

**La rétention des médecins en milieu rural ou
en région éloignée : synthèse d'une
recension sélective des écrits
(Australie, Canada, États-Unis)**

Nicolas VAN SCHENDEL

Sous la direction de Myriam SIMARD

Document produit dans le cadre du projet « Intégration des médecins
immigrants et non-immigrants dans les régions éloignées du Québec »

Institut national de la recherche scientifique
Urbanisation, Culture et Société

Février 2003

Responsabilité scientifique : Myriam Simard
myriam.simard@inrs-ucs.quebec.ca
INRS Urbanisation, Culture et Société
(coordonnées ci-dessous)

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

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

ISBN : 2-89575-0-34-3
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
© Tous droits réservés

Table des matières

1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE SUR LA RÉTENTION : PÉNURIE ET MAUVAISE DISTRIBUTION DES MÉDECINS	1
2. LA RÉTENTION DES MÉDECINS EN MILIEU RURAL.....	3
2.1 DÉFINIR LA RÉTENTION	3
2.2 DES FACTEURS D'ORDRE PROFESSIONNEL, PERSONNEL ET COMMUNAUTAIRE	4
2.3 LA RÉTENTION DIFFICILE DES MÉDECINS AYANT UNE OBLIGATION DE SERVICE EN RÉGION.....	6
2.4 PARTIR OU RESTER : COMPRENDRE LE PROCESSUS MENANT À LA DÉCISION.....	8
3. UNE CONDITION DE LA RÉTENTION : L'INTÉGRATION AU MILIEU RURAL (SELON CUTCHIN).....	12
CONCLUSION	16
RÉFÉRENCES	19
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE.....	20

La présente synthèse a été produite à partir de vingt-deux des quarante-quatre articles traitant de la rétention des médecins en milieu rural ou en région éloignée que nous avons repérés dans la littérature et qui ont été publiés au cours des dix dernières années en Australie, au Canada et aux États-Unis. Les articles sélectionnés l'ont été, soit parce qu'ils constituaient eux-mêmes des synthèses récentes sur la question, soit parce qu'ils étaient souvent cités, soit encore parce qu'ils utilisaient une méthodologie qualitative ou en défendaient la pertinence pour l'étude des conditions de la rétention des médecins.

Essentiellement, deux aspects sont traités dans ce texte : ce que révèlent les études sur la rétention des médecins en milieu rural (Australie, États-Unis et Canada) et l'intérêt de la notion d'intégration pour en déterminer les facteurs et comprendre les circonstances. Mais il importe d'abord de situer la question de la rétention dans le contexte des études touchant au problème de la répartition territoriale des médecins en régions rurales ou éloignées.

1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE SUR LA RÉTENTION : PÉNURIE ET MAUVAISE DISTRIBUTION DES MÉDECINS

Le problème de la pénurie ou de la mauvaise distribution de médecins généralistes en régions rurales ou éloignées n'est pas un problème exclusif au Canada et au Québec. D'autres pays, tels que l'Australie et les États-Unis tout particulièrement, sont non seulement touchés par ce problème, mais y consacrent également énergies et ressources pour tenter de le résoudre. Par ailleurs, nombre d'études réalisées dans ces pays cherchent à rendre compte des facteurs responsables du choix que font les médecins d'un lieu de pratique en région rurale ou éloignée (facteurs d'attraction) et de leur décision d'y demeurer ou de le quitter (facteurs de rétention) (Barer, Wood et Schneider, 1999; Brooks *et al.*, 2002; Hart *et al.*, 2002; Humphreys *et al.*, 2001).

