

**AMENER LA RELÈVE MÉDICALE À  
NOS RÉGIONS: COMMENT  
VALORISER LA PRATIQUE DE LA  
MÉDECINE EN RÉGION AU QUÉBEC**



Rédigé dans le cadre de la Journée d'Action politique 2020  
Fédération médicale étudiante du Québec

*Mémoire rédigé dans le cadre de la Journée d'action politique 2020 de la Fédération médicale étudiante  
du Québec*

Publié le 27 février 2020  
Fédération médicale étudiante du Québec  
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510  
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : [politique@fmeq.ca](mailto:politique@fmeq.ca)

### **Sous la direction de**

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Roxanne St-Pierre Alain, vice-présidente, Fédération médicale étudiante du Québec

### **Rédigé par**

Amanda Barnes Metras, étudiante en médecine, Université Laval

Samuel Bellavance, président, Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke – campus Saguenay

Imane Benaskour, déléguée aux affaires internationales et communautaires, Fédération médicale étudiante du Québec

Marc-Alexandre Binette, étudiant en médecine, Université de Sherbrooke

Rachel Côté, vice-présidente aux affaires externes, Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke – campus Saguenay

Jad El-Hajj Sleiman, vice-président aux affaires externes, Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

Delphine Hansen-Jaumard, étudiante en médecine, Université McGill

Olivier Houle, vice-président aux affaires pédagogique, Association générale étudiante en médecine de l'Université de Sherbrooke – campus Saguenay

Félix Larochelle-Brunet, vice-président aux affaires externes, Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Isabelle Tapp, vice-présidente aux finances, Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

### **Révision et mise en page**

Francine Auger, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec

Jimmy Chau, délégué aux communications, Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Roxanne St-Pierre Alain, vice-présidente, Fédération médicale étudiante du Québec

### **Remerciements**

Gérard-D Boulanger, directeur adjoint aux affaires médicales, Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

## Table des matières

INTRODUCTION.....	7
ÉTAT ACTUEL DES SOINS DE SANTÉ EN RÉGION .....	8
PROFIL DES MÉDECINS QUI CHOISISSENT LA RÉGION .....	13
Provenir de la région.....	13
Intérêt pour la médecine familiale .....	14
EXPOSITION À LA MÉDECINE EN RÉGION DANS LE CURRICLUM MÉDICAL.....	17
Importance de l'exposition à la région.....	17
Campus délocalisés.....	19
Stages en région dans le programme de doctorat en médecine .....	21
SARROS .....	22
Stages en région à la résidence .....	23
Solutions pour augmenter l'exposition à la région dans le cursus .....	25
PROGRAMMES POUR VALORISER LA PRATIQUE EN RÉGION CHEZ LES MÉDECINS EN PRATIQUE.....	27
Ententes ministérielles et bonification salariale pour la médecine de famille.....	27
Ententes ministérielles et bonification salariale pour les spécialistes.....	29
SARROS .....	30
Solutions pour augmenter l'attrait en région.....	30
ORGANISER LES SOINS EN RÉGION POUR LES RENDRE ATTRAYANTS .....	32
Conditions de rétention en région.....	32
Favoriser les initiatives régionales.....	33
Gestion des ressources .....	34
Formation continue des médecins.....	35
CONCLUSION.....	38
ANNEXE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ENVERS LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGION .....	40
Méthode.....	40
Caractéristiques des répondants.....	40
Analyse des données .....	44
Discussion .....	50
Limites de l'étude.....	52
Conclusion.....	53
BIBLIOGRAPHIE .....	54

## PRÉSENTATION DE LA FMEQ ET D'IFMSA-QUÉBEC

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et six campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organe et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.



## INTRODUCTION

Le Québec possède un immense territoire, plus grand que celui de nombreux pays. De l'Abitibi-Témiscamingue aux Îles-de-la-Madeleine, en passant par le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, l'Outaouais et la Gaspésie, la population québécoise se retrouve dispersée aux quatre coins de la province. Plusieurs centaines de milliers d'habitants vivent à l'extérieur des grands centres urbains que l'on retrouve dans le corridor entre Montréal et Québec. Malheureusement, pour ces individus habitant en région, les soins de santé sont parfois difficilement accessibles. Alors qu'en 2015, 19 % de la population du Québec vivait en région, seuls 9,2 % des médecins y pratiquaient<sup>1</sup>.

Plusieurs facteurs expliquent qu'actuellement, l'accès à des soins de qualité est difficile dans de nombreuses régions éloignées de la province. Au-delà de l'organisation des soins qui doit s'adapter aux réalités locales, une partie du problème réside dans la difficulté d'attirer des médecins dans ces zones. Ce manque d'attrait auprès des médecins est multifactoriel, la démographie des étudiants sélectionnés pour débiter les études médicales étant entre autres en cause. Les centres de formation de la relève médicale étant majoritairement en milieu urbain, les diplômés en médecine ont peu d'exposition au modèle de pratique de la médecine en région, alors que le modèle des hôpitaux universitaires est celui qui est le plus fréquemment présenté aux étudiants.

De plus, certains préjugés face à la pratique de la médecine en région circulent au sein de la communauté médicale. Les conditions de travail ne seraient pas toujours faciles pour les médecins en région : considérant le bassin de population plus petit à desservir, il arrive qu'un médecin se retrouve à être le seul à pratiquer dans un secteur donné. Il en résulterait que ces médecins sont souvent surchargés, étant de garde continuellement, et par conséquent, ils manquent de temps pour réussir une conciliation travail-famille.

Il importe de mettre en place des mesures pour favoriser l'attrait des régions auprès des diplômés en médecine, mais également auprès des médecins en pratique. La population québécoise est en droit de recevoir des soins de qualité, peu importe où elle réside. Pour garder la vitalité dans nos régions, nous nous devons d'offrir des services de santé équivalents peu importe où l'on se trouve dans la province.

Par la présente, nous souhaitons donc exposer les différents déterminants qui amènent un médecin à travailler en région, de manière à pouvoir miser sur ceux-ci dans le recrutement de la relève médicale. Les différents programmes existant au Québec et ailleurs, ayant pour but d'atteindre une hausse de couverture en région, seront analysés pour permettre d'avoir une meilleure vision de ce que le gouvernement doit mettre en place pour améliorer la situation. Nous espérons que le Québec saura s'inspirer de telles pratiques pour améliorer les soins donnés à notre population.

---

<sup>1</sup> Mylène Lévesque et al., « Physician perceptions of recruitment and retention factors in an area with a regional medical campus », *Canadian Medical Education Journal* 9, n°1 (2018): e74-83, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104334/pdf/CMEJ-9-e074.pdf>.

## ÉTAT ACTUEL DES SOINS DE SANTÉ EN RÉGION

Depuis l'époque de l'urbanisation, la réalité rurale du Québec a évolué ; aujourd'hui, une proportion de 19,4 % de la population réside en milieu rural contre 80,6 % en ville<sup>2</sup>. Plus précisément, l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) divise le territoire rural en trois zones d'influence métropolitaine (ZIM), soit faible ou nulle, modérée ou forte en fonction de la force des liens qui relie une localité avec une zone urbaine<sup>3</sup>. Cette classification de l'INSPQ permet de reconnaître une disparité dans l'accès aux soins et dans les conditions sociosanitaires des populations vivant en région, en particulier dans les ZIM faibles ou nulles et modérées. En effet, la situation de santé dans ces différentes régions apparaît défavorable en comparaison au reste du Québec, tant au niveau des décès par maladie cardiaque ou vasculaire, par maladie pulmonaire chronique et cancer du poumon, par mortalité infantile ou encore par suicide. À titre d'exemple, entre 2005 et 2008, le taux de mortalité annuel par maladie de l'appareil respiratoire était de 64 pour 100 000 habitants à l'échelle nationale, mais s'élevait à 75 au Bas-Saint-Laurent, 79 sur la Côte-Nord, 119 aux Terres-Cries de la Baie-James et 336 pour 100 000 habitants au Nunavik<sup>4</sup>. Ce constat met donc en lumière que malgré une population moins dense en région, les besoins en santé publique et en soins curatifs sont bel et bien existants et nécessaires et se doivent d'être comblés afin d'éviter de renforcer les inégalités actuelles de santé à même le territoire du Québec.

Face à cette réalité d'étalement géographique important, le gouvernement du Québec a décidé de mettre en place une politique pour favoriser une meilleure distribution des services médicaux à travers la province. Ainsi, les droits de pratique pour les médecins au Québec sont répartis en fonction de postes alloués selon les Plans Régionaux d'Effectifs Médicaux (PREMs) pour les médecins omnipraticiens et les Plans d'Effectifs Médicaux (PEMs) pour les spécialistes. Les PEMs et les PREMs sont répartis par CISSS/CIUSSS selon les régions sociosanitaires et sont déterminés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces plans déterminent le nombre de médecins de famille et de médecins de chacune des spécialités ayant droit de travailler dans les différents CISSS/CIUSSS de la province. Un médecin qui déciderait de travailler dans une région sans avoir obtenu un avis de conformité se verrait alors pénalisé au niveau de son salaire versé par la RAMQ.

