

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS DE FAMILLE?: QUELLES SOLUTIONS À UN PROBLÈME COMPLEXE??

Nassera Touati et Jean Turgeon

S.F.S.P. | *Santé Publique*

2013/4 - Vol. 25
pages 465 à 473

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-465.htm>

Pour citer cet article :

Touati Nassera et Turgeon Jean, « Répartition géographique des médecins de famille?: quelles solutions à un problème complexe?? », *Santé Publique*, 2013/4 Vol. 25, p. 465-473.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à un problème complexe ?

Geographical distribution of family physicians: which solutions for a complex problem?

Nassera Touati¹, Jean Turgeon¹

↳ Résumé

Objectif : dans cet article, nous nous intéressons à la question de la répartition géographique des médecins omnipraticiens, en focalisant sur les enjeux d'attraction.

Méthodes : l'analyse repose sur une approche configurationnelle. Définie simplement, cette approche stipule que les impacts d'une intervention sont liés d'une part, à la cohérence interne entre les caractéristiques d'une intervention et d'autre part, à la cohérence qui existe entre cette intervention et son contexte. Une étude de cas longitudinale a été menée, correspondant à l'expérience du Québec sur 35 ans.

Résultats : les mesures mobilisées ont surtout porté sur la formation, les incitatifs (positifs et négatifs), le support, et depuis 2004 une certaine forme de coercition. Notons que la sélection des candidatures à l'entrée en médecine en fonction de certaines variables individuelles susceptibles d'influencer le lieu de pratique, a été peu mise en œuvre. La combinaison des mesures gagne en efficacité à travers le temps : ces gains en efficacité sont interprétés en se référant à la cohérence interne des mesures et à la cohérence par rapport à l'environnement externe.

Conclusion : les interventions favorables à une répartition équitable des effectifs ne sauraient se limiter à l'activation d'un levier donné et doivent être pensées comme des interventions complexes.

Mots-clés : Médecins de famille ; Ressources en santé ; Québec ; Complexité ; Attraction.

↳ Summary

Aim: This article examines the geographical distribution of family physicians, focusing on attraction issues.

Methods: This analysis is based on a configurational approach. In simple terms, this approach stipulates that the impacts of an intervention are related, on the one hand, to the internal consistency between the characteristics of an intervention and, on the other hand, the consistency between this intervention and its context. A longitudinal case study was performed, corresponding to the Quebec experience over a 35-year period.

Results: The measures implemented essentially consisted of training, incentives (positive and negative), support, and, since 2004, a certain degree of coercion. Note that selection of applicants for medicine training programmes according to certain individual variables likely to have an impact on the subsequent site of practice, were only rarely used. An improvement of the efficacy of the combination of measures was observed over time: this improvement can be interpreted in terms of the consistency between the characteristics of the intervention and the consistency between the intervention and its context.

Conclusion: Interventions designed to promote a more balanced distribution of healthcare professionals cannot be limited to activation of a single lever, but must be considered in the context of complex interventions.

Keywords: Physicians, Family; Health resources; Quebec; Complexity; Attraction.

¹ ENAP – 4750 Henri Julien – 5^e étage – H2T 3E5 Montréal – Canada.

Correspondance : N. Touati
nassera.touati@enap.ca

Réception : 11/03/2013 – Acceptation : 06/06/2013

Introduction

Des études montrent clairement que la distribution des ressources médicales influence l'état de santé des populations, même si la disponibilité des ressources n'est pas la seule variable à déterminer l'accès aux services [1]. À titre d'illustration, l'étude populationnelle de Guttman *et al.* [2], réalisée en Ontario, révèle qu'il y a un gradient clair et significatif entre la réponse aux besoins des enfants et l'offre de ressources médicales : ainsi dans les comtés où la disponibilité en ressources est la plus faible, les enfants sont significativement plus à risque de ne pas recevoir des visites préventives, les visites de routine recommandées au cours des dernières années et les visites de suivi des nouveaux-nés. *A contrario*, les analyses statistiques indiquent que les enfants souffrant d'asthme ou de diabète vivant dans des comtés moins bien pourvus en médecins de première ligne sont les plus à risque d'être hospitalisés. Par conséquent, l'équité de la répartition géographique des médecins représente un enjeu capital de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de main d'œuvre en santé et ceci est d'autant plus vrai pour les médecins de première ligne puisqu'ils constituent la porte d'entrée du système.