L'étude de Barer, Wood et Schneider se concentre sur l'historique des politiques visant une meilleure répartition géographique des médecins dans les provinces canadiennes, tout en faisant un tour d'horizon sommaire des mesures prises à ce chapitre par d'autres pays (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie et Nouvelle-Zélande). Ces politiques sont toutes caractérisées par la prédominance des incitatifs économiques/financiers. Bien que l'objectif des auteurs ne soit pas de passer en revue les études portant sur d'autres déterminants que ceux financiers, ils n'en présentent pas moins un bref résumé. Au chapitre de ces déterminants, six types de variables sont considérés : les facteurs liés à l'histoire personnelle (p. ex. la région comme lieu d'origine du médecin ou de son conjoint); la formation professionnelle (p. ex. l'expérience de la pratique en milieu rural); la pratique professionnelle (p. ex. disponibilité d'un soutien professionnel et d'une infrastructure adéquate); les aspects personnels et familiaux (p. ex. la taille du groupe de pairs au sein de

la profession et/ou de la collectivité; possibilités d'éducation et d'activités extra-scolaires pour les enfants); la dimension communautaire (p. ex. la compatibilité entre ce que la collectivité a à offrir et le style de vie privilégié par le praticien); et, enfin, les facteurs dits économiques (p. ex. perspectives de revenu brut, possibilités d'emploi pour le conjoint).

Un deuxième document (Hart *et al.*, 2002), lui aussi de portée générale, aborde cette même problématique de l'accès aux services médicaux ou de la répartition géographique des médecins en région, mais cette fois aux États-Unis. Les auteurs ont pour but d'identifier les défis qui se posent à la recherche ainsi qu'aux politiques de soutien à la santé en milieu rural (traduction libre). Ils s'attardent tout particulièrement à décrire la distribution nationale et régionale (zones rurales et urbaines) des médecins et à énumérer un certain nombre de facteurs susceptibles d'inciter ces praticiens à choisir de quitter ou de demeurer en région. Parmi ceux mentionnés, se trouvent : l'origine rurale du médecin, la spécialité en médecine familiale, la formation en milieu rural, la proximité des membres de la famille, la correspondance entre les intérêts personnels et les opportunités locales, et entre les aspirations et les opportunités professionnelles, et de bonnes écoles pour les enfants.

Simmons *et al.* (2002), quant à eux, préfèrent à la notion de facteurs d'attraction et de rétention celle de « barrières à la pratique en milieu rural ». La question, en ce cas, consiste à déterminer ce qui empêche de *devenir* ou de *demeurer* un médecin en milieu rural. Les résultats d'une enquête menée par ces auteurs dans une région spécifique de l'Australie auprès d'un échantillon représentatif de médecins, incluant pour près du quart des médecins nés et formés à l'étranger, indiquent que, tant pour les médecins ruraux que métropolitains, les obstacles majeurs à la pratique médicale en milieu rural sont essentiellement à caractère social (p. ex. l'occupation du conjoint, l'éducation scolaire des enfants, et autres questions relatives aux enfants). Une proportion relativement importante de répondants (45,7 %), dont bon nombre de médecins recrutés à l'étranger et d'individus âgés de moins de 40 ans (% non spécifié), se disent préoccupés par le risque de ne pouvoir retourner éventuellement à la pratique médicale en milieu urbain. Parmi les autres facteurs susceptibles de décourager toute velléité de pratique en milieu rural ou de limiter sa durée, on retrouve les pratiques médicales peu familières pour des généralistes (endoscopie, soins intensifs, gestion des soins d'urgence, etc.), le logement et la dépréciation possible de l'immobilier. Parmi d'autres facteurs moins déterminants, citons la perte du soutien de la famille élargie, l'accès à des infrastructures culturelles et religieuses ou à des services spécialisés, l'isolement académique et les heures de travail supplémentaires. Un thème récurrent et, pour certains, un motif invoqué pour quitter la pratique en milieu rural, est celui des conflits provoqués par les contraintes bureaucratiques, conflits qui en milieu rural risquent toujours d'être amplifiés compte tenu des liens forcément plus étroits entre les gens.