Le Québec est divisé en 18 régions sociosanitaires (ci-après « RSS »), représentant un regroupement géographique d'un ou plusieurs CISSS/CIUSSS. Parmi ces 18 RSS, dix sont désignées comme intermédiaires ou éloignées et huit sont désignées comme régions universitaires ou périphériques<sup>5</sup>. Il convient de souligner que les RSS 17 et 18 (Nunavik et Terres-Cris-de-la-Baie-James) sont fréquemment exclus des analyses statistiques en raison de leurs particularités socio-géographiques et qu'une paucité de littérature existe sur leur réalité en termes d'accès à des soins de santé.

---

<sup>2</sup> Statistique Canada, « La population rurale du Canada depuis 1851 », 2018, [https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003\\_2-fra.cfm](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003_2-fra.cfm).

<sup>3</sup> Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), « Milieux ruraux et urbains : quelle différence de santé au Québec? », 16 mai, 2019, <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/milieux-ruraux-urbains>.

<sup>4</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, *Portrait de santé du Québec et de ses régions* (Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2011), <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-228-03W.pdf>.

<sup>5</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, « Régions sociosanitaires du Québec », 15 novembre, 2018, <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions-sociosanitaires-du-quebec/>.

On subdivise parfois les régions intermédiaires ou éloignées en trois sous-catégories: les régions isolées (des régions difficiles d'accès géographiquement: Nord-du-Québec, Îles-de-la-Madeleine, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James), les régions éloignées (des régions éloignées de grands centres: Bas-Saint-Laurent, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Gaspésie) ainsi que les régions désignées (des régions dont seulement une portion du territoire présente une pénurie: Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais et Laurentides)<sup>6</sup>.

Tableau I : Régions sociosanitaires (RSS) du Québec

Région sociosanitaire (« RSS »)		Désignation
Numérotation	Emplacement géographique	
01	Bas-Saint-Laurent	intermédiaire ou éloignée
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	intermédiaire ou éloignée
03	Capitale-Nationale	universitaire ou périphérique
04	Mauricie et Centre-du-Québec	intermédiaire ou éloignée
05	Estrie	universitaire ou périphérique
06	Montréal	universitaire ou périphérique
07	Outaouais	intermédiaire ou éloignée
08	Abitibi-Témiscamingue	intermédiaire ou éloignée
09	Côte-Nord	intermédiaire ou éloignée
10	Nord-du-Québec	intermédiaire ou éloignée
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	intermédiaire ou éloignée
12	Chaudière-Appalaches	universitaire ou périphérique
13	Laval	universitaire ou périphérique
14	Lanaudière	universitaire ou périphérique
15	Laurentides	universitaire ou périphérique
16	Montérégie	universitaire ou périphérique
17	Nunavik	intermédiaire ou éloignée
18	Terres-Cri-de-la-Baie-James	intermédiaire ou éloignée

<sup>6</sup> SARROS, « Les régions SARROS », 25 février, 2020, <https://www.equipesarros.ca/regions>.

Si l'on compare le nombre de médecins omnipraticiens par 100 000 habitants selon les RSS, on constate que les milieux régionaux ont un ratio plus élevé que les milieux urbains. Cependant, ceci ne reflète pas la réalité socio-sanitaire, car malgré ces résultats statistiques, les régions ont globalement des indicateurs de mortalité tous défavorables lorsque comparés au reste du Québec<sup>7</sup>. Par exemple, la proportion de population ayant une incapacité augmente dans certaines régions du Québec (12,6 %), notamment en Abitibi-Témiscamingue (14,0 %), en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (15,5 %) et en Outaouais (15 %). De la même façon, la prévalence des maladies cardiaques se distingue de façon défavorable de la moyenne québécoise au Bas-Saint-Laurent, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui sont toutes des régions intermédiaires ou éloignées<sup>8</sup>.

En considération de tous ces déterminants de santé qui définissent les régions comme des endroits où les besoins en effectifs médicaux sont cruciaux, les statistiques les plus récentes démontrent pourtant que les besoins de ces populations plus vulnérables sont loin d'être comblés. En effet, les PEMs de 2019 permettent de constater que les postes en médecine spécialisée ont beaucoup plus de difficulté à trouver preneur dans les régions éloignées comparativement aux régions urbaines. L'Abitibi-Témiscamingue arrive grande perdante de ce palmarès dans la dernière année, puisque sur 32 spécialités offertes dans les établissements de son territoire, 22 d'entre elles sont à la recherche de 43 médecins pour combler les postes vacants<sup>9</sup>. La Côte-Nord arrive bonne deuxième dans cette même situation, où 16 des 27 spécialités offertes sont en déficit d'effectifs médicaux, ce qui laisse un total de 36 postes vacants dans cette région<sup>10</sup>. Le Nunavik affiche le même problème, où les deux tiers des spécialités sont à combler et il en va de même avec la Baie-James, où la majorité de ses champs de pratique médicaux n'ont aucun effectif en place<sup>11</sup>. À titre comparatif, le CHU de Québec - Université Laval affiche 33 postes vacants sur 840 places disponibles, ce qui lui confère un taux de postes vacants de 3,93 %. De son côté, avec ses 43 postes à combler sur 177 places disponibles, l'Abitibi-Témiscamingue doit jongler avec un taux de vacance de 24 %<sup>12</sup>.

---

<sup>7</sup> Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), « Milieux ruraux et urbains : quelle différence de santé au Québec ? », 16 mai, 2019, <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/milieux-ruraux-urbains>.

<sup>8</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, *Portrait de santé du Québec et de ses régions* (Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 2011), <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-228-03W.pdf>.

<sup>9</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, *Plans d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité en date du 2020-02-03* (Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2020), [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes\\_specialites\\_2020-02-03.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes_specialites_2020-02-03.pdf).

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> *Ibid.*

Tableau II : Postes vacants aux PEMs en date du 3 février 2020<sup>13</sup>

Région sociosanitaire (« RSS »)		Nombre de postes vacants aux PEMs	Nombre de postes totaux aux PEMs	Pourcentage de postes vacants aux PEMs
Emplacement géographique				
01	Bas-Saint-Laurent	25	259	9,7 %
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	33	325	10,2 %
03	Capitale-Nationale	44	1185	3,7 %
04	Mauricie et Centre-du-Québec	35	485	7,2 %
05	Estrie	19	615	3,1 %
06	Montréal	184	3769	4,9 %
07	Outaouais	36	295	12,2 %
08	Abitibi-Témiscamingue	43	177	24,3 %
09	Côte-Nord	36	106	34,0 %
10	Nord-du-Québec	2	9	22,2 %
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	17	107	15,9 %
12	Chaudière-Appalaches	11	384	2,9 %
13	Laval	13	316	4,1 %
14	Lanaudière	33	380	8,7 %
15	Laurentides	36	416	8,7 %
16	Montréal	61	1041	5,9 %
17	Nunavik	8	18	44,4 %
18	Terres-Cri-de-la-Baie-James	9	20	45,0 %

Ainsi, malgré une planification des effectifs plus élevée par capita qu'en milieu urbain, les effectifs médicaux ne sont visiblement pas au rendez-vous pour combler les places disponibles. Dans la planification quinquennale 2015-2020, la planification des besoins est demeurée stable pour l'ensemble du Québec, avec une légère augmentation pour certaines spécialités en centres universitaires, places qui ont d'ailleurs majoritairement trouvé preneur considérant les statistiques

<sup>13</sup> *Ibid.*

de vacance de postes<sup>14</sup>. Outre cet écart entre les besoins prévus et ceux comblés dans les milieux éloignés, il faut aussi noter que plusieurs postes de médecine en région voient des spécialistes et des omnipraticiens présents seulement quelques semaines par mois. Peu de statistiques et de recherches désignées existent, mais nombre de régions éloignées se plaignent d'une rotation accrue de médecins. Cette constatation peut en outre s'expliquer par la réglementation entourant la mise en application des PREMs/PEMs, qui stipule qu'un médecin doit effectuer un minimum de 55 % de ses actes dans la région désignée par son plan pour être reconnu conforme à ce dernier<sup>15</sup>. Cela veut donc dire qu'un médecin est en droit d'effectuer jusqu'à 45% de ses actes dans d'autres régions que celle qui lui est désignée.

Pourtant, malgré ces nombreuses constatations de pratiques, il demeure encore difficile d'évaluer la situation réelle des effectifs médicaux en place en région vu le manque de statistiques récentes au Québec. À cela, il faut ajouter l'absence de définition légale de « région rurale », ce qui complexifie l'évaluation du besoin de ces milieux. Également, tel que mentionné dans un mémoire précédent de la FMEQ déposé en mars 2017 sur les effectifs médicaux au Québec<sup>16</sup> :

Les portraits statistiques de la saturation des milieux ainsi que de la difficulté des médecins de famille à obtenir un avis de conformité au PREM sont rares. Le nombre de résidents finissant en comparaison avec le nombre de postes offerts n'est pas publié par le MSSS. D'autres phénomènes, comme les postes virtuels, soit des postes qui sont affichés mais que les établissements refusent de combler ainsi que les postes comblés avant d'être offert (sic) à tous les postulants complexifient les analyses statistiques.

