18 novembre 2003, il est précisé « qu'au bout de quelques années, et après évaluation du Collège des médecins, le passage à un permis régulier est possible, donnant accès à une pratique médicale complète » (Gouvernement du Québec, 2003 :2)

Rencontres exploratoires pour actualiser la problématique

Compte tenu des nombreuses mentions de leur existence par les répondants de notre étude et de ce nouveau contexte d'ouverture, nous avons décidé d'explorer brièvement cette réalité des médecins immigrants qui sont actuellement au Québec et qui attendent de pouvoir pratiquer. Qui sont-ils? Que font-ils? Sont-ils prêts à aller pratiquer en régions éloignées? Que recommandent-ils pour faciliter leur accès à la pratique médicale?

Deux groupes de rencontres exploratoires (*focus group*) ont donc été organisés en novembre 2003, l'un à Québec et l'autre à Montréal⁷⁷, grâce à la collaboration d'organismes d'accueil et d'intégration des immigrants auxquels avaient eu recours ces médecins. Une dizaine de médecins formés à l'étranger ont ainsi pu être rencontrés. Cinq questions ouvertes portant sur leurs itinéraires au Québec, leurs principales difficultés et leurs recommandations leur ont été posées. Ils se sont ainsi exprimés sur leur vécu, leurs principales préoccupations et surtout leurs espoirs quant à leur avenir personnel et professionnel au Québec. Nous présentons ici succinctement l'essentiel de leurs témoignages afin de documenter et d'actualiser la réalité de ces médecins immigrants.

Vécu et préoccupations principales

La plupart des médecins rencontrés lors de ces *focus group* sont arrivés au tournant de l'an 2000. Leurs statuts d'immigration à l'arrivée sont variés, un plus grand nombre étant toutefois des réfugiés politiques. Tous ignoraient les conditions réelles d'accès à la profession médicale au Québec, hormis le médecin arrivé le plus récemment, en 2003, qui s'était fait dire que les « portes étaient ouvertes au Québec » pour les médecins immigrants.

Dès leur arrivée, ils ont entrepris des démarches pour faire reconnaître leurs diplômes de médecine. La grande majorité a trouvé cette étape ardue, les médecins immigrants devant chercher eux-mêmes à qui s'adresser et se démêler dans les procédures à entreprendre. Le coût élevé de ces procédures a été soulevé par tous comme un obstacle supplémentaire (par exemple 500 \$ pour l'évaluation de l'équivalence de leur diplôme par le Collège des médecins; 1000 \$ pour passer l'examen des sciences cliniques médicales du Collège des médecins du Québec, etc.). Ils se sont sentis souvent mal accueillis, isolés et laissés à eux-mêmes pour préparer l'examen⁷⁸. Certains attendent

⁷⁷ Les deux groupes furent rencontrés par la professeure responsable de la recherche, Myriam Simard.

⁷⁸ À noter que depuis l'été 2003, un atelier préparatoire est offert aux candidats médecins diplômés hors Canada et États-Unis visant à les préparer à la passation de la portion de l'examen clinique objectif structuré (ECOS), en vue de l'obtention de l'équivalence de leur diplôme et pour accéder à un poste de résidence. Sous la responsabilité de

encore une réponse de leur demande d'équivalence après l'avoir déposée depuis un an. La difficulté d'avoir à trouver eux-mêmes un lieu de stage, après la réussite de l'examen, a également été soulevée par la plupart. Bref, l'ensemble du processus menant au droit de pratique leur semble complexe, long et pénible.

Cependant, ils ne contestent pas la pertinence de ces évaluations et examens, les trouvant légitimes et normaux pour vérifier leurs compétences et assurer la qualité de la pratique médicale au Québec. Ils déplorent néanmoins la « lenteur » du processus qui entraîne, pour eux, des conséquences néfastes, notamment une perte de contact avec le milieu médical et une déqualification de leurs compétences⁷⁹. À cet égard, la plupart tentent par tous les moyens de « se tenir à jour » dans leurs expertises respectives : lectures de revues médicales spécialisées dans les bibliothèques, écoute de conférences, tentatives de s'intégrer dans des équipes de recherches universitaires ou inscription dans des cours de maîtrise ou de doctorat dans des secteurs connexes à la santé. Certains vont même jusqu'à aller pratiquer, sporadiquement pendant de courtes périodes, dans leur pays d'origine afin de « garder la main » et conserver intacts leurs habiletés et savoirs. Ils font alors le sacrifice de laisser derrière eux leurs familles, déjà enracinées au Québec.

Leur grande préoccupation de ne pas trop s'éloigner du réseau médical émerge clairement dans les deux groupes de discussion. Pour eux, « devenir hors circuit » est « catastrophique ». Ainsi, vont-ils adopter diverses stratégies pour « rester en contact », « acquérir de l'expérience québécoise » en milieu hospitalier et « apprendre comment approcher » les patients ici. Tout en se préparant pour l'examen du Collège des médecins, quelques-uns vont même jusqu'à entreprendre différents cours, comme par exemple en soins infirmiers. Par ailleurs, d'autres vont occuper des emplois comme préposés aux bénéficiaires dans des hôpitaux. Tous font également du bénévolat en milieu hospitalier ou dans des organismes d'aide aux malades tant pour « garder le moral » que pour se sentir utiles et proches du domaine de la santé. Parallèlement à ces occupations, certains ont dû occuper des emplois de dépannage pour survivre : cueilleur de fraises et de pommes⁸⁰, gardienne d'enfants à domicile, garde de sécurité, distributeur de feuillets publicitaires... Tous disent connaître une détérioration importante de leur situation financière.

l'Université Laval, cet atelier est d'une durée de sept heures et coûte 300\$. Il semble déjà porter fruit puisque le taux de réussite des candidats à l'examen fut bonifié, à la suite de cette mesure d'accompagnement. Le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration y contribue financièrement.