De leur côté, Brooks *et al.* (2002), s'appuyant sur une revue sélective de la littérature, distinguent clairement les facteurs associés au recrutement de ceux liés à la rétention des médecins en milieu rural. Les études recensées les amènent à conclure, entre autres, que l'éducation (*upbringing*) ou l'expérience de la vie rurale antérieure aux années de formation médicale constitue un facteur dit « naturel » de recrutement ou d'attraction; la rétention relevant davantage, quant à elle, de caractéristiques dites « culturelles » (*nurture*) rattachées aux conditions proprement dites de cette formation.

Par ailleurs, une autre revue de littérature, réalisée par Humphrey *et al.* (2001), permet à ses auteurs d'affirmer que la rétention de la main-d'œuvre médicale en régions éloignées est une question qui a souvent été mal dissociée de celle relative à son recrutement, et que les déterminants de la rétention ainsi que le processus y conduisant sont, par conséquent, mal compris. Cutchin (1997a) y va d'un constat semblable lorsqu'il affirme que si la compréhension des causes de la rétention demeure peu développée, c'est probablement parce que l'on présuppose trop souvent que les facteurs impliqués dans la décision relative à la l'installation en milieu rural sont les mêmes que ceux qui agissent au niveau de la rétention. Or, comme le souligne l'auteur :

the decision to locate in a rural practice setting occurs largely from outside that setting. The decision to remain takes place from within the practice setting and arises from the stream of experience there. (p. 1662)

2. LA RÉTENTION DES MÉDECINS EN MILIEU RURAL

2.1 Définir la rétention

Selon Humphrey *et al.* (2001), afin de développer de nouvelles recherches portant sur la problématique de la rétention, il importe avant tout d'identifier ce qu'elle signifie pour les travailleurs de la santé en milieu rural et comment elle peut être le mieux mesurée. C'est ainsi que ces auteurs procèdent 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 minimum de résidence (*stay*) dans une communauté donnée. Ce que constitue exactement ce minimum n'est pas très clair et varie selon qu'il est défini par un praticien, un responsable communautaire, 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. L'intérêt de cette définition est qu'elle permet en retour de poser 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? »

2.2 Des facteurs d'ordre professionnel, personnel et communautaire

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 selon 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 certains membres de la communauté locale 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 (1998) 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 six cents 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 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 poursuivaient toujours leur pratique, tandis que 24 % (11/46) de ceux qui comptaient poursuivre avaient quitté. Parmi les principaux problèmes mentionnés par ces médecins en 1986 se trouvaient la charge de travail trop lourde, le manque de contacts professionnels, la diminution des équipements médicaux et le manque de soutien des spécialistes en urgences. 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 aux États-Unis 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. En effet, si les analyses révèlent que les médecins sont très satisfaits du type de rapport 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, la rétention de ces médecins ne semble 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 professionnels¹.

À notre connaissance, peu d'études au Canada ont porté spécifiquement sur les facteurs de rétention. Une enquête menée auprès de 127 médecins² 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

¹ 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.

² 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.

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 (BSL) au moment de l'enquête ou y ayant déjà exercé, montre le rôle joué par les facteurs d'ordre professionnel³ et psychosocial⁴ 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 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).

2.3 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. Chose certaine, aucune indication ne permet de supposer autre chose, 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 de la RAMQ en échange d'un engagement variable de un à quatre ans de pratique en régions éloignées.

³ 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.

⁴ 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 ».

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 non participants 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 étaient 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 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 leur pratique initiale, 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 NHSC, ceux qui étaient les plus satisfaits de leur travail 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 (Noirs 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, sans doute, fait exception – celle de Simmons *et al.* (2002) dont l'échantillon, rappelons-le⁵, compte pour près du quart de médecins nés et formés à l'étranger – en ce qu'elle 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, l'on peut de façon générale inférer des données disponibles relatives au faible taux de rétention des médecins boursiers en milieu rural une tendance chez eux à vouloir retourner en région métropolitaine.

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

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

⁵ Voir section 1.