Enfin, en ce qui concerne l'affiliation de la population à des médecins de famille, les habitants non-affiliés ruraux sont plus vulnérables que leurs concitoyens urbains malgré des statistiques qui démontrent un taux plus favorable en région par rapport à la moyenne provinciale. Au Québec, en 2017, 79,4 % de la population était inscrite auprès d'un médecin de famille, et les régions en tête étaient le Saguenay-Lac-Saint-Jean avec 90 % et la région de Chaudière-Appalaches avec 90,7 %<sup>17</sup>. Dans les zones éloignées ou isolées, l'absence d'affiliation à un médecin de famille est plus indicative d'un manque d'accès à des soins de santé adéquats, entre autres parce que les modèles d'accès rapide à des soins de santé sans affiliation, par exemple de type « sans rendez-vous » sont presque absents ou considérablement réduits, autant en nombre qu'en horaire dans ces contextes géographiques<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> *Ibid.*

<sup>15</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, « Entente particulière relative au respect des PREM en médecine de famille », 24 mars, 2017, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/entente-particuliere/>.

<sup>16</sup> Fédération médicale étudiante du Québec, *Les effectifs médicaux au Québec : un médecin pour chacun et une place pour chaque médecin*, mars, 2017, <https://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2016/03/M%c3%a9moire-sur-la-gestion-des-effectifs-m%c3%a9dicaux.pdf>.

<sup>17</sup> Institut de la statistique du Québec, « Taux d'inscription auprès d'un médecin de famille selon le sexe et le groupe d'âge, régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2013 à 2017 », 7 novembre, 2018, [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp\\_interreg/tableaux/taux\\_med\\_fam.htm#Ensemble\\_Quebec](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp_interreg/tableaux/taux_med_fam.htm#Ensemble_Quebec).

<sup>18</sup> Josée Gauthier et al., *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées* (Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2009), [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014\\_conditionsaccesservsantecommunrurales.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014_conditionsaccesservsantecommunrurales.pdf).

## PROFIL DES MÉDECINS QUI CHOISISSENT LA RÉGION

### Provenir de la région

Bien que le profil des médecins choisissant la pratique en milieu rural varie, on peut extraire de la littérature certains déterminants qui poussent davantage les médecins à s'éloigner des grands centres. La FMEQ a également sondé ses membres dans le but de confirmer la présence de ces mêmes critères dans la population des étudiants en médecine du Québec<sup>19</sup>.

Parmi ces critères identifiés, il est possible de mentionner le fait de provenir de la région, l'exposition à la pratique en milieu rural au cours de la formation médicale ainsi que l'intérêt pour la médecine de famille<sup>20</sup>. Tout d'abord, concernant l'origine rurale de certains étudiants en médecine, celle-ci peut s'avérer un facteur déterminant dans le choix de la pratique en région lorsque vient le temps pour le médecin de décider de l'endroit de sa pratique. Par exemple, dans une étude réalisée en Australie et publiée en 2003, les médecins de famille qui avaient vécu dans un milieu rural lors de leur dernière année d'école secondaire avaient plus de trois fois plus de chances de se retrouver dans le cadre d'une pratique médicale en milieu rural que leurs homologues venant d'un milieu urbain<sup>21</sup>. De plus, cette même étude montre que les médecins omnipraticiens qui s'installent en région étaient en moyenne 2 ans plus jeunes que leurs confrères médecins en ville, qu'ils étaient davantage de sexe masculin, qu'ils étaient plus susceptibles d'être mariés ou d'avoir un partenaire ainsi que d'avoir des enfants âgés de moins de 18 ans<sup>22</sup>. Pour ce qui est de l'âge des médecins s'établissant en région, une étude canadienne parue en 2018<sup>23</sup> a identifié au contraire un âge plus élevé d'entrée dans un programme de médecine comme étant des variables liées à une pratique en région suivant la résidence ; il semble donc incertain que l'âge des médecins ait un impact significatif sur la volonté de travailler en région.

Le critère comme quoi l'origine des médecins peut influencer le lieu où ils allaient exercer leur profession ainsi que le fait que les hommes semblent se diriger davantage vers une carrière en milieu rural ont également été documentés par une étude transversale concernant les diplômés en médecine de l'Université du Manitoba entre 1969 et 2000. En effet, dans cette étude, on y apprendait que les gradués en médecine ayant grandi en région ont des probabilités plus de huit fois supérieures d'exercer la médecine en région que ceux provenant d'un milieu urbain<sup>24</sup>.

Ces données ont également été retrouvées dans la population québécoise, 90 % des étudiants ayant complété leur secondaire dans une région éloignée disant vouloir pratiquer dans une de ces régions éloignées, contre 28 % pour les étudiants ayant complété leur secondaire dans une région urbaine. Cependant, nos données ont montré que les femmes avaient un plus grand intérêt envers la

<sup>19</sup> Voir annexe 1

<sup>20</sup> Robert B. Tate et Fred Y. Aoki, « Rural practice and the personal and educational characteristics of medical students », *Canadian Family Physician* 58, n°11 (2012): e641-648, <https://www.cfp.ca/content/58/11/e641.long>.

<sup>21</sup> David Wilkinson et al., « Impact of undergraduate and postgraduate rural training, and medical school entry criteria on rural practice among Australian general practitioners: national study of 2414 doctors », *Medical Education* 37, n°9 (2003): 809-814, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01596.x>.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Goldis Mitra et al., « Predictors of rural family medicine practice in Canada », *Canadian Family Physician* 64, n°8 (2018): 588-596, <https://www.cfp.ca/content/64/8/588>.

<sup>24</sup> Robert B. Tate et Fred Y. Aoki, *Loc. cit.*

pratique régionale que les hommes, à 42 % de femmes qui souhaitent travailler en région contre 34 % pour les hommes<sup>25</sup>.

À l'inverse, un des freins à s'installer en région pour certains nouveaux diplômés consiste en l'absence de diversité au niveau des communautés culturelles, contrairement aux grands centres, où on retrouve une plus grande mosaïque culturelle<sup>26</sup>. Pour conclure dans la lignée des déterminants du choix de la région selon la littérature, le rôle du conjoint peut avoir une influence considérable. Non seulement la provenance d'origine rurale dudit conjoint joue sur l'attraction à l'égard d'une pratique en région éloignée, mais le manque de disponibilités d'emplois convenant à ses attentes et à sa formation peut être un facteur qui incite les jeunes médecins à ne pas s'installer en région.<sup>27</sup>

Dans le but d'augmenter l'accès au programme de médecine pour les étudiants originaires de régions éloignées, les universités québécoises accordent depuis 2003 une bonification de 0,5 point à la cote de rendement collégiale (cote R) pour les candidats originaires de régions éloignées<sup>28</sup>. Les régions éligibles, selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux, sont les suivantes<sup>29</sup>:

- Abitibi-Témiscamingue ;
- Bas-Saint-Laurent ;
- Côte-Nord ;
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ;
- Nord-du-Québec ;
- Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James ;
- Nord de la région des Laurentides (Hautes-Laurentides) ;
- Partie ouest du Saguenay-Lac-Saint-Jean ;
- Parties ouest et nord de l'Outaouais ;
- Partie nord de la Mauricie.

Malgré cette bonification, certains pensent que le fait d'ajouter 0,5 point à la cote R n'est pas suffisant pour permettre aux étudiants de CÉGEPs de région d'être sur un même pied d'égalité que les étudiants de CÉGEPs plus urbains.

## Intérêt pour la médecine familiale

Les médecins qui orientent leur carrière en médecine familiale sont plus susceptibles d'établir leur pratique en région. C'est ce que rapporte Viscomi, Larkins et Gupta dans leur revue systématique

---

<sup>25</sup> Voir annexe 1

<sup>26</sup> Henriette Bilodeau, Nicole Leduc et Nicolas van Schendel, *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec* (Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2006), <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/gris/2921954958.pdf>.

<sup>27</sup> *Idem*.

<sup>28</sup> Bureau de coopération interuniversitaire, *La cote de rendement au collégial : aperçu de son rôle et de son utilisation*, (Montréal : Bureau de coopération interuniversitaire, 2018), 12, [https://www.bci-qc.ca/wp-content/uploads/2018/07/CRC\\_Apercu-Role\\_utilisation-BCI-juillet2018.pdf](https://www.bci-qc.ca/wp-content/uploads/2018/07/CRC_Apercu-Role_utilisation-BCI-juillet2018.pdf).

<sup>29</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Admission en médecine », 6 février, 2017, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/>.

du sujet<sup>30</sup>. Cette revue rapporte plusieurs raisons pour lesquelles les médecins de famille choisissent la pratique en région telles que listées dans le tableau III.

L'étude de la FMEQ arrive à des conclusions similaires. Ainsi, 57 % des étudiants se disant intéressés davantage par la médecine familiale envisagent pratiquer en région dans leur carrière future, contre 29 % chez ceux s'intéressant à une spécialité<sup>31</sup>.

Tableau III : Raisons justifiant le choix de la pratique en région selon les médecins de famille<sup>32</sup>

Raisons	Description
<b>Incitatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incitatifs financiers</li> <li>● Remboursement des frais de scolarité</li> <li>● Vacances payées</li> <li>● Programme d'assistance pour trouver un emploi pour le/la conjoint(e)</li> <li>● Présence de garderies</li> </ul>
<b>Valeur intrinsèque de la pratique en région</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pratique variée et étendue</li> <li>● Besoins de la communauté qui correspondent aux intérêts des médecins</li> <li>● Apprécier le mode de vie en région</li> </ul>
<b>Satisfaction personnelle et professionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Activités récréatives</li> <li>● Remplacement possible pendant les vacances</li> <li>● Heures de travail régulières</li> </ul>
<b>Autres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Qualité des infrastructures et des services</li> </ul>

Quels sont les facteurs les plus importants parmi cette liste ? En 2014, un sondage effectué auprès de 1165 médecins de famille pratiquant en milieu rural en Australie a révélé que la facilité d'accès à un remplacement pendant les vacances serait le facteur le plus incitatif à la rétention des médecins de famille en région, suivi par les incitatifs financiers<sup>33</sup>.