⁷⁹ D'ailleurs, la Loi médicale du Québec énonce dans son règlement 18.2 l'obligation d'un recyclage pour tout médecin qui s'est absenté de la pratique médicale depuis plus de quatre ans. (*Règlement sur le stage et le cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*, M-9, r.18.2, art.1).

⁸⁰ Une recherche antérieure sur la main-d'oeuvre agricole saisonnière avait d'ailleurs démontré que ce type d'emploi était parfois utilisé comme emploi de dépannage et de survie par des travailleurs de formation universitaire, en attente de reconnaissance des diplômes ou de passer des examens d'une corporation professionnelle. Il s'agissait alors d'agronomes et d'ingénieurs (Simard, 1997b)

Disponibilité, espoirs et attentes

La récente ouverture de l'État, de la corporation médicale et des principaux ministères à leur sujet suscite beaucoup d'espoir. Ils espèrent ainsi être « mieux informés » et « mieux encadrés » et ce, dans un « bref délai » pour s'intégrer le plus rapidement possible sur le marché du travail en tant que médecins au Québec. Ils n'ont aucune objection à suivre des stages (théoriques et pratiques) pendant un an ou deux. À cet égard, ils souhaitent avoir accès rapidement à des stages d'adaptation ou de recyclage pour se familiariser davantage avec la pratique nord-américaine.

Tous, sans exception, se disent prêts à aller pratiquer en région au Québec, « n'importe où », là où des besoins se font sentir. Ils veulent ainsi « servir » leur nouveau pays et avoir la possibilité de pratiquer leur profession qu'ils ne veulent absolument pas abandonner. Ils trouvent dommage que leur pays d'origine ait dépensé de l'argent pour les former comme médecin et que cette expertise ne puisse pas être mise à profit ici, alors qu'il y a une pénurie de médecins. Tout comme la cohorte des médecins DHCEU étudiés dans ce rapport, ils veulent « avoir une chance » de poursuivre leur carrière, peu importe les conditions imposées. Ils veulent surtout éviter de sombrer dans l'oubli et la dépression qu'ont connus certains de leurs collègues, arrivés avant eux, et qui ont dû renoncer à la pratique médicale après plus de 10 ans d'efforts.

Ces médecins sont conscients qu'il leur faudra beaucoup travailler pour atteindre leur but. Mais ils sont prêts à faire les sacrifices requis pour pouvoir œuvrer dans leur domaine de compétence. Ils sont convaincus qu'ils sont en mesure d'aider à régler certains problèmes de pénurie de médecins au Québec. Leur seule crainte, dans le contexte actuel d'ouverture, demeure toutefois d'être « laissés pour compte » et ignorés au profit d'autres médecins que l'État irait chercher directement à l'étranger avec des permis restrictifs. Ils espèrent faire réellement partie du bassin de main-d'œuvre étrangère que le gouvernement envisage de solliciter pour combler les besoins d'effectifs médicaux, puisqu'ils sont déjà sur place et prêts à aller partout sur le territoire québécois.

À cet égard, ils voient très favorablement l'approche personnalisée récemment adoptée par l'État, selon laquelle ils seront tous rencontrés individuellement pour examiner leurs dossiers respectifs. Ils y voient là l'occasion d'avoir enfin « l'heure juste » sur leurs lacunes à combler et les démarches à effectuer pour les corriger par la suite, et ce dans la perspective de pouvoir à court ou moyen terme pratiquer leur profession. Ils espèrent un arrimage concret et rapide entre leur volonté de travailler comme médecin au Québec et celle de l'État d'utiliser des médecins formés à l'étranger.

Remarques finales

Ces témoignages de médecins immigrants présentement au Québec permettent d'entrevoir leur réel désir de s'intégrer comme médecin dans la société québécoise et d'y mettre les efforts requis. L'existence de cette main-d'œuvre hautement qualifiée, présentement hors circuit malgré sa disponibilité, interpelle les décideurs à propos de plusieurs enjeux, dont celui de l'espace professionnel réservé aux immigrants, de la reconnaissance des diplômes, de la carence de médecins en régions éloignées, de l'insertion de travailleurs qualifiés immigrés sur le marché du travail, de la répartition des coûts de recyclage de main-d'œuvre, pour ne nommer que ceux-là.

Une gouvernance avisée ainsi qu'une gestion efficace de cette situation nécessitent l'intensification de la collaboration et de l'action conjuguée de divers ministères⁸¹ et autres organismes concernés, tels le Collège des médecins et les fédérations médicales, pour accélérer l'ensemble du processus permettant aux médecins immigrants d'accéder, dans un délai raisonnable, à une insertion et à un travail correspondant à leurs compétences.

⁸¹ Il s'agit principalement des ministères concernés par la santé, l'immigration, l'éducation et le développement régional.

ANNEXE 1 :
Démarches du médecin DHCEU

Annexe 1 : Démarches du médecin diplômé hors Canada et États-Unis (DHCEU)⁸²

Un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui souhaite obtenir un permis d'exercice de la médecine au Québec doit faire une *demande de reconnaissance d'équivalence* pour les 2 éléments suivants : a) d'abord pour son diplôme de docteur en médecine (MD); b) ensuite pour sa formation post doctorale (internat, *internship*, résidence, *training*, etc.).

A. Brièvement, pour obtenir la reconnaissance de l'équivalence de son diplôme de docteur en médecine, un médecin DHCEU doit réussir trois (3) examens, dans cet ordre :

- 1) Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (ou USMLE Step2, ou ECFMG)
- 2) Examen de connaissance de la langue française du Collège des médecins du Québec (ou obtenir une exemption). Cet examen a lieu une fois l'an, généralement au mois d'avril. Aussi, un médecin DHCEU qui dépose une demande de reconnaissance d'équivalence auprès du CMQ peut s'inscrire à l'examen de français de l'Office québécois de la langue française (OQLF).
- 3) Examen des sciences cliniques médicales du Collège des médecins du Québec (ou obtenir une exemption). Cet examen est composé d'une partie écrite (QCM) et d'une partie orale et clinique (ECOS). Il a lieu une fois l'an.