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 relatifs de ces influences et l'on décide de demeurer, ou bien l'on ne parvient pas à la résoudre et l'on cherche des alternatives 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, pour au moins 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.). Mais 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 menée par le *Centre for Health Services and Policy Research* de l'Université de Colombie-Britannique en 1989. L'analyse ne porte que sur les propos de 121 médecins (sur plus de 400), ayant répondu de manière relativement détaillée à une question ouverte (relative à 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, quant à eux, 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, chez les médecins, à la décision de demeurer ou non en régions rurales. 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.

1. *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 peut être 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.
2. *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 doivent 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.
3. *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 pratique.⁶ 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

⁶ 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.

caractéristiques de la communauté (« qualité de vie », c.-à-d. sécurité et vie saine, santé pour les enfants; qualité des services) et des opportunités offertes 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.

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 compensés au plan 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 cause de l'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, l'on retrouve 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.

Aux dires mêmes 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. Mais elle fournit en outre un cadre pour comprendre comment ces différents aspects interagissent et influencent la décision des médecins de le quitter ou d'y demeurer. La décision de demeurer, en particulier, semble mettre en lumière l'importance de facteurs d'ordre professionnel, faisant appel aux valeurs et aspirations du médecin (liberté professionnelle et sens du défi), ainsi que d'ordre communautaire, impliquant de la part du médecin un sens de la responsabilité et de l'engagement.⁷

3. 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 la probabilité de la rétention. C'est ce postulat qui amène Cutchin (1997a, 1997b ; Cutchin *et al.*, 1994), un chercheur américain, 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 considérer 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 le 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

⁷ 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 [...]. »

médecins et leur environnement local. Cet environnement comporte un ensemble de *défis auxquels il faut répondre*. L'intégration au milieu facilite la rétention puisqu'elle lui donne une signification, donnant 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 il était demandé à des médecins de réagir à un scénario fictif mettant en scène des conditions de pratique et de vie d'un médecin en milieu rural. Les répondants devaient d'abord évaluer sur une échelle Likert l'importance de dix-huit 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 évalués comme 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; 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; 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* par, le *soutien* de et la *compatibilité* avec les membres de la communauté; les occasions récréatives; le confort du conjoint; les liens familiaux dans la région; l'encadrement religieux (église).

Pour les auteurs de l'étude, ces résultats rendent compte de manière plus pragmatique de certains aspects de la vie et de la pratique rurale, ce qui amène 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, et comme membre d'une famille, d'une profession et d'une communauté. Les réponses à la question ouverte valorisent 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 amènent Cutchin (1997a, b) par la suite à réaliser dans le Kentucky une recherche qualitative « en profondeur » auprès de médecins pratiquant en milieu rural, 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.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 14 médecins ayant généralement pratiqué plus de 13 ans en milieu rural, ainsi qu'avec 10 personnes-ressources du milieu médical (administration, etc.) et 11 leaders de la communauté. Les entretiens avec les médecins ont été menés en plusieurs fois, la durée moyenne au total étant d'environ trois heures. Les aspects suivants étaient couverts : histoire personnelle, de la communauté et de la région; perceptions de la communauté médicale et de ses institutions; le type de pratique et les activités quotidiennes; les problèmes rencontrés au niveau de la pratique et dans la vie de la communauté; les interactions sociales; les raisons pour lesquelles ils ont décidé de demeurer; les buts et les aspirations (en demandant aux médecins de décrire le développement de leurs aspirations depuis le début des études médicales, jusqu'à leur résidence et à leur installation en milieu rural); les perspectives d'avenir pour la communauté en général, la communauté médicale et eux-mêmes; la décision de migrer éventuellement.