Qu'en est-il du recrutement des médecins spécialistes en région ? Avant tout, il faut reconnaître que la médecine familiale est plus facilement exportable en région et que les opportunités de poste y sont plus nombreuses. Au contraire, certaines spécialités médicales n'ont tout simplement pas les mêmes opportunités de pratique en milieu rural<sup>34</sup>. Par exemple, des spécialités comme la neurochirurgie exigent des plateaux techniques très sophistiqués et plusieurs milieux n'ont pas les ressources nécessaires pour accueillir de telles spécialités. De plus, le nombre de patients qui

<sup>30</sup> Marco Viscomi, Sarah Larkins et Tarun S. Gupta, « Recruitment and Retention of General Practitioners in Rural Canada and Australia: A Review of the Literature », *Canadian Journal of Rural Medicine* 18, n°1 (2013): 13-23, <https://spsc.ca/resources/Documents/CJRM/vol18n1/pg13.pdf>.

<sup>31</sup> Voir annexe 1.

<sup>32</sup> Marco Viscomi, Sarah Larkins et Tarun S. Gupta, *Loc. cit.*

<sup>33</sup> Jinhu Li et al., « Retaining Rural Doctors: Doctors' Preferences for Rural Medical Workforce Incentives », *Social Science & Medicine* 121 (2014): 56-64, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.053>.

<sup>34</sup> Robert B. Tate et Fred Y. Aoki, *Loc. cit.*

bénéficieraient de ces spécialités est parfois insuffisant en région, ce qui rend l'implantation de celles-ci plus difficilement justifiable auprès du gouvernement.

En somme, voici les conclusions que nous tirons de ces facteurs prédictifs d'une pratique médicale en région :

- Nous aurions avantage à augmenter le nombre d'admission d'étudiants provenant de la région. Il s'agit du meilleur facteur prédictif positif pour que les médecins aillent pratiquer en région. Il serait possible, entre autres, d'augmenter la bonification accordée à la cote R des étudiants ayant complété leur secondaire dans des régions désignées par le MSSS ou bien de créer un contingent d'étudiants provenant de régions désignées.
- Il faut appuyer les facultés ainsi que les autres acteurs pertinents (ex : FMEQ, FMOQ) dans leurs actions en faveur de la valorisation de la médecine familiale, sachant que les médecins de cette spécialité sont plus susceptibles d'aller pratiquer en région. Ce support peut être financier ou au niveau organisationnel.

## EXPOSITION À LA MÉDECINE EN RÉGION DANS LE CURRICLUM MÉDICAL

### Importance de l'exposition à la région

Les étudiants et étudiantes en médecine au Québec ont de plus en plus d'opportunités d'exposition à la pratique en région dans leur cursus universitaire. Les diverses facultés et décideurs politiques ont pris des mesures afin d'augmenter cette exposition soit par le développement de campus délocalisés, de stages à l'externat, de stages SARROS ou de résidence en région.

L'exposition à la médecine en région dans le cadre des études médicales postdoctorales, soit lors de la résidence, peut peser dans la balance lorsque vient le temps, pour le médecin, de choisir son milieu de pratique. En guise d'exemple, lors de l'année scolaire 2010-2011, un questionnaire a été envoyé à des résidents de l'Université de Calgary étudiant dans une spécialité médicale, à la suite de leur immersion dans un milieu rural. Sans nul doute, les résultats sont révélateurs : 45 % des répondants ont indiqué qu'ils auraient probablement pratiqué dans une communauté régionale avant cette expérience, alors que ce pourcentage a grimpé à 76% à la suite du stage effectué dans des milieux ruraux<sup>35</sup>.

Également, ceux pour qui plus de la moitié de leur résidence s'est déroulée en milieu rural avaient plus de dix fois plus de chances de rester par la suite dans un tel milieu par rapport à ceux qui y ont été exposés moins longtemps<sup>36</sup>. En effet, c'est ce qui ressort d'une étude manitobaine, tout comme le fait que la distance entre l'expérience d'éducation en région et le milieu urbain soit associée à la probabilité d'une pratique rurale ultérieure. Autrement dit, le plus loin de Winnipeg l'expérience rurale de l'étudiant était, le plus probable était que ce dernier pratique la médecine à l'extérieur d'un centre urbain. Qui plus est, la distance était même une variable plus importante que le temps d'exposition en région lors de cette étude quant à la prédiction d'une pratique rurale future<sup>37</sup>. De ce point de vue, ce qui pourrait expliquer le lien entre l'exposition à la médecine en région et la rétention des médecins hors des villes est la meilleure compréhension des étudiants aux aspects socio-culturels d'une médecine en région, qui leur permettront par la suite d'avoir une meilleure intégration dans leur communauté de travail.<sup>38</sup> Donc, en plus de l'exposition en région, il est important pour les facultés de bien identifier les individus avec un intérêt pour la pratique de la médecine en région afin de renforcer cet intérêt<sup>39</sup>.

Plusieurs des facteurs favorisant une pratique rurale mentionnés précédemment ont été combinés dans le *Physician Shortage Area Program* (PSAP) de la faculté de médecine de Jefferson en Pennsylvanie<sup>40</sup>. Afin de répondre au manque de médecins (autant omnipraticiens que spécialistes)

<sup>35</sup> Douglas Myhre et Stacey Hohman, « Going the distance: early results of a distributed medical education initiative for Royal College residencies in Canada », *Rural and Remote Health* 12, n°4 (2012): 1, <https://www.rrh.org.au/journal/article/2151>.

<sup>36</sup> David Wilkinson et al, *Op. cit.*: 811.

<sup>37</sup> Robert B. Tate et Fred Y. Aoki, *Lo. cit.*: e644

<sup>38</sup> Douglas Myhre, Sameer Bajaj et Wes Jackson, « Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review », *Rural and Remote Health* 15, n°3 (2015): 5, [www.rrh.org.au/journal/article/3483](http://www.rrh.org.au/journal/article/3483).

<sup>39</sup> Douglas Myhre, Sameer Bajaj et Wes Jackson, *Loc. cit.*: 10.

<sup>40</sup> Howard K. Rabinowitz et al., « Increasing the supply of rural family physicians: recent outcomes from Jefferson Medical College's Physician Shortage Area Program (PSAP) », *Academic Medicine* 86, n°2 (2011): 264-269, <https://>

de certaines régions plus rurales de la Pennsylvanie, la faculté de Jefferson a mis sur pied le programme PSAP, dont les grandes lignes sont les suivantes : les étudiants admis au programme ont grandi dans un milieu rural ou bien les étudiants désirent travailler dans un milieu rural; pendant le programme de médecine, les étudiants ont des superviseurs pratiquant la médecine de famille; les stages des étudiants se déroulent dans des milieux ruraux et finalement, un montant d'argent supplémentaire leur est accordé, sous forme de prêt à rembourser à la fin de leurs études<sup>41</sup>. Globalement, les résultats obtenus par ce programme sont très positifs : tant au niveau de la médecine de famille que de la médecine spécialisée, les étudiants ayant été recrutés dans un programme tel le PSAP avaient plus tendance à pratiquer en milieu rural. Il semble aussi que le succès rencontré par ce type de programme ne se limite pas qu'à la Pennsylvanie<sup>42,43</sup>. Dans une revue de la littérature parue en 2018 et regroupant des données provenant de 62 études internationales portant sur l'efficacité des programmes valorisant la pratique en milieu rural, *Jonhson et al.* sont arrivés aux mêmes conclusions que le programme PSAP : la présence d'un programme organisé mettant de l'avant des expériences en milieu rural augmente la probabilité que les étudiants aillent pratiquer dans ce type de milieu par la suite. Il faut toutefois souligner que l'intention ou l'intérêt préalable des étudiants à travailler en milieu rural était présente dans neuf des études les plus solides apportées par les auteurs et cette variable semblait avoir plus d'impact sur le milieu de travail qu'un programme mettant de l'avant la pratique en région<sup>44</sup>. Il est donc permis de penser qu'une valorisation systémique de la pratique en milieu rurale, conjuguée avec des expériences de stage, un programme permettant un accès facile à ce type de milieu de pratique et une sélection de candidats provenant des régions ciblées pourraient favoriser la rétention de médecins dans ce type de milieu<sup>45,46,47</sup>.

Les expériences en milieu rural peuvent avoir des impacts non seulement pour l'individu qui y participe, mais également sur ses collègues. Effectivement, les étudiants natifs d'un centre urbain qui ont eu une expérience positive en région dans leur cursus peuvent convaincre leurs collègues à choisir des stages en milieu rural afin de développer de nouvelles connaissances et vivre une nouvelle expérience<sup>48</sup>.

---

journals.lww.com/academicmedicine/  
Fulltext/2011/02000/Increasing\_the\_Supply\_of\_Rural\_Family\_Physicians\_.29.aspx.