B. Pour ce qui est de la reconnaissance de l'équivalence de la formation post doctorale, le Collège des médecins du Québec étudie chaque cas afin de déterminer si la formation acquise par un médecin DHCEU correspond à celle exigée par les règlements du Collège. En outre, un minimum de douze (12) mois de formation post doctorale dans un programme de résidence d'une université québécoise est nécessaire à un médecin DHCEU pour obtenir la reconnaissance de l'équivalence de sa formation.

Rappelons que pour accéder à un programme de résidence, un médecin DHCEU doit *préalablement* avoir obtenu la reconnaissance de l'équivalence de son diplôme en réussissant les trois (3) examens identifiés ci haut.

Il est à noter que pendant toute la durée de ses stages dans un programme de formation post doctorale, le médecin résident est rémunéré, selon l'échelle salariale prévue à cet effet.

⁸² Ces informations concernent l'année 2002, prise à titre d'exemple.

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE

GUIDE D'ENTRETIEN

*Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec :
processus d'insertion globale et facteurs de rétention*

SOMMAIRE

I. PARCOURS MIGRATOIRE ET ÉTABLISSEMENT EN RÉGION

IMPORTANT : SAUF pour les questions 1 et 6, qui doivent être posées à tous les répondants de l'échantillon, cette section ne s'adresse qu'aux médecins DHCEU.

A- Le pays d'origine : étude et pratique de la médecine (expérience acquise), milieu de pratique urbain ou rural.

B- Motifs et conditions de l'émigration.

C- L'arrivée au Québec et l'installation en région.

II. L'INSERTION PROFESSIONNELLE, SOCIALE ET CULTURELLE

D- La pratique médicale en régions éloignées.

E- Relations sociales : population en général, amis et connaissances, parenté.

F- L'insertion des membres de la famille

G- Implication dans la vie locale/régionale

III. ÉVALUATION GLOBALE DE L'EXPÉRIENCE EN RÉGION

H- Perception des conditions de vie

I- Motifs de départ ou de rétention (pourquoi quitter, pourquoi demeurer?)

J- Comment retenir?

I. PARCOURS MIGRATOIRE ET ÉTABLISSEMENT EN RÉGION

IMPORTANT : SAUF pour les questions 1 et 6, qui doivent être posées à tous les répondants de l'échantillon, cette section ne s'adresse qu'aux médecins DHCEU.

A- Le pays d'origine : étude et pratique de la médecine (expérience acquise), milieu de pratique urbain ou rural.

1. Pouvez-vous me parler brièvement de vos années de formation (ici au Québec, dans le pays d'origine ou ailleurs)?

a) Comment cela s'est-il déroulé?

POUR les DHCEU seulement :

- EXPLORER, en particulier, la question de la **qualité de la formation**, en comparaison de ce qu'ils connaissent de la formation ici : l'enseignement au chevet du malade = lacune? Étudiants laissés à eux-mêmes, doivent faire preuve de débrouillardise? → **évaluation positive**, négative.

POUR les BOURSIERS seulement :

- EXPLORER l'itinéraire occupationnel au cours de cette période : faire parler de l'expérience liée à la formation, aux emplois occupés, à la perspective d'aller en région.
- ÉVALUATION de la qualité.

b) Pourquoi avez-vous voulu devenir médecin?

2. [Le cas échéant] Qu'en est-il de la pratique de la médecine [dans notre pays d'origine ou ailleurs]? En gardez-vous un souvenir favorable? Pourquoi?
 - **PRÉCISER** si en milieu **urbain ou en milieu rural**?
 - Faire ressortir les particularités de ce milieu (rural ou urbain)?

B- Motifs et conditions de l'émigration.

3. Qu'est-ce qui vous a amené à émigrer?
 - **VÉRIFIER** si a **transité** par un autre pays.
 - Si OUI, lequel, pourquoi ce pays et pendant combien de temps? Les motifs du départ?

4. Connaissez-vous avant votre arrivée les conditions requises à l'exercice de votre profession au Québec? Quelles informations vous avait-on données?
- reconnaissance du diplôme;
 - exigences à rencontrer en termes de formation (résidence), d'examens et de pratique (**programme DHCEU**);

C- L'arrivée au Québec et l'installation en région.

5. Entre le moment où vous avez quitté votre pays d'origine jusqu'à votre installation en région [*confirmer avec le répondant le nombre d'années entre l'arrivée au Québec et le début de la pratique*], comment les choses se sont-elles passées pour vous? Avez-vous **éprouvé des difficultés**?
- EXPLORER l'itinéraire occupationnel depuis l'arrivée :
 - emplois et/ou périodes de chômage ;
 - faire parler de l'expérience liée à la formation en résidence, à la passation des examens → évaluation positive, négative.
 - EXPLORER la dimension socioculturelle, ce qui a pu surprendre ou étonner :
 - au plan des habitudes de vie;
 - problèmes de compréhension avec les natifs (école, services gouvernementaux, commerces, etc.);
 - **accueil des natifs en général** + recours à des réseaux de soutien?
6. Maintenant, pouvez-vous me parler de votre **installation dans la région** que vous avez finalement choisie?
[RAPPEL : question s'adressant également aux BOURSIERS]
- a) *D'abord, pourquoi l'avez-vous choisie? Aviez-vous **une idée de ce qui vous attendait? Des appréhensions?***
- b) Comment cela s'est-il **déroulé?** Avez-vous **éprouvé des difficultés?**
- EXPLORER les questions relatives au *logement*, aux *services*, à *l'accueil en général* (potentiel de soutien des immigrants en région);
 - RELEVER les aspects *positifs* et *négatifs*.