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, en tant qu'elle joue un rôle important dans l'intégration; la communauté locale en général. Chacun de ces domaines comporte des dimensions et sous-dimensions :

1. Le Soi du médecin :

- A. Le *Soi historique* : *background* socioéconomique⁸ et culturel (*past cultural matrix*), familial; expérience antérieure de la ruralité; éducation et expérience médicales; modèles et personnes influentes (par exemple, présence de médecins ou d'infirmières dans la famille).
- B. Le *Soi social* : la famille immédiate; appartenances institutionnelles (*membership*) ou à des groupes sociaux (important dans la construction d'une identité locale); rôles joués ou susceptibles d'être joués dans la communauté; matrice culturelle actuelle.

⁸ Exemple de *background* socioéconomique: certains médecins de l'enquête ont grandi dans des milieux pauvres, ce qui ajoute à leur expérience et à leur habilité à intervenir avec des populations défavorisées en général.

- C. 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; créativité.
2. La communauté médicale locale :
- A. Les *Institutions* : types de pratique (hôpitaux, en groupe, seul); taille et pouvoirs des institutions; développement historique; rôles des intervenants non-locaux.
- B. Les *Médecins*: aspects démographiques; idéologies médicales; niveau de coopération, de communication et d'interaction; les personnes-ressources (*anchorpersons*); types d'innovation.
3. La communauté en général :
- A. La *Dimension sociale* : le milieu socioculturel; réseaux sociaux et cohésion sociale; divisions de classes; liens à l'intérieur comme à l'extérieur de la communauté.
- B. La *Dimension économique* : situation économique; efforts de développement; ressources disponibles.
- C. La *Dimension politique* : institutions politiques et leadership; niveau d'engagement des citoyens dans les affaires locales; etc.
- D. *Autres* : développement historique; dimensions géographiques.

Par ailleurs, l'intérêt de l'approche de Cutchin (1997b) réside également dans sa 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 rencontrés 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).

CONCLUSION

Quatre aspects sont à retenir de cette synthèse des écrits portant sur la rétention des médecins en milieu rural ou en région éloignée : 1) la définition de la rétention; 2) les facteurs de rétention; 3) le processus de la rétention; 4) l'intégration comme condition de la rétention.

En ce qui concerne la définition de la rétention, nous retiendrons tout particulièrement celle proposée par Humphreys *et al.* (2001) qui la définissent comme le temps écoulé entre la prise d'engagement à la pratique médicale dans une communauté donnée et le moment de la séparation ou du départ de cette communauté. Cette définition est opérationnelle en ce qu'elle permet de concevoir la rétention dans la durée, avec un commencement et une fin projetée ou indéfiniment reportée si les conditions sont favorables.

Ces conditions se réfèrent à la fois aux facteurs et au processus de la rétention. Les facteurs de rétention, on l'a vu, peuvent être regroupés sous les trois catégories que proposent ces derniers auteurs (mais que d'autres chercheurs mettent également en lumière) : 1) les facteurs d'ordre professionnel ; 2) les facteurs sociaux liés aux caractéristiques personnelles et à la famille (dimension psychosociale, selon Mongeau, Lapointe et Claveau, 1994) ; 3) les facteurs externes reliés à la communauté et à sa localisation géographique.

Concernant le premier ordre de facteurs, nous paraissent tout particulièrement intéressantes les conclusions de Kamien (1997) relatives au « sentiment chez les médecins de faire un travail important pour la communauté », ainsi que la satisfaction relative à la variété et à l'autonomie de la pratique médicale en milieu rural. On retiendra également de l'étude de Pathman, Williams et Konrad (1996) que la rétention des médecins ne semble reliée qu'à l'occasion qui leur est donnée de réaliser leurs objectifs professionnels, ainsi qu'à leur satisfaction à l'égard de la communauté.