L'analyse comparative de l'état de la situation à cet égard prouve que les problèmes de répartition de la main d'œuvre médicale peuvent être assimilés à une véritable maladie chronique dans plusieurs pays : « Apparently physician maldistribution is not like a disease that can be cured, but is more akin with a chronic condition that needs to be managed » [3]. Pour citer quelques exemples, mentionnons qu'aux États-Unis, une enquête menée en 2008 révèle qu'en comparant la distribution géographique de la population américaine avec celle des médecins, ces derniers sont surreprésentés dans le nord-est et les grandes villes et sous-représentés dans le sud [4]. De même, au Canada, 9,4 % des médecins pratiquaient en région, alors que 21,4 % de la population y habitait [5]. En France, le problème de répartition géographique des effectifs médicaux perdure aussi à travers le temps [6, 7] : en 2006, la densité médicale variait de 255 médecins par 100 000 habitants en Picardie à 402 en Ile-de-France. Les pays en voie de développement n'échappent pas non plus à ces problèmes [8].

Conscients de l'importance des enjeux, plusieurs pays se sont évertués à implanter des stratégies pour solutionner ce problème. Ces stratégies sont de différents types et portent sur : la sélection des futurs médecins (prise en compte de certaines variables individuelles, telle que l'origine géographique, ethnique, genre, objectifs

professionnels lors du recrutement) ; la formation (optimisation des programmes de formation pour susciter l'intérêt pour la pratique rurale) ; la coercition (emploi de méthodes autoritaires pour obliger les médecins à pratiquer en milieu rural) ; incitatifs (utilisation de moyens financiers pour inciter les médecins à donner des services en milieu rural) ; le support (stratégies pour aider la pratique en milieu rural). L'évaluation de ces différentes stratégies soulève des interrogations quant à l'efficacité de certaines d'entre elles prises individuellement. En effet, la méta-analyse produite par Wilson *et al.* [9] souligne par exemple que les résultats des études concernant l'influence du genre sur le choix du lieu de pratique sont très variables. De la même manière, les auteurs ont trouvé une grande variabilité des conclusions quant à l'impact des programmes de bourse. Ces auteurs défendent l'idée selon laquelle les gouvernements doivent s'appuyer sur des études quantitatives rigoureuses pour développer leurs politiques de main-d'œuvre. Les auteurs d'une étude Cochrane, Grobler *et al.* [10], vont jusqu'à préconiser le recours à des essais randomisés pour évaluer rigoureusement les interventions en la matière.

À travers cet article, nous voulons apporter un autre point de vue sur la question de la répartition géographique des effectifs médicaux. Plus précisément, nous défendons l'idée que les interventions favorables à une répartition équitable des effectifs ne sauraient se limiter à l'activation d'un levier donné et doivent être pensées comme des interventions complexes. Callaghan [11] résume bien les trois facteurs qui caractérisent la complexité : la contingence, la dépendance au chemin emprunté (*path dependancy*) et l'interdépendance. La contingence réfère à l'interaction entre l'intervention et son contexte. Par dépendance au chemin emprunté, nous entendons le fait que l'évolution d'une intervention et son impact dépendent de l'histoire du système. Finalement, l'interdépendance renvoie aux relations non linéaires entre variables. Cette complexité expliquerait la variabilité des résultats portant sur l'efficacité des stratégies associées à la question de la répartition géographique des effectifs. Autrement dit, l'efficacité d'une stratégie repose sur la cohérence entre les différents leviers et sur leur cohérence par rapport au contexte. Nous illustrerons notre point de vue en nous basant sur l'analyse de l'expérience québécoise.

Le présent texte est structuré comme suit :

- dans un premier temps, nous expliciterons le cadre d'analyse utilisé pour évaluer les interventions complexes, comme celles portant sur la répartition médicale ;
- dans un deuxième temps, nous présenterons les méthodes, en l'occurrence une étude de cas ;

- ensuite, nous résumerons les principaux résultats de notre étude. Plus précisément, nous analyserons la succession des stratégies utilisées au Québec pour améliorer la répartition des effectifs et nous en ferons un bilan. Nous interpréterons également les résultats obtenus par ces différentes mesures ;
- en conclusion, nous poursuivrons la réflexion sur la complexité de ces enjeux.

Cadre d'analyse : le recours à une approche dite configurationnelle

L'évaluation des interventions complexes nécessite de renouveler les approches d'évaluation. Il s'agit notamment de substituer aux approches de type *methods driven* des approches dites *theory driven*. Les premières conçoivent l'intervention comme une boîte noire ; et vont donc porter un jugement sur ces interventions sur la base d'une association statistique entre les effets observés et le fait d'avoir fait l'objet d'une intervention ; sans s'intéresser aucunement aux liens de causalité entre les inputs, les activités et les effets. À l'inverse, *theory driven evaluation* se donne comme mandat de comprendre « pourquoi et comment l'intervention produit les effets observés » [12]. L'approche dite configurationnelle s'inscrit dans ce courant de l'évaluation et constitue une voie fructueuse pour évaluer les phénomènes complexes [13, 14]. Définie simplement, l'approche configurationnelle stipule que les impacts d'une intervention sont liés :

- d'une part, à la cohérence interne entre les caractéristiques d'une intervention (principe de fit interne) ;
- d'autre part, à la cohérence qui existe entre cette intervention et son contexte (principe de fit externe).