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> George E. Johnson, Fredrick Clive Wright et Kirsty Foster, « The impact of rural outreach programs on medical students' future rural intentions and working locations: a systematic review », *BMC Medical Education* 18, n°196 (2018): 1-19, <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1287-y>.

<sup>43</sup> Martin MacDowell, Michael Glasser et Matthew Hunsaker, « A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois », *Academic Medicine* 88, n°12 (2013): 1941-1947, <https://insights.ovid.com/article/00001888-201312000-00039>.

<sup>44</sup> George E. Johnson, Fredrick Clive Wright et Kirsty Foster, *Loc. cit.*

<sup>45</sup> Howard K. Rabinowitz et al., « Increasing the supply of rural family physicians: recent outcomes from Jefferson Medical College's Physician Shortage Area Program (PSAP) », *Academic Medicine* 86, n°2 (2011): 264-269, [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/02000/Increasing\\_the\\_Supply\\_of\\_Rural\\_Family\\_Physicians\\_.29.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/02000/Increasing_the_Supply_of_Rural_Family_Physicians_.29.aspx).

<sup>46</sup> George E. Johnson, Fredrick Clive Wright et Kirsty Foster, *Loc. cit.*

<sup>47</sup> Martin MacDowell, Michael Glasser et Matthew Hunsaker, *Loc. cit.*

<sup>48</sup> Myhre, Douglas, Sameer Bajaj et Wes Jackson, *Loc. cit.*

## Campus délocalisés

Un campus délocalisé se définit comme étant une formation universitaire offerte à l'extérieur du campus principal de l'université<sup>49</sup>. Actuellement au Québec, il existe deux facultés de médecine ayant des campus délocalisés. Tout d'abord, l'Université de Montréal offre depuis 2004 sa formation médicale à son campus délocalisé à Trois-Rivières<sup>50</sup>. L'Université de Sherbrooke, de son côté, offre depuis 2006 sa formation médicale de premier cycle à son campus délocalisé à Saguenay<sup>51</sup> et à Moncton depuis 2003<sup>52</sup>. Cette approche des diverses facultés de médecine devient de plus en plus courante. L'Université McGill va offrir sa formation médicale en Outaouais dès l'automne 2020<sup>53</sup>. En 2019, l'Université Laval a également reçu le feu vert du gouvernement afin d'offrir sa formation médicale à deux différents campus délocalisés, soit Lévis et Rimouski. Les premières cohortes devraient y débiter en 2022<sup>54</sup>. La tendance des diverses facultés de médecine de migrer leur programme de formation médicale vers les milieux régionaux permet certainement de faire découvrir à la communauté étudiante un milieu de pratique différent de celui rencontré dans les grands centres universitaires.

En ce sens, de 2009 à 2016, il a eu au total 439 admissions au programme de médecine au campus Saguenay de l'Université de Sherbrooke<sup>55</sup>. De ce total, 71 % de la cohorte d'étudiant provenait de l'extérieur de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean<sup>56</sup>. Selon les données des lieux de pratique des finissants et finissantes en exercice ayant étudié à son campus au Saguenay, 35 % ont désiré établir leur pratique dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Toutefois, il est important de mentionner qu'aucune donnée disponible ne démontre si cette proportion des finissants pratiquant au Saguenay faisait partie du 29 % des étudiants provenant de la région initialement à l'admission. Un des objectifs du programme de formation médicale à Saguenay (PFMS) est de valoriser la pratique de la médecine en région dans son ensemble. En regardant les statistiques, on remarque bien que les étudiants ayant étudié au campus vont également travailler dans les diverses autres régions du Québec et non uniquement dans les grands centres<sup>57</sup>.

Dans la littérature scientifique, plusieurs études démontrent des bénéfices des études médicales dans un campus délocalisé. En ce sens, une revue systématique réalisée en Alberta a permis de mettre en lumière l'efficacité de ce type d'intervention. L'enseignement médical en milieu délocalisé permet d'exposer les étudiants et étudiantes venant de milieu urbain à la réalité régionale. Cette

<sup>49</sup> Manuel Crespo et al., *L'offre de programmes universitaires des sites hors-campus au Québec : ampleur, logiques décisionnelles et évaluation de ses impacts* (Montréal : Cirano, 2011), <https://core.ac.uk/reader/6514760>.

<sup>50</sup> Faculté de médecine de l'Université de Montréal, « Mauricie », 19 décembre, 2019, <https://md.umontreal.ca/mauricie/>.

<sup>51</sup> Programme de formation médicale à Saguenay, « ACCUEIL », 19 décembre, 2019, <http://www.uqac.ca/medecine/accueil/>.

<sup>52</sup> Université de Moncton, « Historique du CFMNB », 2 février, 2020, <https://www.umoncton.ca/medecine/historique>.

<sup>53</sup> Université McGill, « Bienvenue au Campus Outaouais », 19 décembre, 2019, <https://www.mcgill.ca/ugme/fr/mdcm-et-programmes-doubles/nos-deux-campus/campus-outaouais/bienvenue-au-campus-outaouais>.

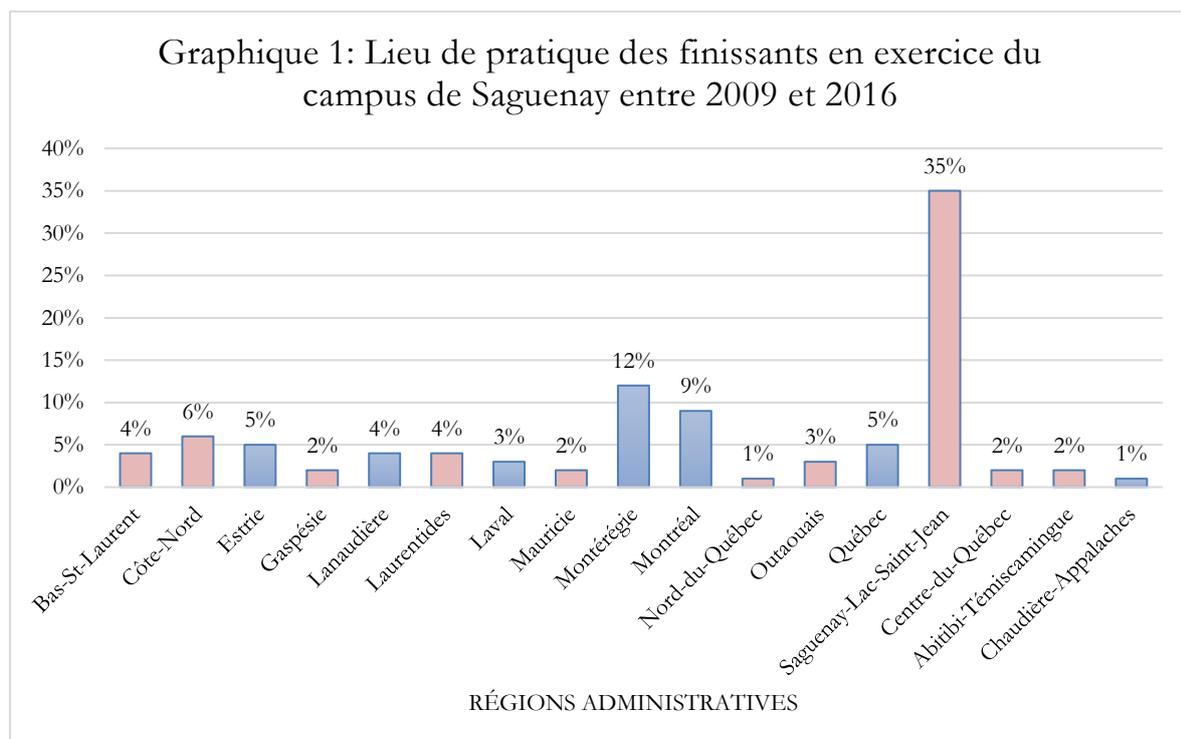
<sup>54</sup> Faculté de médecine de l'Université Laval, « Le doctorat de médecine aussi offert à Lévis et Rimouski dès 2022 », 19 décembre, 2019, <https://www.fmed.ulaval.ca/faculte-et-reseau/a-surveiller/nouvelles/detail-dune-nouvelle/le-doctorat-de-medecine-aussi-offert-a-levis-et-rimouski-des-2022/>.

<sup>55</sup> Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS), *Statistiques cohortes 2006 à 2019*, 21 octobre, 2019.

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> *Ibid.*

nouvelle exposition permet à ces individus d'ouvrir davantage leurs horizons par rapport à une nouvelle réalité. L'apprentissage en milieu rural permet d'apprécier la diversité des patients, cela étant corrélé avec un sentiment plus important de valorisation des étudiants et étudiantes<sup>58</sup>. Toutefois, le succès de ce type de programme est tributaire de divers facteurs, soit la qualité de l'enseignement, le niveau de contact entre l'élève et le tuteur et les accommodements offerts à la communauté d'étudiants. Les cohortes d'étudiants ayant complété leur formation médicale dans un campus délocalisé ont rapporté un plus grand intérêt à poursuivre leur pratique en milieu rural en général. Cette revue réalisée en Alberta note également que les étudiants de milieu urbain ayant étudié en milieu délocalisé ont plus de chance de choisir la médecine familiale comme future carrière<sup>59</sup>.