II. L'INSERTION PROFESSIONNELLE, SOCIALE ET CULTURELLE

D- La pratique médicale en régions éloignées.

7. Parlez-moi de votre expérience de la pratique médicale en région?
 - DESCRIPTION du type de pratique du point de vue :
 - de ses caractéristiques [polyvalence?];
 - par rapport à une spécificité régionale des problèmes de santé?

 8. Cette pratique a-t-elle été [ou est-elle] une source de satisfaction pour vous? Pourquoi ?
 - ÉVALUATION que fait le médecin de cette pratique.

 9. Est-ce que votre pratique en région vous a amené à considérer autrement l'exercice de votre profession?
 - **Si OUI**, de quelle façon? EXPLORER, notamment :
 - vision de la profession en général;
 - facteurs culturels en jeux?
 - + Si NON ABORDÉ dans la réponse à la question sur la satisfaction :
 - l'hypothèse de *l'engagement communautaire* (sentiment d'avoir un rôle important à jouer) par le biais de la pratique médicale;
 - l'hypothèse de la *liberté professionnelle* ou la vision de la pratique médicale en région comme *défi à relever*.
 - **Si NON**, pourquoi? Comment voyez-vous votre profession? EXPLORER la vision qu'ont ces médecins de leur profession.
- [Pour ceux qui ont quitté : SUITE aux questions 8 et 9, SONDER la satisfaction à l'égard de la pratique actuelle en milieu urbain]**
10. Quelle évaluation faites-vous des conditions de travail dans lesquelles vous avez exercé en régions éloignées?
 - RETRACER leur évolution, depuis l'installation jusqu'au moment du départ [ou jusqu'à aujourd'hui] ?
 - ÉVOQUER :
 - le mode de rémunération, les primes d'installation et de rétention;
 - la charge de travail, le système de garde;
 - l'équipement et l'accès à des spécialistes;
 - le ressourcement (pour la formation et pour les loisirs);
 - les relations de travail en général.

11. Dans le contexte de votre pratique, comment ont évoluées les relations avec :
- le patron?
 - les autres médecins?
 - les autres membres du personnel des services de santé?
- EXPLORER la *nature* des relations (coopération, soutien, indifférence, compétition, etc.)
12. Comment se passaient [se passent encore] les relations avec vos patients? (rapports professionnels)
- EXPLORER :
 - la *nature* des rapports (cordialité, reconnaissance, etc.);
 - l'hypothèse du sentiment chez les médecins de faire œuvre utile;

E- Relations sociales : population en général, amis et connaissances, parenté.

13. Quelle a été la nature de vos rapports avec la population locale en général? Diriez-vous que l'on vous a accepté?
- EXPLORER de façon générale :
 - la frontière culturelle (indifférence/curiosité liée à l'origine, rejet/acceptation);
 - rôle joué, le cas échéant, par les traditions et coutumes du pays d'origine (importance accordée).
 - EXPLORER de manière plus spécifique :
 - le **type de rapports entretenus** avec les voisins, les commerçants, ou toutes autres personnes de la communauté (**entraide, rapports cordiaux, indifférence, amitié**, etc.);
 - les **circonstances de ces rapports** (fêtes du village, loisirs, etc.);
 - s'il y a lieu, le **type de problèmes rencontrés** (préjugés, discrimination).
14. En dehors de votre milieu de travail, vous arrivait-il de fréquenter :
- des patients?
 - Si OUI, EXPLORER :
 - la nature des liens : rapports cordiaux, indifférence, amitié, entraide, etc.
 - les circonstances des rapports (voisinage, activités de loisir, etc.).
 - EXPLORER aussi la question de la petitesse du milieu qui fait que des patients peuvent aussi être des voisins → impact sur la vie du médecin.
 - des collègues?
 - Si OUI, EXPLORER :
 - la nature des liens : rapports cordiaux, indifférence, amitié, entraide, etc.
 - les circonstances des rapports (voisinage, activités de loisir, etc.).
 - Si NON, pourquoi ?

15. En dehors de votre milieu de travail, avez-vous noué des liens d'amitié dans la région?

- Si OUI, dans quelles circonstances?
 - les circonstances des rapports (voisinage, activités de loisir, etc.)
- Avez-vous éprouvé **des difficultés** à le faire? Si OUI, pourquoi?
 - EXPLORER, le cas échéant, la nature des difficultés.

16. Au moment de votre engagement [et encore maintenant si est demeuré], aviez-vous des amis vivant dans d'autres régions du Québec? Si OUI, à quel endroit?

- EXPLORER :
 - occasions et fréquence des contacts;
 - important de les fréquenter régulièrement?

17. Avez-vous de la parenté au Québec? OUI NON

Si OUI :

- Où vivent ses membres?
- Les fréquentez-vous régulièrement ?

18. Maintenez-vous des liens avec des membres de la parenté dans le pays d'origine, ailleurs au Canada ou aux États-Unis? OUI NON

Si OUI :

- nature de ces liens? [visites, contacts téléphoniques ou épistolaires, etc.]

F- L'insertion des membres de la famille

19. Votre conjoint(e) a-t-il (elle) été :

- impliqué(e) dans des activités de nature socioculturelle, scolaire, professionnelle ou autre?
 - [Quelle que soit la réponse], pour quelle raison?
- satisfait(e) de sa situation professionnelle en région?
- satisfaite de sa vie en général?

[EXPLORER les mécontentements/satisfactions; **influence sur décision de quitter ou de demeurer?**]

20. Quel type d'écoles vos enfants ont-ils fréquenté [ou fréquentent-ils] et où?

- écoles locales/hors de la région/hors du Québec;
- écoles privées/publiques...