Ces deux principes renvoient aux différents aspects de la complexité : contingence et dépendance au chemin emprunté (principe de fit externe), interdépendance (fit interne).

C'est cette perspective d'évaluation que nous retiendrons pour comprendre les effets des stratégies adoptées au Québec.

Méthodes

Conformément à notre approche d'évaluation, nos choix méthodologiques se distinguent fortement de ceux prônés

par d'autres experts, en l'occurrence le recours aux essais randomisés [10]. En effet, notre devis de recherche est une étude de cas longitudinale [15]. Ce type de devis convient particulièrement lorsque le chercheur se pose des questions de type pourquoi et comment et lorsqu'il est intéressé par l'étude de phénomènes complexes dans leur contexte.

Le cas étudié correspond à l'expérience du Québec en matière de répartition des omnipraticiens. Notre principale source de données est une analyse documentaire. Plus précisément, nous avons consulté la littérature scientifique analysant l'expérience québécoise (grâce à une recherche par des moteurs de recherche) et la littérature grise (rapports d'organismes de régulation (ministère, syndicats professionnels, etc.), sites web, rapports de commissions d'enquête, rapports d'organismes d'information, articles de la presse, documents juridiques). L'analyse documentaire a été complétée par une entrevue formelle auprès d'un expert du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) et une entrevue informelle auprès d'une experte de la fédération (syndicat) des médecins omnipraticiens du Québec.

Résultats commentés

Répartition des médecins au Québec : éléments de contexte

Au Québec, la répartition des médecins s'inscrit dans un contexte singulier. C'est un État fédéré à majorité francophone (80 %) dont la compétence exclusive en matière de soins de santé est reconnue dans la Constitution du Canada. Ses 7 900 000 habitants (2010), se répartissent très inégalement sur un territoire subdivisé en 17 régions dont la superficie totale équivaut à celle de l'Espagne, la France, l'Italie, la Belgique, l'Allemagne et la Suisse. Les services médicaux s'y inscrivent quasi exclusivement dans un régime public unique (un seul tiers payeur, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)). La Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ) est le syndicat professionnel représentant l'ensemble des médecins omnipraticiens du Québec, entre autres, dans le cadre des négociations avec les instances gouvernementales au sujet de la répartition des effectifs. Également, le fait que le Québec fasse partie d'une fédération où les autres états fédérés (provinces) peuvent avoir un nombre plus ou moins élevé de médecins par 1 000 habitants ou encore offrir des conditions salariales plus avantageuses pèse également sur les options disponibles au gouvernement du Québec. Comme

nous le verrons, cela n'a pas empêché ce dernier d'utiliser, à l'occasion, des dés-incitatifs comme stratégie, maniant donc à la fois l'incitation et la sanction.

a) *Planification de l'effectif médical : bref historique*

Au début des années 1960, la commission royale d'enquête sur les services de santé [16] proposait de faire évoluer le nombre de médecins (omnipraticiens et spécialistes) en fonction d'un accroissement prévu de la population canadienne qui, selon les démographes de l'époque, continuerait au même rythme que lors du baby-boom d'après-guerre. Avec de telles hypothèses, il n'est pas surprenant de constater que, dès le milieu des années 1970, le taux de croissance du nombre de médecins dépassait largement celui de la population, particulièrement au Québec. À partir de 1982, le gouvernement du Québec décide d'intervenir. Dorénavant, c'est lui qui déterminera le nombre d'inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine. En 1986, le MSSS met en place une Table (en l'occurrence un comité) de concertation permanente (MSSS, Ministère de l'éducation, associations syndicales des médecins, doyens des facultés de médecine) de manière à bonifier la planification de l'ensemble des effectifs médicaux, par exemple par de meilleures projections en fonction du changement du profil des médecins et des évolutions démographiques à la fois des médecins et de la population. Malgré une opposition de la table concernant le rythme de la décroissance, le gouvernement réduit de 1990 à 1997 de façon drastique le nombre d'entrées en médecine, celles-ci passant de 550 à 406 par année. Également, en 1996, de manière à réduire son déficit budgétaire sans précédent, le gouvernement incite les médecins, comme les autres professionnels de la santé, à prendre une retraite anticipée, ce qui entraînera immédiatement une diminution importante du nombre de médecins. En ce qui concerne plus particulièrement les omnipraticiens, en 1997 la FMOQ propose de créer dans chaque région un département régional de médecine générale (DRMG) responsable de la planification des effectifs. À partir de 1998, les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) s'appliqueront aux omnipraticiens. Dès 1999, reconnaissant les besoins grandissants et la pénurie marquée de médecins (qu'il a contribué à créer), le gouvernement décide d'augmenter le nombre d'admissions en médecine le portant graduellement à 847 nouveaux étudiants en médecine en 2012. Le nombre d'omnipraticiens a ainsi augmenté au cours des années.