L'étude « maison » que nous avons effectuée confirme cette tendance. Ainsi, 52 % des étudiants du campus de Saguenay souhaitent définitivement avoir un futur régional, contre 30% pour les étudiants du campus de Sherbrooke qui sont exposés au même cursus si ce n'est qu'à l'exposition de la région. Cette différence est encore plus frappante entre le campus de Trois-Rivières (72 %) et celui de Montréal (27 %). Les étudiants des campus délocalisés ont également davantage tendance à vouloir faire une résidence en médecine familiale en région. Parmi ceux considérant mettre la médecine familiale parmi leurs choix de résidence et dont au moins un des groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U) où ils postulent sera situé en région, 79 % des répondants du campus Saguenay et 75 % de ceux de Mauricie considèrent mettre un GMF-U de région comme premier choix de programme, contre 50 % à Montréal et 42 % à Sherbrooke<sup>60</sup>.

Un autre facteur déterminant pour le recrutement de médecins en région est la durée d'exposition à un milieu rural lors de la formation médicale. Une plus grande durée d'exposition est favorable

<sup>58</sup> Douglas Myrhe, Sameer Bajaj et Wes Jackson, *Loc. cit.*

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> Voir annexe 1.

à la rétention de médecins en région rurale, cela renforçant la pertinence d'ouverture de programme de formation médicale en région<sup>61</sup>.

Un point est en revanche difficile à définir : est-ce que c'est le fait d'étudier dans un campus délocalisé qui augmente la probabilité de travailler en région ou bien les étudiants ayant déjà plus d'affinités avec la pratique en région choisissent-ils davantage les campus délocalisés ? Les deux phénomènes semblent présents. Une certaine proportion d'étudiants veut volontairement étudier dans un campus délocalisé, mais une bonne partie des étudiants des campus délocalisés aurait initialement préféré être au campus principal de leur université. Pour ce dernier groupe d'étudiants, le fait d'étudier dans un campus délocalisé semble être le facteur responsable de leur intérêt à pratiquer en région dans une future carrière.

### Stages en région dans le programme de doctorat en médecine

Les quatre facultés de médecine québécoises offrent la possibilité d'effectuer des stages d'externat en région, tant pour les stages obligatoires que les stages à option, et ainsi d'obtenir une exposition à la pratique en région au cours des études doctorales. Certaines facultés ont également des stages obligatoires en région intégrés au cursus médical. En effet, à l'Université McGill par exemple, les étudiants doivent compléter un stage d'externat obligatoire de quatre semaines en milieu rural<sup>62</sup>. L'Université McGill offre plusieurs sites dans différentes régions de la province où les étudiants peuvent choisir de faire leur stage<sup>63</sup>. En plus du stage obligatoire en médecine familiale, il est possible de compléter des stages en région dans plusieurs spécialités<sup>64</sup>. Du côté de Sherbrooke, les étudiants doivent faire 40 % de leur stage en dehors de leur site d'appartenance, incluant des stages obligatoires en région périphérique offerts dans une variété de milieux<sup>65</sup>. Pour ce qui est de l'Université Laval, les externes doivent compléter un stage obligatoire de médecine familiale en région dans un milieu affilié<sup>66</sup>. L'Université de Montréal offre également une variété de milieux en région pour les étudiants qui souhaitent compléter des stages en médecine familiale<sup>67</sup> et en spécialités<sup>68</sup> hors des centres universitaires urbains. Ces stages en région demeurent toutefois optionnels dans le curriculum de l'Université de Montréal et sont laissés au choix de l'étudiant.

<sup>61</sup> Matthew R. McGrail, Belinda G. O'Sullivan et Deborah J. Russell, « Rural Training Pathways: The Return Rate of Doctors to Work in the Same Region as Their Basic Medical Training », *Human Resources for Health* 16, n°1 (2018): 56, <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0323-7>.

<sup>62</sup> Département de médecine de famille de l'Université McGill, « Stage à l'externat en médecine familiale », 22 décembre, 2019, <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/formation/predoctoral/externat>.

<sup>63</sup> Département de médecine de famille de l'Université McGill, « Milieux de stage en région », 22 décembre, 2019, <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/sites-denseignement/sites-ruraux>.

<sup>64</sup> Formation médicale décentralisée de l'Université McGill, « Milieux ruraux par spécialité », 22 décembre, 2019, <https://mcgill.ca/med-dme/fr/milieux-de-formation/en-region-par-specialite>.

<sup>65</sup> Université de Sherbrooke, « Lieux de stages - département d'obstétrique et de gynécologie », 22 décembre 2019, <https://www.usherbrooke.ca/dep-obstetrique-gynecologie/programmes/etudes-medicales-predoctorales/externat/lieux-de-stages/>.

<sup>66</sup> Université Laval, « Stage de médecine familiale en région (Externat) », 22 décembre, 2019, <https://www.ulaval.ca/les-etudes/cours/repertoire/detailsCours/med-3500-stage-de-medecine-familiale-en-region-externat.html>.

<sup>67</sup> Université de Montréal, *Milieux disponibles pour les stages en médecine de famille*, 22 décembre, 2019, [https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/stage\\_a\\_option\\_medecine\\_familiale.pdf](https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/stage_a_option_medecine_familiale.pdf).

<sup>68</sup> Université de Montréal, *Répertoire des stages à option*, 22 décembre, 2019, [https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/repertoire\\_stages\\_option\\_externat.pdf](https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/repertoire_stages_option_externat.pdf).

L'Université de Montréal est donc la seule université sans stage obligatoire en région durant son externat. C'est peut-être ce qui explique que le campus de Montréal est celui où le moins de répondants veulent pratiquer en région, avec 27 % des répondants. Cependant, les universités de Sherbrooke - campus Sherbrooke et McGill ne s'en sortent pas beaucoup mieux, avec respectivement 30 % et 31 % des répondants souhaitant pratiquer en région. L'Université Laval fait mieux, avec 48 % des répondants<sup>69</sup>.

Pour favoriser les stages en région durant l'externat en médecine, le MSSS a mis en place le Programme de formation décentralisée. Ce programme permet aux étudiants de se voir rembourser leurs frais de transport, de subsistance et d'hébergement (si celui-ci n'est pas fourni) par l'établissement de santé où ils font leur stage si celui-ci se situe en région. Pour être éligible, un externe doit effectuer un stage d'un minimum de trois semaines dans un établissement situé à plus de 50 km d'une faculté de médecine et séjourner dans la région durant son stage<sup>70</sup>. En revanche, ces compensations sont peu publicisées auprès des étudiants, qui ignorent souvent leur existence.

Les quatre facultés du Québec offrent également la possibilité à leurs étudiants de faire l'externat longitudinal intégré (ELI) et ainsi de se centraliser dans un hôpital en région pendant toute la durée de leur externat. Plutôt que d'effectuer des stages de quelques semaines dans différents hôpitaux, les étudiants qui font l'ELI sont basés dans un hôpital et sont exposés à diverses spécialités simultanément tout au long de leur externat, tout en ayant une exposition continue à la médecine familiale. Celui-ci permet aux externes d'avoir une exposition précoce et longitudinale à la pratique en région<sup>71</sup>. L'Université Laval, l'Université McGill<sup>72</sup>, l'Université Sherbrooke<sup>73</sup> et l'Université de Montréal<sup>74</sup> ont toutes l'externat longitudinal intégré offert dans différents milieux en région.

## SARROS

Le programme SARROS, acronyme pour « Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes », offre des stages d'été d'observation rémunérés aux étudiants en médecine dans douze régions sélectionnées. Tous les étudiants en médecine de la province sont éligibles pour les stages, et ce, dès leur première année d'étude en médecine. Cette exposition à la pratique en région permet aux étudiants de découvrir les défis et les avantages de cette pratique dans la région de leur choix, tout en intégrant une équipe médicale pour l'été. Certains milieux de stage permettent également de jumeler une expérience en recherche à l'exposition clinique<sup>75</sup>. En

---

<sup>69</sup> Voir annexe 1.

<sup>70</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de gestion : Formation médicale décentralisée*, 21 décembre, 2019, <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/52/79/2018-2019-cadre-de-gestion-officiel.pdf>.

<sup>71</sup> Faculté de médecine de l'Université Laval, « Guide de développement et gestion d'un ELI », 22 décembre, 2019, <https://www.fmed.ulaval.ca/fileadmin/documents/faculte-reseau/documents-officiels-et-promotionnels/documents/guide-eli-ul.pdf>.

<sup>72</sup> Faculté de médecine de McGill, *Externat intégré*, 11 septembre, 2014, [https://www.mcgill.ca/ugme/files/ugme/depliant\\_externat\\_integre\\_aout\\_2015.pdf](https://www.mcgill.ca/ugme/files/ugme/depliant_externat_integre_aout_2015.pdf).

<sup>73</sup> Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, *Programme de doctorat en médecine*, 22 décembre, 2019, [https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/fileadmin/sites/doctorat-medecine/images/Agrement\\_2019/presentation\\_prog-md\\_2017\\_vf.pdf](https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/fileadmin/sites/doctorat-medecine/images/Agrement_2019/presentation_prog-md_2017_vf.pdf).

<sup>74</sup> Faculté de médecine de l'Université de Montréal, *La médecine à dimension humaine !* 12 décembre, 2017, [https://admission.umontreal.ca/fileadmin/fichiers/4-\\_11h05\\_-\\_La\\_medecin\\_dimension\\_humaine\\_Campus\\_UdeM\\_en\\_Mauricie.pdf](https://admission.umontreal.ca/fileadmin/fichiers/4-_11h05_-_La_medecin_dimension_humaine_Campus_UdeM_en_Mauricie.pdf).