L'identification des facteurs de rétention, pour éloquente qu'elle soit, ne peut cependant faire l'économie des circonstances particulières qui font que les besoins et préoccupations professionnelles ont priorité sur les besoins personnels, ou vice versa, ni, par conséquent, du processus qui mène à la décision de demeurer ou de quitter un milieu donné. Un exemple selon nous intéressant d'une étude portant sur un tel processus de décision est celle de Pope *et al.* (1998). Utilisant l'approche de la *grounded theory*, les auteurs font ressortir des catégories qui illustrent à la fois les rapports entre le médecin et son environnement social et professionnel (l'engagement communautaire), ses attitudes ou sentiments à l'égard de l'exercice de sa profession (la confiance médicale) et les mécanismes ou atouts qui lui permettent de pallier certaines insuffisances (compensation financière, professionnelle et personnelle). Dans cette étude, la rétention apparaît, entre autres, fortement tributaire de la liberté professionnelle éprouvée par les médecins et du défi que représente généralement pour eux la pratique médicale en milieu rural.

À noter que les catégories proposées par Pope *et al.* servent également à décrire deux des trois principes d'intégration postulés par Cutchin, à savoir la sécurité (confiance dans ses habiletés médicales) et la liberté (le sens du défi et la diversité du travail médical; l'engagement dans les affaires de la communauté). L'apport de Cutchin se situe également au niveau de la conceptualisation et de l'illustration de ce qu'il appelle les domaines d'intégration. Ces domaines sont au nombre de trois : le Soi du médecin, la communauté médicale locale, et la communauté locale en général. En ce qui concerne le Soi, ses dimensions (historique, social, émergeant) représentent un grand intérêt dans la mesure où elles forment des catégories recouvrant divers aspects de l'expérience. Ainsi, le Soi émergeant évoque-t-il des valeurs et des aspirations qui font appel, ici aussi, au sens du défi et au désir de contribuer à l'amélioration de la santé de la population locale.

La notion de défi chez Cutchin déborde le cadre strictement professionnel : en effet, l'environnement que représente la communauté dans son ensemble, comporte un ensemble de défis auxquels doit répondre le médecin. L'intégration est en quelque sorte la réponse à ces défis et, en même temps, elle se pose comme la condition de la rétention. En effet l'intégration au milieu donne à ce dernier une signification, procurant ainsi des raisons d'y demeurer. L'acceptation, le soutien, la compatibilité sont des thèmes qui, entre autres, reflètent l'importance des liens qui se constituent entre les médecins et les autres membres de la communauté.

En conclusion, l'étude de l'intégration des médecins en milieu rural ou en région éloignée apparaît comme le moyen le plus adéquat, non seulement pour identifier les facteurs en cause dans la rétention, mais aussi pour comprendre les circonstances et le processus qui interviennent dans la décision de prolonger ou non son séjour.

RÉFÉRENCES

- 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*.
- Brooks, R. G., Walsh M., 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, n° 8 : 759-60.
- 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, n° 4 : 273-78.
- Cutchin, Malcom P. (1997a). « Community and self : concepts for rural physician integration and retention », *Social Science Medicine*, 44, n° 11 : 1661-74.
- Cutchin, Malcom P. (1997b). « Physician retention in rural communities : the perspective of experiential place integration », *Health & Place*, 3, n° 1 : 25-41.
- Florizone, Allan (1997). « SMA survey of rural physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, 2, n° 4 : 180-186.
- 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, n° 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, n° 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.
- Kamien, Max (1998). « Staying in or leaving rural practice : 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions », *Medical Journal of Australia*, 169 : 318-21.
- 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, n° 2 : 68-72.
- Mongeau, Pierre, Serge Lapointe et Lisette Claveau. (1994). *Facteurs de stabilité et profil des omnipraticiens en régions éloignées (le cas du Bas-Saint-Laurent)*.
- Pathman, D. E. et T. R. Konrad (1996). « Minority physicians serving in rural National Health Service Corps sites », *Medical Care*, 34, n° 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, n° 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*, n° 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* , n° 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, n° 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, n° 4 : 209-16.
- 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, n° 1 : 23-30.
- 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, n° 3 : 173-79.
- 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.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