L'année 2004 voit également la création du Comité de gestion MSSS/FMOQ de l'effectif en omnipratique (COGEMO)

qui a pour fonctions d'assurer le suivi des PREM et de donner son avis au ministre en matière d'évaluation des besoins en effectifs et de leur répartition. Le MSSS, avec la FMOQ, calcule pour chaque région les effectifs en place, les besoins en effectifs, l'écart entre les besoins et les effectifs [17]. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans l'estimation des besoins : par exemple, la prise en compte du profil sociodémographique de la population ou encore l'indice de défavorisation sociale. Ces besoins sont aussi calculés pour l'ensemble des champs d'activité des omnipraticiens : première ligne, soins aigus, urgence, etc. Par ailleurs, pour les fins de la planification de la main-d'œuvre médicale, la catégorisation des régions repose sur deux critères : la présence d'une faculté de médecine et l'éloignement des grands centres (Montréal et Québec). Ainsi, on distingue plusieurs types de régions : régions universitaires, périphériques, intermédiaires et régions éloignées/isolées (tableau I). Dans le cadre de la planification annuelle, chaque région se voit accorder des ressources en fonction de l'ampleur de la pénurie.

Tableau I : Répartition des régions socio-sanitaires du Québec selon leur type

Type de régions	Régions
Éloignées	Bas St-Laurent Abitibi-Témiscamingue Côte-Nord Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
Isolées	Nord-Du-Québec Nunavik Terres-cries-de-la-Baie-James
Intermédiaires	Saguenay-Lac-St-Jean Mauricie et Centre-du-Québec Outaouais
Périphériques	Chaudières-Appalaches Laval Lanaudière Laurentides Montérégie
Universitaires	Capitale-Nationale Estrie Montréal

b) *Description des mesures prises pour influencer la répartition des effectifs médicaux*

Dans ce qui suit, nous nous attarderons plus précisément sur les mesures ayant trait à l'attraction des médecins dans les régions, en distinguant deux vagues correspondant à deux grandes périodes. Comme nous le verrons, si certains changements importants ont été introduits durant la

deuxième vague, on constate néanmoins une certaine continuité au niveau des mesures prises. Au Québec, ces mesures ont surtout porté sur : la formation, les incitatifs (positifs et négatifs), le support. Notons que la sélection des candidatures à l'entrée en médecine en fonction de certaines variables individuelles susceptibles d'influencer le lieu de pratique, a été peu mise en œuvre.

Première vague de mesures (1975 à 2004) : la politique de l'incitation et de la sanction

L'équité d'accès aux médecins constitue depuis les années 70 une réelle préoccupation.

Dès 1975, le gouvernement du Québec propose un programme de bourses (incitation) pour les nouveaux médecins acceptant de s'installer en régions éloignées des grands centres.

Devant le peu de succès de cette mesure, le gouvernement légifère en 1981 (projet de loi 27). Cette loi établit des tarifs différents [70 % (incitation négative) / 115 % / 120 % (incitation positive)] selon la région d'exercice pour les trois premières années de pratique des nouveaux médecins et prévoit également d'autres incitatifs économiques (incitation) comme des primes d'installation (incitation), des frais de déplacement pour la formation continue (support), des primes d'éloignement (incitation), etc. Octroyés d'abord aux seuls nouveaux médecins, les tarifs bonifiés ont rapidement été généralisés à tous les médecins dans les territoires concernés. Par la suite, est apparue pour certaines régions, une majoration salariale de 25 % à 40 % après quatre ans de pratique médicale (incitation) [18]. Dans l'optique d'offrir aussi du support à la pratique en région, les budgets d'équipement et de fonctionnement des établissements en région se sont vus augmenter pendant les années 80 (support).

En 1986, le gouvernement instaure des bourses-contrats (incitation) offrant aux candidats intéressés des postes contractuels en résidence liés à l'obligation d'exercer en région pendant quatre ans et qui entraînent une pénalité en cas de non respect de l'entente. La mesure est abolie quelques années plus tard sauf pour les médecins immigrants en contrepartie d'un stage (internat) leur permettant éventuellement le droit de pratique au Québec. Selon le rapport de la commission Rochon [19], ces différentes mesures ont produit des résultats limités. Malgré ce constat, la plupart de ces mesures demeurent en place durant les années 1990. Pour améliorer l'équilibre au niveau de la répartition des effectifs, le gouvernement a par ailleurs décrété en 1996 que seule une partie de l'attrition serait remplacée dans les régions universitaires (coercition).