[EXPLICITER les *motifs* de ce choix (ex. : pourquoi *hors* de la région? Les écoles en région répondent-elles à leurs exigences par rapport à l'éducation des enfants)]

SI FRÉQUENTATION DE L'ÉCOLE LOCALE :

- Vos enfants ont-ils :
 - éprouvé des difficultés particulières à l'école?
[EXPLORER : *nature* des difficultés; *aide/services* reçus.]
 - été impliqués dans des activités para-scolaires ou de loisirs? Si OUI, de quelle nature?

21. Comment décririez-vous l'attitude de vos enfants à l'égard de la vie en région?

- EXPLORER insertion et satisfaction des enfants, en particulier si ados.

22. Nature et fréquence des activités familiales récréatives en région?

- EXPLORER : avantages et désavantages/difficultés en contexte régional.

G- Implication dans la vie locale/régionale

23. Est-ce que vous avez déjà participé aux activités des associations locales ou régionales (socioculturelles, politiques, ethniques et religieuses)?

- Si NON, pourquoi?
- Si OUI, préciser :
 - types d'*associations* et nature des *activités*
 - *raison* de l'implication
 - *réalisations* et *responsabilités* particulières

24. À votre avis, est-ce que la présence d'associations offrant des services aux immigrants (nouveaux arrivants) a son importance en région pour encourager l'immigration durable en région? Pourquoi?

III. ÉVALUATION GLOBALE DE L'EXPÉRIENCE EN RÉGION

H- Perception des conditions de vie

25. En règle générale comment évaluez-vous les aspects suivants de la vie quotidienne [dans la région où vous avez résidé/où vous résidez encore]?
- L'accès aux services publics et aux services commerciaux;
 - Les services culturels et de loisirs;
 - Le logement;
 - La sécurité;
 - Le rythme de vie (tranquillité, etc.)
 - Le climat (suivant les saisons) et l'environnement naturel (l'espace);
 - Le coût de la vie;
 - L'éloignement des grands centres.
26. Selon vous, quels sont les avantages et les désavantages de la vie en régions éloignées?
27. Est-ce que le fait de vivre en région vous a amené, vous-même et les membres de votre famille, à modifier certaines façons de voir les choses?

I- Motifs de départ ou de rétention (pourquoi quitter, pourquoi demeurer?)

28. Pourquoi avez-vous décidé de quitter [ou de demeurer dans] votre région d'assignation à la fin de votre engagement?
29. **[Ceux qui ont quitté]** : Qu'est-ce qui aurait pu (ou qui pourrait) faire en sorte que vous demeuriez ou que votre séjour soit prolongé dans votre région?
OU
[Ceux qui sont demeurés] : Qu'est-ce qui pourrait vous amener à quitter votre région?
- SONDER les solutions envisagées pour améliorer la rétention (à partir de l'expérience personnelle)

[Selon le cas]

30. **Prévoyez-vous demeurer à Montréal?**
- Si OUI, pourquoi? [*quand et durée prévue*]
 - Si NON, pour aller où? (en régions, à l'extérieur du Québec?) Pourquoi?

Prévoyez-vous demeurer en région?

- Si OUI, pourquoi? (évaluation globale de la satisfaction ou de l'insatisfaction)
- Si NON, où prévoyez-vous vous installer? Pourquoi?

J- Comment retenir ?

31. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer la rétention des médecins en régions éloignées?

LISTE DES VARIABLES ET CATÉGORIES

(1) VARIABLES

- (1 1) Programmes
 - (1 1 1) DHCEU
 - (1 1 2) Bourses RAMQ
- (1 2) Statut rétention
 - (1 2 1) A quitté
 - (1 2 2) Est demeuré
- (1 3) Origine rurale-urbaine
 - (1 3 1) Milieu urbain
 - (1 3 2) Milieu rural
- (1 4) Âge à l'arrivée en région
 - (1 4 1) 33 ans et moins
 - (1 4 2) 36 ans et plus
- (1 5) Statut familial à l'arrivée en région
 - (1 5 1) Célibataire
 - (1 5 2) Seul (non accompagné)
 - (1 5 3) Avec conjoint sans enfants
 - (1 5 4) Conjoint et enfant(s) à venir
 - (1 5 5) Avec conjoint et enfant(s)
- (1 6) Statut occupationnel du conjoint
 - (1 6 1) Avec occupation
 - (1 6 1 1) Domaine de la santé
 - (1 6 1 2) Autres domaines
 - (1 6 2) Sans occupation
 - (1 6 3) Demeuré en ville + NAP
- (1 7) Sexe
 - (1 7 1) Hommes
 - (1 7 2) Femmes
- (1 8) Régions éloignées
 - (1 8 1) Nord-Ouest-Québec
 - (1 8 2) Est-Québec
- (1 9) Origines continentales (nationales)
 - (1 9 1) Amérique

- (1 9 2) Asie
- (1 9 3) Europe
- (1 9 4) Moyen-Orient
- (1 9 5) Québec

- (1 10) Temps écoulé entre arrivée Québec et pratique MD
 - (1 10 1) Cinq ans et moins
 - (1 10 2) Six ans et plus

- (1 11) Statut à l'arrivée
 - (1 11 1) Indépendant
 - (1 11 2) Parrainé
 - (1 11 3) Réfugié
 - (1 11 4) Autre

- (1 12) Programmes X Statut rétention
 - (1 12 1) DHCEU partis
 - (1 12 2) DHCEU demeurés
 - (1 12 3) BOURSIERS partis
 - (1 12 4) BOURSIERS demeurés

(2) Antécédents-préparation

- (2 1) Pourquoi médecin?
- (2 2) Itinéraire avant formation
- (2 3) Formation médicale
 - (2 3 1) De base
 - (2 3 2) Résidence (internat)
- (2 4) Expérience des boursiers
 - (2 4 1) Pendant la formation médicale
 - (2 4 2) Perspective d'aller en région
- (2 5) Pratique médecine à l'étranger
 - (2 5 1) OUI
 - (2 5 2) NON
- (2 6) Motifs de l'émigration + choix Québec?
- (2 7) Connaissance des conditions
- (2 8) Itinéraire occupation. (arrivée Québec à départ région)
- (2 9) Impressions société d'accueil

(2 10) Perspective d'aller en région (DHCEU)

(3) Installation-accueil

(3 1) Pourquoi choix de cette région?