- Alexander, C. (1998). « Why doctors would stay in rural practice in the New England health area of New South Wales », *Australian Journal of Rural Health* , 6, n° 3 : 136-39.
- Conte, S. J., A. W. Imershein et M. K. Magill (1992). « Rural Community and physician perspectives on resource factors affecting physician retention », *Journal of Rural Health* , 8 : 185-96.
- Costa, A., S. Schrop, G. McCord et W. Gillanders (1996). « To stay or not to stay : factors influencing family practice residents' choice of initial practice location », *Family Medicine* , 28, n° 3 : 214-19.
- Crabtree, B. F. et W. L. Miller (1991). « A qualitative approach to primary care research : the long interview », *Family Medicine* , 23 : 145-51.
- Crouse, B. J. (1995). « Recruitment and retention of family physicians », *Minnesota Medicine* , 78, n° 10 : 29-32.
- Cutchin, Malcom P. (2000). « Retention of rural physicians : Place integration and the triumph of habit », *Occupational Therapy Journal of Research* , 20, n° 1 : 106S-11S.
- Duttera, M. J. Jr, D. S. Blumenthal, G. E. Dever et J. B. Lawley (2000). « Improving recruitment and retention of medical scholarship recipients in rural Georgia », *Journal of Health Care of the Poor Underserved* , 11, n° 2 : 135-43.
- Elley, R. (2001). « Women in rural general practice : the stresses and rewards », *New Zealand Medical Journal* , 114, n° 1137 : 358-60.
- Forti, E. M., K. E. Martin, R. L. Jones et J. M. Herman (1995). « Factors influencing retention of rural Pennsylvania family physicians », *Journal of American Board of Family Practice* , 8, n° 6 : 469-74.
- Hartlaub, P. P. et R. L. Gordon (1993). « Rural practice. Preference, perception, and reality », *Archives of Family Medicine* , 2, n° 11 : 1198-201.

- Hays, R., C. Veitch, L. Franklin et L. Crossland (1998). « Methodological Issues in medical workforce analysis : implications for regional Australia », *Australian Journal of Rural Health* , 6, n° 1 : 32-35.
- Hoyal, F. (1995). « Retention of rural doctors », *Australian Journal of Rural Health* , 3 : 2-9.
- Humphreys, J. S. et F. Rolley (1998). « A modified framework for rural general practice : The importance of recruitment and retention », *Social Science Medicine* , 46, n° 8 : 939-45.
- Mills, I. (1997). « Recruiting General Practitioners to rural areas : one community's experience », *Australian Journal of Rural Health* , 5 : 194-97.
- National Rural Health Association (1998). « Physician recruitment and retention », Issue Paper, <http://www.nrharural.org/dc/issuepapers/ipaper13.html>.
- Rabinowitz, H. K, J. J. Diamond, M. Hojat et C. E. Hazelwood (1999). « Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania », *Journal of Rural Health* , 15, n° 2 : 212-18.
- Scammon, D. L., S. D. Williams et L. B. Li (1994). « Understanding physicians' decisions to practice in rural areas as a basis for developing recruitment and retention strategies », *Journal of Ambulatory Care Marketing* , 5, n° 2 : 85-100.
- Spenny, M. L. et K. E. Ellsbury (2000). « Perceptions of practice among rural family physicians : Is there a gender difference? », *Journal of American Board of Family Practice* , 13, n° 3 : 183-87.
- Stewart, M. et M. Bass (1982). « Recruiting and retaining physicians in Northern Canada », *Canadian Family Physician* , n° 28 : 1313-18.
- Teplin, S. E. et C. Kushner. (1994). *Physician life and practice in Underserved communities : guidance for state offices of rural health*, University of North Carolina Rural Health Research Program, Chapel Hill, N.C.
- Veitch, C., J. Harte, R. Hays, D. Pashen et S. Clark (1999). « Community participation in the recruitment and retention of rural doctors : methodological and logistical considerations », *Australian Journal of Rural Health* , 7, n° 4 : 206-11.