Au-delà de la stratégie d'incitation/sanction, le MSSS a aussi mobilisé, dès 1990, la stratégie de la formation pour susciter de l'intérêt pour la pratique en région. Par le biais de la décentralisation géographique de la formation, et plus précisément par le biais d'une offre de stages dans les établissements de santé en région, on fait en sorte que les étudiants en médecine soient confrontés à la spécificité de la pratique rurale. Les frais (hébergement, transport, allocations) associés à ces stages sont aussi couverts par le MSSS.

De 2004 à nos jours : une combinaison de stratégies gagnantes

En 2004, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux et la FMOQ ont convenu d'une entente [20] selon laquelle tout nouveau facturant ou médecin qui veut changer de région de pratique doit obtenir un avis de conformité du DRMG où il veut s'installer ; lequel avis ne peut être délivré que si la cible du PREM n'a pas été atteinte. Bien entendu, il peut y avoir certaines dérogations (prévues dans l'entente) : lors de ses réunions avec les représentants de tous les DRMG, le COGEMO doit néanmoins rendre des comptes sur ces dérogations et les justifier.

Le médecin ayant obtenu un certificat de conformité auprès d'un DRMG doit s'engager à effectuer (sur une base annuelle), dans le territoire de cette agence, 55 % et plus de sa pratique totale, en termes de journées de facturation. Ce ratio (55 %) a été établi dans le cadre des négociations FMOQ-MSSS. Les parties ont constaté, en analysant des données sur les pratiques médicales, que la très grande majorité des médecins travaillaient dans une seule région. Dans ce contexte, puisque le principe mis en avant pour déterminer un ratio consistait d'abord à s'assurer qu'un médecin qui s'installe dans une région y pratique majoritairement, la FMOQ a demandé à ce que le taux soit établi à 55 % de manière à assurer un minimum d'autonomie professionnelle au médecin. La RAMQ s'engage à transmettre les données concernant l'application de cette entente à l'agence concernée et au comité paritaire.

Concernant la rémunération, il est spécifié que si le médecin n'a pas obtenu son avis de conformité, une pénalité de 30 % est appliquée à sa rémunération (incitation négative) associée à sa pratique en cabinet. Par ailleurs, l'entente sur le respect des PREM est accompagnée de l'abolition du décret en regard de l'incitation négative (rémunération réduite dans certaines régions). Des incitatifs sont aussi introduits : 1) une rémunération majorée (incitation) pouvant atteindre 140 % de la rémunération

normale ; 2) des forfaits (incitations) pour certaines régions intermédiaires (20 000 \$) pour les municipalités où les besoins sont criants ; 3) pour les médecins des régions éloignées ou isolées, après chaque période de douze mois d'installation, des séjours en région universitaire (support) (maximum de 20 jours par année, cumulables jusqu'à 80 jours) pour parfaire ses connaissances techniques et professionnelles avec remboursement des frais de transport, jusqu'à concurrence de quatre séjours par année, allocation compensatoire et frais de séjour ; 4) dans le cas des médecins des territoires isolés seulement, une prime (incitation) d'éloignement annuelle (variable) ; 5) Enfin, certaines agences régionales de santé peuvent accorder des primes d'installation et/ou de rétention (de 15 000 \$ à 30 000 \$ selon le secteur d'isolement) à des médecins qui s'installent dans un de ces secteurs (incitations).

Au début des années 2000, on a vu aussi une plus grande avancée dans la décentralisation de la formation. En effet, désormais les étudiants en médecine peuvent effectuer l'ensemble de leur formation en région ; et ce grâce à la création d'un campus universitaire en région. À titre d'exemple, l'université de Montréal offre depuis 2004 un programme de formation en médecine en Mauricie [21], en collaboration avec l'Université de Trois Rivières. D'autres universités initient la même démarche dans d'autres régions. Au milieu des années 2000, en concertation avec l'administration universitaire et en collaboration avec les registraires des universités ayant une Faculté de médecine, il fut aussi convenu d'avantager légèrement les étudiants ayant fait leurs études collégiales¹ en régions éloignées, augmentant ainsi leur chance de franchir la première étape du processus de sélection pour l'entrée en médecine (sélection).