<sup>75</sup> SARROS, « Le stage d'été SARROS », 21 décembre, 2019, <https://www.equipesarros.ca/stage>.

plus d'être rémunérés, les participants ont droit à des remboursements pour leurs frais de transport, de subsistance et de logement<sup>76</sup>.

Une tournée provinciale est organisée par l'équipe SARROS durant laquelle les étudiants ont l'occasion de rencontrer des représentants de chaque région pour se faire présenter les opportunités qui s'offrent à eux dans les différentes régions<sup>77</sup>. Les facultés de médecine du Québec s'engagent également à faire la promotion de ces stages dans le cadre du Programme de formation médicale décentralisée du Ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>78</sup>. Des vignettes présentant chacune des douze régions offertes sont également disponibles sur le site internet de SARROS. Celles-ci mettent en valeur les avantages de la pratique et attraits des régions en plus de fournir les coordonnées de personnes ressources pour chacune<sup>79</sup>.

Parmi les répondants du sondage de la FMEQ, 78 affirment avoir fait un stage d'été SARROS. 86 % d'entre eux disent que leur intérêt envers une pratique médicale en région a augmenté suivant ce stage<sup>80</sup>. De plus, dans un sondage effectué chez des médecins québécois pratiquant en région en 2018, 53,2 % des répondants ont affirmé que les stages d'été ou d'immersion clinique ont contribué à leur recrutement en région<sup>81</sup>. Cela montre donc la grande efficacité des stages d'été SARROS pour rendre plus attrayante la pratique en milieux régionaux.

Fait à noter : 39 % des répondants anglophones à notre sondage disent ne jamais avoir entendu parler de SARROS, contre 2 % pour les répondants francophones<sup>82</sup>. Cela montre un certain manque de visibilité de cette organisation auprès de la communauté anglophone.

### Stages en région à la résidence

Les quatre facultés de médecine au Québec offrent des programmes d'études postdoctorales d'une durée qui varie entre deux et six ans selon le programme choisi. Rappelons que ces programmes sont réservés aux étudiants ayant complété leur doctorat de premier cycle en médecine.

Les programmes de médecine familiale sont ceux qui font la plus grande promotion de la médecine en région. Ceux-ci sont offerts en entièreté dans certaines régions du Québec. Ainsi, on retrouve des GMF-U, soit des groupes de médecine familiale (GMF) servant à la formation de médecins résidents, dans des régions comme l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides, l'Outaouais, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Gaspésie et la Côte-Nord. Pour les résidents poursuivant leur formation au sein de ces GMF-U, ils sont exposés à la pratique régionale durant la quasi-totalité de leurs deux années de résidence. La formation en médecine familiale a fait ses preuves pour

<sup>76</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de gestion : Formation médicale décentralisée*, 21 décembre, 2019, <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/52/79/2018-2019-cadre-de-gestion-officiel.pdf>.

<sup>77</sup> SARROS, « La tournée des stages d'été », 21 décembre, 2019, <https://www.equipesarros.ca/tournee-des-stages/>.

<sup>78</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de gestion : Formation médicale décentralisée*, 21 décembre, 2019, <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/52/79/2018-2019-cadre-de-gestion-officiel.pdf>.

<sup>79</sup> SARROS, « Les régions SARROS », 21 décembre, 2019, <https://www.equipesarros.ca/regions>.

<sup>80</sup> Voir annexe 1

<sup>81</sup> Sondage SARROS 2018, données gracieuseté de Gérard-D Boulanger.

<sup>82</sup> Voir annexe 1

favoriser une rétention des médecins en région : en effet, les statistiques de l'Université Laval montrent que 50 % des médecins de famille formés en région y pratiquent encore 10 ans après.<sup>83</sup>

L'exposition à la région est également présente pour les résidents de GMF-U urbains. Au sein des quatre facultés de médecine, les résidents en médecine familiale sont tenus de faire au moins un stage de deux à trois mois dans un milieu rural<sup>84,85,86</sup>. Les milieux affiliés sont différents pour chaque université, ce qui permet de desservir un plus grand territoire et assurer un meilleur service à la population (voir figure 1). En contrepartie, les résidents n'y restent que pour un bref séjour, ce qui contribue à un grand roulement de personnel dans les milieux de soins. Il revient aux résidents de choisir leurs milieux de stage au moment venu pendant leur parcours. L'Université Laval couvre principalement le territoire du Bas-Saint-Laurent et l'est du Québec, ce qui offre la possibilité d'aller à Lac Etchemin, Trois-Pistoles, Rimouski, Manic et Gaspé. Pour sa part, McGill couvre les régions plus au Nord du Québec et Val-d'Or. L'Université de Montréal dessert les GMF-U des Hautes-Laurentides, de l'Abitibi (La Sarre et Amos) et de Maria. Finalement, l'Université de Sherbrooke est responsable des stages au Saguenay-Lac-Saint-Jean, au Centre-du-Québec, à Rouyn-Noranda et dans la région de Moncton.

Pour ce qui est des programmes chirurgicaux, l'Université de Montréal se démarque en insérant dans son curriculum entre huit et neuf mois de stages en milieu communautaire dans son programme de chirurgie générale ; cependant, parmi tous les établissements offerts pour ces stages, plusieurs se trouvent dans la région métropolitaine de Montréal, permettant aux étudiants de ne pas quitter la ville de Montréal s'ils le souhaitent<sup>87</sup>.

Parmi les programmes spécialisés, la médecine interne en est un où les étudiants sont exposés à la région dans toutes les universités offrant le programme au Québec. À l'Université Laval et à l'Université McGill, les résidents sont tenus de faire un mois de stage en milieu rural pendant leur 2<sup>e</sup> et leur 3<sup>e</sup> année au sein du programme. Par la suite, ils ont aussi l'opportunité de retourner faire des stages à options en région. À l'Université de Montréal, les résidents doivent faire un total de quatre mois en région durant leurs trois années de tronc commun en médecine interne.

L'Université de Sherbrooke favorise l'exposition à la région dans de nombreux programmes de résidence. Par exemple, en médecine interne, plusieurs semaines doivent être faites à l'extérieur de Sherbrooke et les résidents qui le souhaitent peuvent passer de nombreux mois de stage à Drummondville, Victoriaville, Chicoutimi ou Moncton. Il en est de même pour le programme de pédiatrie, où les résidents doivent faire un minimum de trois mois à Chicoutimi, ainsi que trois mois de pédiatrie communautaire situé à Moncton, Saint-Hyacinthe, Trois-Rivières ou

---

<sup>83</sup> Faculté de médecine de l'Université Laval, « Faire sa résidence en région », 19 décembre, 2019, <https://www.fmed.ulaval.ca/faire-sa-residence-en-region/>.

<sup>84</sup> Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Tableau *comparatif GMF-U 2019-2020*, 26 février, 2020, [https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/fileadmin/user\\_upload/Tableau\\_Comparatif\\_GMF-U-2019-2020.pdf](https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/fileadmin/user_upload/Tableau_Comparatif_GMF-U-2019-2020.pdf).

<sup>85</sup> Faculté de médecine de l'Université Laval, « Résidence en médecine familiale », 18 décembre, 2019, <https://www.fmed.ulaval.ca/programmes-detudes/etudes-en-medecine/residences-etudes-medicales-postdoctorales/residence-en-medecine-familiale/formation-clinique/>.

<sup>86</sup> Département de médecine de famille de l'Université McGill, « Programmes postdoctoraux de résidence et de compétences avancées », 19 décembre, 2019, <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/formation/programme-residence>.

<sup>87</sup> Université de Montréal, « Chirurgie générale », 9 février, 2020, <https://medpostdoc.umontreal.ca/programmes/chirurgie-generale/>.

Victoriaville<sup>88</sup>. De son côté, le programme d'anesthésie inclut trois mois effectués dans des centres communautaires<sup>89</sup>.