(3 2) Attentes-Appréhensions

(3 3) Déroulement

(4) Insertion socioprofessionnelle

(4 1) Dimension professionnelle

(4 1 1) Pratique médicale

(4 1 1 1) Type d'activités

(4 1 1 2) Caractéristiques

(4 1 1 3) Impact pbs-santé

(4 1 2) Conditions de travail

(4 1 2 1) Charge de travail

(4 1 2 2) Ressources

(4 1 2 3) Compensations

(4 1 2 4) Relations de travail

(4 1 3) Relations-patients

(4 2) Dimension socioculturelle

(4 2 1) Relations sociales

(4 2 1 1) Collègues et personnel hospitalier

(4 2 1 2) Connaissances hors-travail

(4 2 1 2 1) Dans la région

(4 2 1 2 2) Hors-région

(4 2 2) Interaction communauté

(4 2 2 1) Rapports-population

(4 2 2 2) Participation-vie locale

(4 2 2 3) Statut social et identité

(4 2 3) Cadre de vie

(4 2 3 1) Accès services et éloignement

(4 2 3 2) Logement et coût de la vie

(4 2 3 3) Rythme de vie et sécurité

(4 2 3 4) Environnement naturel et climat

- (4 3) Dimension familiale
 - (4 3 1) Membres
 - (4 3 1 1) Conjoint
 - (4 3 1 1 1) Occupé
 - (4 3 1 1 2) Non occupé
 - (4 3 1 1 3) Absent ou NAP
 - (4 3 1 2) Enfants
 - (4 3 1 3) Parenté
 - (4 3 2) Organisation et activités

(5) Appréciation générale

- (5 1) Évaluation
 - (5 1 1) De l'expérience
 - (5 1 1 1) Professionnelle (gains, pertes, etc.)
 - (5 1 1 2) Socioculturelle et familiale
 - (5 1 1 3) Environnementale (et globale)
 - (5 1 2) De l'intégration
 - (5 1 2 1) Positive
 - (5 1 2 2) Négative
- (5 2) Tirer le meilleur parti
 - (5 2 1) Profiter
 - (5 2 2) Compenser

(6) Quitter-Demeurer

- (6 1) Intention au départ
 - (6 1 1) Programmé à revenir
 - (6 1 2) Ouverture à demeurer
- (6 2) Seuil de la rétention (Durée)
 - (6 2 1) Prévues (programmées à 3-4 ans)
 - (6 2 2) Prolongées (reprogrammées à plus de 3-4 ans)
 - (6 2 3) Interrompues (ouverture limitée à 3-4ans ou +)
 - (6 2 4) Variables (ouverture à \pm 10 ans)
 - (6 2 5) Illimitées (ouverture à vie)
- (6 3) Poids dans la balance
 - (6 3 1) Réel
 - (6 3 2) Potentiel
- (6 4) Projets et aspirations divers

(7) Rétention des omnipraticiens

- (7 1) Problèmes et facteurs en cause
- (7 2) Prédispositions des candidats
- (7 3) Amélioration de la situation
 - (7 3 1) Mesures à l'intention des médecins
 - (7 3 1 1) Formation - Information
 - (7 3 1 2) Obligation contre incitation
 - (7 3 1 3) Soutien à MD ou à son conjoint
 - (7 3 2) Effectifs et organisation du travail
 - (7 3 3) Développement régional
 - (7 3 4) Association ou structures d'accueil?
- (7 4) Évaluation DHCEU + immigrants en région

Bibliographie

- BARER, Morris L., Laura WOOD et David G. SCHNEIDER (1999). *Vers un meilleur accès aux services médicaux dans les populations mal desservies : approches canadiennes, leçons de l'étranger*.
- BONNEAU, Micheline et P.A. TREMBLAY (1993). *Immigration et région : nouveaux enjeux, nouvelles perspectives*, Chicoutimi, Chaire d'enseignement et de recherche interethniques et interculturels, 204 p.
- BROOKS, R. G., M. WALSH, R. E. MARDON, M. LEWIS et A. CLAWSON (2002). « 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*, 77, 8 : 759-60.
- CLERMONT, Michel (2000). *Programme de places de résidence en médecine de famille ou en spécialité pour les diplômés hors du Canada et des États-Unis et les diplômés du Québec, Portrait de la situation 1995-1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre, 18 p.
- COMMISSION CLAIR (2000). *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 424 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (CAS) (1989). *Deux Québec dans un. Rapport sur le développement social et démographique*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (1995). *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*, 1995, 27 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (1994). *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, décembre, 19 p.
- CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (2000). *La reconnaissance des acquis, une responsabilité politique et sociale*, Avis au ministre de l'Éducation, Québec, juin, 129 p.
- CÔTÉ, Serge, Jean-Luis KLEIN et Marc-Urbain PROULX (1995). *Et les régions qui perdent... ? Tendances et débats en développement régional*, Rimouski, GRIDEQ, Université du Québec à Rimouski.
- CUTCHIN, M. P., J. C. NORTON, M. M. QUAN, D. BOLT, S. HUGHES et B. LINDERMAN (1994). « To stay or not to stay : issues in rural primary care physician retention in eastern Kentucky », *Journal of Rural Health*, 10, 4 : 273-78.
- CUTCHIN, Malcom P. (1997a). « Community and self : concepts for rural physician integration and retention », *Social Science Medicine*, 44, 11 : 1661-74.
- CUTCHIN, Malcom P. (1997b). « Physician retention in rural communities : the perspective of experiential place integration », *Health & Place*, 3, 1 : 25-41.
- DUGAS, Clermont. « Marginalité économique et mobilité géographique dans l'espace rural québécois. » *Recherches sociographiques*, XXIX, 2-3 : 431-444
- DUMONT, Johanne et P.SANTOS (1996). *Contraintes et facteurs favorables à l'intégration des personnes immigrantes au marché du travail*, Montréal, ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Collection Études et recherches n° 14, 50 p.
- ÉTATS GÉNÉRAUX DU MONDE RURAL (1991). *La déclaration du monde rural*, Québec.
- FLORIZONE, Allan (1997). « SMA survey of rural physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, 2, 4 : 180-186.
- FREZZA, Murielle et Georges JODOIN (1994). *Politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post doctorale en médecine, 1985-1986 à 1994-1995. Suivi des dispositions relatives à l'installation des médecins*, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre, 66 p.