Impact des mesures : bilan

Comme on peut le constater, le Québec utilise depuis plus de 35 ans des stratégies d'incitation et de coercition, les mesures liées à celles-ci étant nombreuses et variées. Il est clair que les mesures de répartition mises en avant de 1975 à 2004 ont donné lieu à des résultats partiels. Ainsi, la rémunération différenciée à la baisse n'a pas produit tous les effets escomptés, les programmes de bourses aux étudiants, de rémunération majorée, etc. instaurés à partir de 1975 ont eu aussi des impacts limités.

Il faut attendre 2004 et l'instauration d'un train de mesures de type incitatif et d'une mesure de nature coercitive, l'entente FMOQ/MSSS sur les PREM, avant de pouvoir enregistrer des résultats plus significatifs. Par exemple, lorsque l'on compare les cohortes d'omnipraticiens de 1997 à 2003 à celles de 2004-2008, l'on constate que la proportion de nouveaux facturants présents dans les régions éloignées et isolées et dans les régions intermédiaires a augmenté respectivement de près de 20 % et de 76 % alors que celles des régions périphériques et universitaires ont diminué toutes les deux de 21 % [22]. De même, ce sont ces mêmes régions intermédiaires, éloignées et isolées qui ont connu une croissance en équivalent temps plein (ETP) supérieure à la moyenne québécoise durant cette période. On peut même noter que le nombre d'omnipraticiens *per capita* dans les régions éloignées/isolées est supérieur en 2008 à la moyenne canadienne [23]. Rien cependant ne permet d'établir que seule la nouvelle entente sur les PREM est la cause de ces changements. Ainsi, on ne peut départager l'effet des mesures puisque celles-ci sont offertes simultanément.

Ces résultats positifs obtenus sont remarquables, sachant que l'on aurait pu s'attendre à ce que le problème de répartition des médecins s'aggrave dans un contexte de pénurie.

Comment peut-on interpréter le plus grand succès de la deuxième vague de mesures concernant la répartition des effectifs ? Notre hypothèse est que l'intervention mise en place prend davantage acte de la complexité du problème. Nous nous proposons dans ce qui suit d'en faire la démonstration en passant en revue les différents aspects de la complexité (dépendance au chemin emprunté, cohérence interne des mesures et cohérence par rapport à l'environnement externe).

- dépendance au chemin emprunté : l'analyse longitudinale des mesures mises en place et de leurs effets nous laisse penser que les choix adoptés à un moment donné peuvent influencer le cours des choses, et ce aussi bien au niveau de l'intervention, du contexte que des effets. À titre d'exemple, l'implantation dans les années 80 de la table de concertation réunissant les différentes parties prenantes (ministère, syndicats des médecins, facultés de médecine), au-delà de son rôle très positif, aurait fait en sorte de fragiliser au Québec le pouvoir du ministère. Désormais, celui-ci doit composer avec le pouvoir des facultés de médecine. Ceci s'est traduit entre autres, par une certaine perte de contrôle sur le ratio omnipraticiens /spécialistes, sachant que les facultés de médecine sont parfois beaucoup plus intéressées à former des spécialistes [24]. Cela a conduit à faire perdurer la pénurie de médecins au Québec, pénurie

¹ Au Québec, l'enseignement collégial correspond à un niveau d'enseignement situé entre l'enseignement secondaire et l'enseignement universitaire.

qui a probablement amené une prise de conscience quant à l'importance d'agir et de répartir les ressources disponibles. D'un autre côté, la mise sur pied de cette structure a permis à travers le temps l'émergence d'un dialogue constructif et d'un apprentissage collectif, qui a été à l'origine notamment d'une utilisation accrue des données probantes.

- des gains en matière de cohérence : les efforts déployés par les comités pour estimer de façon plus rigoureuse les besoins, tout en maintenant un dialogue entre les différentes parties prenantes, font en sorte que la coercition (l'exercice conditionné par l'obtention d'un avis de conformité) devient plus acceptable. Le suivi assuré quant au respect des PREM grâce aux données de la RAMQ rend aussi la mesure plus effective. On peut aussi inférer que la juxtaposition de stratégies de formation à des stratégies incitatives confère une certaine efficacité à ces dernières puisque les médecins sont désormais mieux préparés pour exercer dans les régions. Si les mesures mises en place jusqu'à aujourd'hui gagnent en cohérence, on peut néanmoins penser qu'il y a encore de la place pour de l'amélioration. Entre autres, on doit se rappeler que le financement des services médicaux n'est pas décentralisé au Québec ; ce qui limite le pouvoir des régions et les prive de la possibilité de mettre en œuvre des incitatifs très opérants (le paiement des ressources médicales).
- l'effet du contexte (contingence) : l'examen de l'expérience québécoise révèle l'influence du contexte sur les interventions. En effet, on peut penser que la compétition exercée par les autres provinces canadiennes et le contexte de pénurie expliquent en partie la difficulté de maintenir dans le temps une rémunération différenciée (pénalités dans certaines régions). De même, la décentralisation aux régions du financement des services médicaux en fonction des besoins, qui, comme nous l'avons mentionné, pourrait aider à assurer une meilleure répartition des ressources, est difficile au Québec en raison du pouvoir médical qui n'est pas en faveur d'une telle décentralisation.

Au-delà de l'influence du contexte sur l'intervention, on peut aussi poser des hypothèses quant à l'influence du contexte sur l'effet des mesures. Selon l'opinion des experts consultés dans le cadre de notre étude, au moins deux facteurs contextuels auraient contribué à l'amélioration de la situation depuis 2004. Il s'agit du renforcement du pouvoir des DRMG reposant sur l'influence des pairs et de l'implication croissante des associations régionales de la FMOQ qui permet de faire entendre la voix des régions.

Au total, notre interprétation de l'expérience du Québec en matière de répartition des effectifs médicaux nous amène à penser que l'amélioration observée dans le temps résulte de l'effet du temps, du contexte et du renforcement de l'interdépendance entre les mesures.

Discussion

À travers ce texte, nous avons proposé une autre vision théorique et pratique du problème de répartition des effectifs médicaux qui prend en considération sa complexité. Désormais, la résolution de ce problème requiert la mise en place d'un ensemble de mesures cohérentes entre elles et avec le contexte. Il ne s'agit donc plus d'activer un levier en particulier et ou d'appliquer une recette qui, soit disant, a fait ses preuves. Cet article a surtout insisté sur la complexité des interventions susceptibles d'attirer les médecins dans les régions moins desservies. Nous avons, en effet, choisi de ne pas traiter l'autre pendant du problème, à savoir la rétention des médecins en régions, qui aussi est difficile à résoudre pour les décideurs. À titre d'illustration, l'expérience du Québec, montre que le bilan migratoire dans certaines régions est négatif dans la mesure où le nombre de médecins quittant ces régions est supérieur à celui des médecins qui s'y installent [25]. Tout porte à croire que le phénomène de rétention est différent de celui de l'attraction, sachant que d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Cutchin [26] émet l'hypothèse par exemple que la décision de rester en région est plus influencée par l'expérience vécue par le médecin que par des facteurs prédéterminés. Les études suggèrent aussi que la rétention d'un médecin en région est un phénomène complexe. Certains auteurs proposent d'ailleurs d'aller au-delà du concept de satisfaction, jugé statique pour comprendre ce phénomène. La prise en compte de la complexité du phénomène requiert de saisir comment une configuration de facteurs permet la concrétisation de trois domaines d'intégration [26], renvoyant : au « moi conscient », à la communauté médicale, et à la communauté rurale dans son ensemble. Ainsi au niveau du premier domaine, plusieurs composantes peuvent influencer l'intégration, telles que l'expérience de la ruralité, le rôle de mentors, le parcours éducatif, les affiliations sociales, les appartenances institutionnelles, les valeurs, les aspirations, etc. Des variables institutionnelles (tels que les formes de pratiques (de groupe, en solo, etc.), la taille et le pouvoir de l'institution, notamment de l'hôpital, en présence, etc.) et les

caractéristiques des médecins (leur idéologie, leur profil démographique, niveau de coopération) peuvent favoriser une intégration au niveau de la communauté médicale. Le dernier domaine d'intégration est influencé par la situation économique, le degré d'implication citoyenne, la disponibilité de ressources telles que l'expertise et les structures, etc. En définitive, c'est l'interaction entre différents facteurs qui donne lieu à un processus d'intégration réussi, d'où la complexité de ce processus.

En prenant acte de la difficulté de trouver une solution simple au problème de répartition de la main d'œuvre médicale, nous sommes d'autant plus convaincus que les décideurs auront avantage à envisager d'autres alternatives pour améliorer l'équité d'accès aux services médicaux, notamment en tirant profit de nouvelles formes d'organisation du travail et ou des technologies de l'information. Ainsi, la télémédecine et le renforcement du rôle de l'infirmière pourraient constituer des alternatives intéressantes : néanmoins, il faut savoir que l'implantation et la mise en œuvre de ces mesures soulèvent aussi de nombreux enjeux [27].