- GAUTHIER, Madeleine (dir.) (2003). « La migration des jeunes », *Recherches sociographiques*, numéro spécial, XLIV, 1 (janvier-avril), Université Laval, 201 p.
- GAUTHIER, Madeleine, Marc MOLGAT et Serge CÔTÉ (2001). *La migration des jeunes au Québec : résultats d'un sondage auprès des 29-34 ans du Québec*, Rapport de recherche de l'INRS Urbanisation, Culture et Société, Université du Québec, mai, 113 p.
- GIRARD, Sylvie et Jean-François MANÈGRE, (1989). *Quelques arpents de neige – à partager : la régionalisation de l'immigration*, Montréal, Conseil des communautés culturelles et de l'immigration du Québec, 92 p.
- GOUIN, Ugo-Mercier et Francis ROY (1996). *Recherche sur la région d'origine des étudiantes et étudiants québécois en médecine et sur la relation avec le lieu de pratique*, Université Laval, 21 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2003). *Recours aux infirmières et aux médecins formés à l'étranger. Les ministres Michelle Courchesne et Philippe Couillard présentent leurs mesures*, Communiqué, Québec, 18 novembre, 3 p.
- HART, Gary L., Edward SALSBERG, Debra M. PHILLIPS et Denise M. LISHNER (2002). « Rural health care providers in the United States », *Journal of Rural Health*, 18, 5 : 211-32.
- HAYS, R., C. VEITCH, B. CHEERS et L. CROSSLAND (1997). « Why doctors leave rural practice », *Australian Journal of Rural Health*, 5 : 198-203.
- HUMPHREYS, John, Judith JONES, Mike JONES, Hugo GRAEME, Errol BAMFORD et Danielle TAYLOR (2001). « A critical review of rural medical workforce retention in Australia », *Australian Health Review*, 24, 4 : 91-102.
- HUMPHREYS, John, Judith JONES, Mike JONES et Paul MARA (2002). « Workforce retention in rural and remote Australia : determining the factors that influence length of practice », *Rural Health*, 176 : 472-76.
- JULIEN, Pierre-André, « Régions et sous-développement économique : voies de solution », dans Fernand DUMONT, Simon LANGLOIS et Yves MARTIN (dir), *Le traité des problèmes sociaux*, Sainte-Foy, Institut québécois de recherche sur la culture, 127-143.
- KAMIEN, Max (1998). « Staying in or leaving rural practice : 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions », *Medical Journal of Australia*, 169 : 318-21.
- LEBLANC, Patrice, Madeleine GAUTHIER et David-H.MERCIER (2001). *La migration des jeunes de milieu rural*, Rapport remis au ministère des Régions, INRS Urbanisation, Culture et Société, août, 162 p.
- LEBLANC, Patrice, Camil GIRARD, Serge CÔTÉ, Dominique POTVIN (2003). « La migration des jeunes et le développement régional dans le croissant péri-nordique du Québec », *Recherches sociographiques*, XLIV, 1, (janvier-avril), Université Laval, p. 35-55.
- LECLERC, Yvon et Claude BÉLAND (dir.) (2003). *La voie citoyenne. Pour renouveler le modèle québécois*, Montréal, Éditions Plurimédia, 299 p. (Économie et humanisme).
- MACISAAC, P., T. SNOWDON, R. THOMPSON, L. CROSSLAND et C. VEITCH (2000). « General practitioners leaving rural practice in Western Victoria », *Australian Journal of Rural Health*, 8, 2 : 68-72.
- MARTIN, Anne (dir.) (2003). *Journal Le Jumelé*, « Dossier employabilité », Montréal, automne, 12 p.
- MIMEAULT, Isabelle, Josianne LE GALL et Myriam SIMARD (2001). « Identité des jeunes régionaux de parents immigrés au Québec : métissage et ouverture sur le monde », *Cahiers de recherche sociologique*, 36, p. 185-215.
- MINISTÈRE DES RÉGIONS (MR) (2001). *Politique nationale de la ruralité. Une vision d'avenir*, Québec, ministère des Régions.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : site internet « médecins en région », www.msss.qc.ca/enregion, Gouvernement du Québec.
- MONGEAU, Pierre, Serge LAPOINTE et Lisette CLAVEAU (1994). *Facteurs de stabilité et profil des omnipraticiens en régions éloignées (le cas du Bas-Saint-Laurent)*.
- OBSERVATOIRE JEUNES ET SOCIÉTÉ DE L'INRS : site internet <http://www.obsjeunes.qc.ca>.
- PARÉ, Isabelle (2002). « La médecine, une profession en crise? », *Le Devoir*, série de 5 articles, du 23 au 27 décembre.
- PATHMAN, D.E. et T.R. KONRAD (1996). « Minority physicians serving in rural National Health Service Corps sites », *Medical Care*, 34, 5 : 439-54.
- PATHMAN, D.E., T.R. KONRAD et C.R. AGNEW (1994). « Studying the retention of rural physicians », *Journal of Rural Health*, 10, 3 : 183-92.
- PATHMAN, D.E., T.R. KONRAD et T.C. RICKETTS (1992). « The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians : results of a 9-year-follow-up study », *Journal of the American Medical Association*, 268 : 1552-58.
- PATHMAN, D.E., T.R. KONRAD et T.C. RICKETTS (1994). « The National Health Service Corps experience for rural physicians in the late 1980s », *Journal of the American Medical Association*, 272 : 1341-48.
- PATHMAN, D.E., E.S. WILLIAMS et T.R. KONRAD (1996). « Rural physician satisfaction : its sources and relationship to retention », *Journal of Rural Health*, 12, 5 : 366-77.
- POPE, Alison S.A., Garry D. GRAMS, Carl B.C. WHITESIDE et Arminée KAZANJIAN (1998). « Retention of rural physicians : tipping the decision-making scales », *Canadian Journal of Rural Medicine*, 3, 4 : 209-16.
- PRATTE, André (2002). « Les travaux forcés », *La Presse*, 3 août, p. A14.
- PROULX, Marc-Urbain (2002). *L'économie des territoires au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec (Science régionale).
- ROSENBLATT, R.A., G. SAUNDERS, J. SHREFFLER, M.J. PIRANI, E.H. LARSON et L.G. HART (1996). « Beyond retention : National Health Service Corps participation and subsequent practice locations of a cohort of rural family physicians », *Journal of American Board of Family Practice*, 9, 1 : 23-30.
- SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES RÉGIONALES (SAR) (1992). *Développer les régions du Québec*, Québec, Secrétariat aux Affaires régionales.
- SEMPOWSKI, Ian P. et Marshall GODWIN (2002). « Physicians who stay versus physicians who go : results of a cross-sectional survey of Ontario rural physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, 7, 3 : 173-79.
- SIMARD, Myriam (2003a), « Regional youth of immigrant origin in Quebec : innovative relationship to work », dans Laurence ROULLEAU-BERGER (dir.), *Youth and Work in the Post-Industrial City of North America and Europe*, Brill Leiden-Boston, USA, p. 217-231.
- SIMARD, Myriam (2003b), « Le rapport à l'espace des jeunes issus de parents immigrés en région au Québec : un bricolage inédit ? », *Recherches sociographiques*, numéro spécial sur la migration des jeunes, XLIV, 1 (janvier-avril), Université Laval, p. 57-91.
- SIMARD, Myriam (2001). « L'intégration des immigrants en région » dans Roch CÔTÉ (dir.), Québec 2002. Annuaire politique, social, économique et culturel, Fides, pp.161-167.
- SIMARD, Myriam, Isabelle MIMEAULT et Maryse LÉVESQUE (2001). « Insertion en emploi et pratiques migratoires des jeunes d'origine immigrée en région au Québec », dans Laurence ROULLEAU-BERGER et Madeleine GAUTHIER (dir.), *Les jeunes et l'emploi dans les villes d'Europe et d'Amérique du Nord*, Éditions de l'Aube, Lyon, France, p. 229-242.
- SIMARD, Myriam (1999). « Immigration et développement rural : apport positif et facteurs d'attraction et de rétention en région », dans *Actes de l'université rurale : Animer la ruralité*,