La lecture proposée dans cet article du phénomène d'attraction et de rétention des médecins en région se démarque de celle défendue par une certaine école de pensée. Notre vision vise à offrir une lecture plus fine de ces phénomènes. Il serait intéressant de poursuivre ces travaux, d'une part, en évaluant les retombées des mesures de la deuxième vague adoptées au Québec sur une plus longue période, sachant que certains effets sont susceptibles de se produire à plus long terme. D'autre part, il serait utile d'examiner aussi les effets de ces mesures au-delà de leur impact sur l'attraction : dans quelle mesure, ces leviers donnent-ils lieu à des effets pervers par exemple ? Enfin, la validité interne et externe de ce type d'études serait certainement renforcée en se basant sur des études de cas multiples correspondant à différentes expériences nationales. En effet, une telle comparaison permettrait de montrer comment différents contextes en interaction avec une combinaison de mesures peuvent produire des effets différents. Certes, dans un certain sens, la prise en compte de la perspective de la complexité dans l'analyse des problèmes de répartition des effectifs médicaux complique la prise de décision puisqu'elle nous invite à adopter une vision plus relative des évidences scientifiques ; celles-ci ne pouvant être que contextuelles. Cela étant, selon nous, c'est la condition pour espérer aboutir à des solutions plus efficaces à ces problèmes qui perdurent et qui touchent de nombreux pays.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Gladu FP. La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec. Peut-on y remédier? *Can Fam Physician*. 2007;53(11):1858-60.
2. Guttmann A, Shipman SA, Lam K, *et al*. Primary care physician supply and children's healthcare use, access and outcomes: findings from Canada. *Pediatrics*. 2010;125(6):1119-26.
3. Pong RW. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. *Hum Resour Health*. 2008;6:7.
4. Boukus ER, Cassil A, O'Malley AS. A Snapshot of U.S. Physicians: Key Findings from the 2008 Health Tracking Physician Survey. Center for studying Health System Change, Data Bulletin. Septembre 2009;(35):1-11. Available from: <<http://www.hschange.com/CONTENT/1078/1078.pdf>>.
5. Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *CMAJ*. 2008;178(3):322-5.
6. Bourque Y, Mousquès J, Marek A, *et al*. Améliorer la géographie des médecins : les mesures adaptées en France. *Questions d'économie de la santé*. 2007;(122).
7. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris : La Documentation Française ; 2010.
8. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:12.
9. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, *et al*. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009;9(2):1060.
10. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S, *et al*. Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD005314.
11. Callaghan G. Evaluation and negotiated order: developing the application of complexity theory. *Evaluation*. 2008;14(4):399-411.
12. Chen H, The roots of theory driven evaluation: current views and origins. *In*: Alkin MC, ed. *Evaluation roots: tracing theorists views and influences*. Thousand Oaks (USA): Sage Publications; 2004:132-52.
13. Touati N, Pineault R, Champagne F, *et al*. Evaluating service organization models: the relevance and methodological challenges of a configurational approach. A theoretical discussion drawing on the evaluation of primary healthcare models. *Evaluation*. 2009;15:375-401.
14. Touati N, Suárez-Herrera JC. L'évaluation des interventions complexes : quelle peut être la contribution des approches configurationnelles ? *Can J Program Eval*. 2011;26(3):17-35.
15. Stake RE. *The art of case studies*. Thousand Oaks (USA): Sage; 1995.
16. Hall EM, ed. Commission royale d'enquête sur les services de santé. Volume I. Ottawa : imprimeur de la Reine : 1964.
17. Piché J. Les plans régionaux pour la répartition de l'effectif médical en médecine familiale. Principes et méthodes. Calgary (Canada) : Atelier sur la modélisation pour la planification des ressources ; 27 avril 2010.

18. Fournier MA. Les politiques de main d'œuvre médicale au Québec : bilan 1970-2000. *Ruptures*. 2001;7(2):79-98.
19. Rochon J. Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux. Québec; 1988.
20. Régie de l'assurance-maladie du Québec. Ententes particulières MSSS-FMOQ. Brochure No1- Omnipraticiens. Mise à jour Juin 2012 [internet]. Québec : RAMQ; 2012. Available from : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/007_enten_particu_entente_omni.pdf>
21. Sauvé MR. 15 % plus de médecins s'installent en Mauricie. Montréal (Canada) : Université de Montréal, Synapse. Décembre 2007.
22. Dulude S, Cassavant M. Les PREM un premier bilan du chemin parcouru. Montréal (Canada) : FMOQ; 2009. p. 15.
23. Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2009. Ottawa (Ont.): ICIS; 2010.
24. Rodriguez C, Tellier PP, Belanger E. Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a Canadian case study. *Educ Prim Care*. 2012;23:158-68.
25. Leduc N, Bilodeau H. La pratique médicale en régions éloignées : déménager ou rester là ? Le point en administration de la santé et des services sociaux. 2006;2(1):29-31.
26. Cutchin, MP. Community and self: concepts for rural physician integration and retention. *Soc Sci Med*. 1997;44(11):1661-74.
27. D'amour D, Tremblay D, Proulx M. Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Rech Sociogr*. 2009;50(2):301-20.