- Québec, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Chaire Desjardins en développement des petites collectivités, 54-56.
- SIMARD, Myriam (1997a). « Le discours entrepreneurial de l'État québécois et la rétention des jeunes en région », dans Madeleine GAUTHIER (dir), *Pourquoi partir? La migration des jeunes d'hier et d'aujourd'hui*, Presses de l'Université Laval, Les Éditions de l'IQRC, 7 : 163-188.
- SIMARD, Myriam (avec la collaboration d'Isabelle MIMEAULT) (1997b). *La main-d'œuvre agricole saisonnière transportée quotidiennement de la région de Montréal : profil socio-économique et insertion professionnelle*, Cahier de recherche de l'INRS-Culture et Société, 182 p.
- SIMARD, Myriam (1997c). « Immigration agricole, enracinement familial et dynamisation du milieu local au Québec », dans M. LAAROUSSI, M. SIMARD et N. BACCOUCHE (dir.), *Immigration et dynamiques locales*, Chaire d'enseignement et de recherche interethniques et interculturels (CERII), (coll. « Impact »), Université du Québec à Chicoutimi, 1997c, p. 145-174.
- SIMARD, Myriam (1996). « La politique québécoise de régionalisation de l'immigration : enjeux et paradoxes », *Recherches sociographiques*, XXXVII, 3 : 439-469.
- SIMARD, Myriam (1995a). « La régionalisation de l'immigration : les entrepreneurs agricoles immigrants dans la société rurale québécoise », *Recherches sociographiques*, XXXVI, 2 : 215-242.
- SIMARD, Myriam (1995b). « Immigration agricole au Québec : impact sur le milieu rural et le développement régional », *Revue canadienne des sciences régionales/Canadian Journal of Regional Science*, XVIII, 3 (automne), Université du Nouveau-Brunswick, p. 307-332.
- SIMARD, Myriam (1994). *Les entrepreneurs agricoles immigrants européens : insertion dans la société rurale québécoise*, Montréal, ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles (MAIICC), (Études et recherches, n° 11).
- SIMMONS, David, Les E. BOLITHO, Grant J. PHELPS, Rob ZIFFER et Gary J. DISHER (2002). « Dispelling the myths about rural consultant physician practice : the Victorian physicians survey », *Rural Health*, 176 : 477-81.
- VACHON, Bernard (collectif sous la direction de) (1991). *Le Québec rural dans tous ses états*, Québec, Éditions du Boréal, 314 p.
- VAN SCHENDEL, Nicolas (2003). *La rétention des médecins en milieu rural ou en région éloignée : synthèse d'une recension sélective des écrits*. INRS-UCS, février.