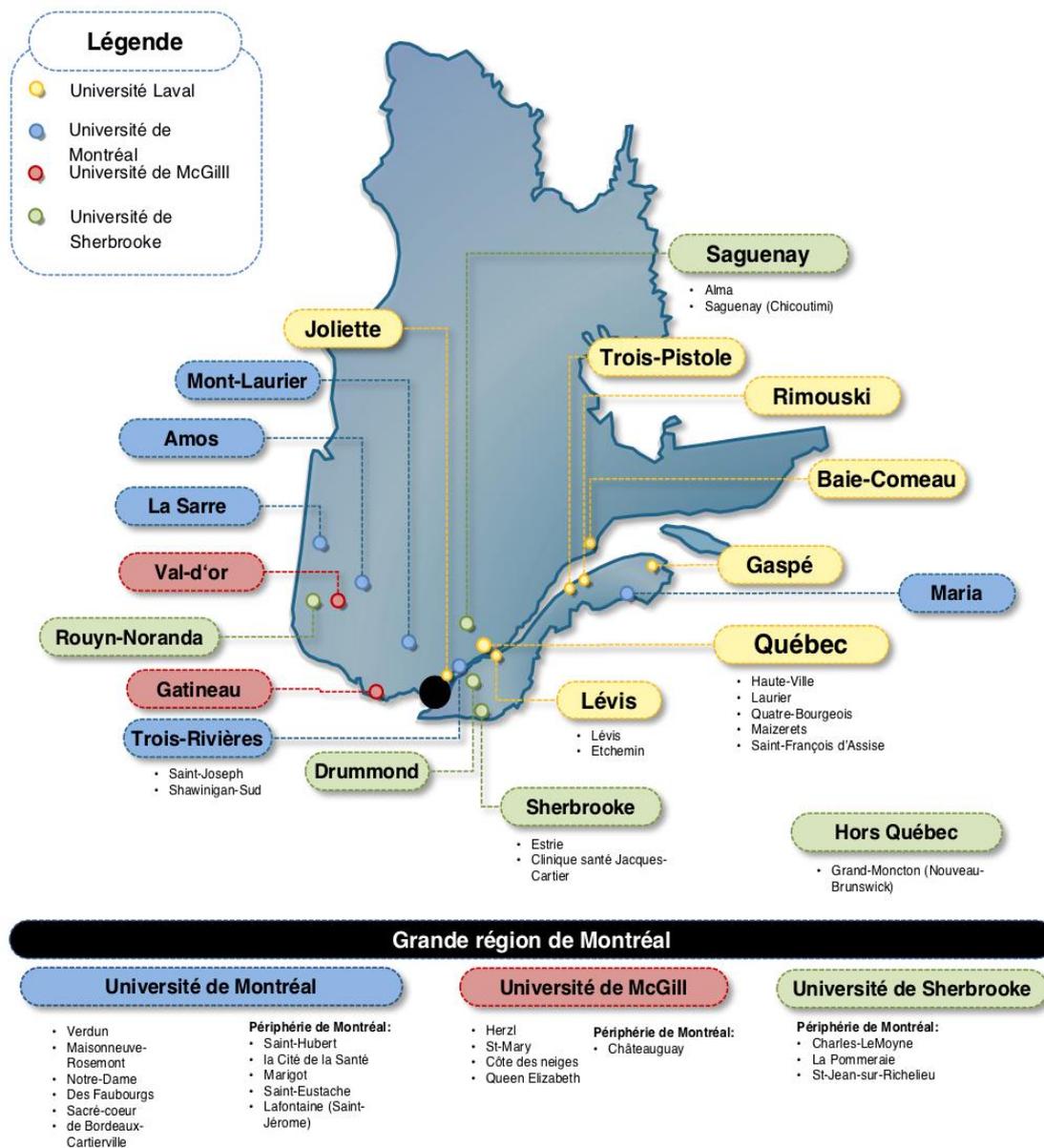


Figure 1 : Répartition des groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U) à travers le Québec

## Solutions pour augmenter l'exposition à la région dans le cursus

À la lumière de ce qui est offert aux différents niveaux de formation médicale, il semble évident que le nombre de semaines de stage en région peut être augmenté autant à l'externat qu'à la résidence. D'autre part, peu de programmes de résidence offrent de longues durées de stage en

<sup>88</sup> Université de Sherbrooke, *Curriculum du programme de résidence en pédiatrie sur 4 ans avec centre affilié, Chicoutimi*, 22 mai, 2014, [https://www.usherbrooke.ca/dep-pediatrie/fileadmin/sites/pediatrie/documents/CURRICULUM\\_SUR\\_4\\_ANS.pdf](https://www.usherbrooke.ca/dep-pediatrie/fileadmin/sites/pediatrie/documents/CURRICULUM_SUR_4_ANS.pdf).

<sup>89</sup> Université de Sherbrooke, « Répartition des stages - Département d'anesthésiologie », 9 février, 2020, <https://www.usherbrooke.ca/dep-anesthesiologie/programme/etudes-medicales-postdoctorales/repartition-des-stages/>.

milieux ruraux. Il serait bénéfique pour la population que les programmes de spécialité tels que la chirurgie, l'obstétrique ou l'anesthésie s'orientent dans cette visée.

Comme il semble indéniable que l'exposition à la région durant ses études est un facteur prédictif d'une pratique future en région, il est souhaitable que toutes les facultés de médecine exigent de leurs étudiants qu'ils fassent au minimum un stage de quatre semaines en région durant leur externat. En revanche, comme cela demande de grandes capacités organisationnelles et financières, les ministères de la Santé et des Services sociaux ainsi que de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur devront se montrer présents pour épauler les établissements du réseau de la santé et les facultés de médecine.

L'augmentation de l'exposition à la région durant la résidence est également souhaitable. Parmi les étudiants ayant répondu à notre sondage, 51 % pensent que le nombre de stages en région devrait être augmenté durant la résidence et cette proportion est similaire peu importe la spécialité médicale visée. Seul 1 % des répondants considèrent qu'il y a trop d'exposition à la région dans les programmes de résidence actuels. De plus, 73 % des répondants estiment que d'instaurer un tronc commun délocalisé en région durant les premières années de résidence pour les médecins résidents volontaires serait une bonne idée<sup>90</sup> Il y a donc une ouverture de la part même des étudiants à être exposé davantage à la réalité régionale, que ce soit en offrant davantage de stages sporadiques en région ou en offrant la première année des résidences médicales et chirurgicales en région.

Plusieurs programmes existants pour valoriser la médecine en région se montrent efficaces et pourraient être déployés de manière plus élargie. Le Programme de formation décentralisée est une belle manière de convaincre les étudiants d'effectuer un stage en région sans s'inquiéter des contraintes financières qu'un tel stage procure ; cependant, ce programme est peu connu des étudiants et gagnerait à être publicisé davantage.

Il en est de même pour les stages d'été SARROS. Bien connus des étudiants francophones, nombreux sont les étudiants qui postulent pour obtenir un tel stage, mais les places sont limitées et il est difficile pour les candidats d'obtenir le poste désiré. Une augmentation du nombre de places de stage serait fort bénéfique. De plus, SARROS devrait tâcher d'être connu davantage auprès des étudiants anglophones, d'autant plus que les anglophones tendent à préférer certaines régions, comme le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui sont moins populaires auprès des étudiants francophones.

---

<sup>90</sup> Voir annexe 1.

## PROGRAMMES POUR VALORISER LA PRATIQUE EN RÉGION CHEZ LES MÉDECINS EN PRATIQUE

Les études faites sur la pratique de la médecine en région dégagent certains facteurs prédictifs du choix de ce type de pratique chez un individu. Cependant, pour ce qui est de la rétention dudit individu en région, ces facteurs semblent perdre leur importance. Selon une étude pennsylvanienne, les raisons pour lesquelles la rétention des médecins en région est difficile sont, entre autres, les problèmes de style de vie dans la région, les problèmes de remboursement, les conflits de personnalité et de pratique et la lourde charge de travail<sup>91</sup>. Ces raisons-là sont toutefois propres à la Pennsylvanie et ne se traduisent pas nécessairement toutes au Québec. Ici, le gouvernement joue davantage sur des incitatifs économiques pour augmenter l'attrait des régions.

### Ententes ministérielles et bonification salariale pour la médecine de famille

Périodiquement, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) négocie son entente générale avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)<sup>92</sup>. L'entente en cours s'échelonne du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2023<sup>93</sup>. L'annexe XII de cette entente indique qu'un médecin omnipraticien pratiquant dans un territoire désigné a droit à une majoration de sa rémunération de base et ce, peu importe son mode de rémunération<sup>94</sup>.

Il est à noter que les territoires désignés sont définis comme étant « des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé qui sont listés dans l'arrêté ministériel 96-07<sup>95</sup> du 28 novembre 1996 ».

Les critères et conditions d'application des majorations susmentionnées sont assez complexes et varient significativement d'une région à l'autre, d'un type de pratique à l'autre et d'une durée de pratique à l'autre. En général, plus la région est éloignée ou isolée, plus le pourcentage de rémunération qui y est lié est élevé<sup>97</sup>. Aussi, les pratiques en établissement sont associées à un pourcentage de rémunération plus élevé que les pratiques en cabinet<sup>98</sup>.

Ainsi, pour un omnipraticien réputé avoir sa pratique principale en territoire désigné, le pourcentage de rémunération auquel il a droit oscille entre 110 % et 140 % de ce qu'il aurait droit

---

<sup>91</sup> Howard K. Rabinowitz et al., « Demographic, Educational and Economic Factors Related to Recruitment and Retention of Physicians in Rural Pennsylvania », *The Journal of Rural Health* 15, n°2 (1999): 212;215, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1748-0361.1999.tb00742.x>.

<sup>92</sup> Vérificateur général du Québec, *Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes* (Québec : Vérificateur général du Québec, 2015), [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Automne/fr\\_Rapport2015-2016-VOR-Chap02.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap02.pdf).

<sup>93</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Manuel des médecins omnipraticiens - Brochure no 1 », 26 février, 2020, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html).

<sup>94</sup> *Ibid.*

<sup>95</sup> Gouvernement du Québec, Arrêté ministériel 96-07.

<sup>96</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Rémunération différente (annexes XII et XII-A) », 26 février, 2020, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/remuneration-differente/Pages/introduction.aspx>.

<sup>97</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Manuel des médecins omnipraticiens - Brochure no 1 », 26 février, 2020, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html).

<sup>98</sup> *Ibid.*

en territoire non-désigné<sup>99</sup>. Il est à noter qu'un omnipraticien est réputé avoir sa pratique principale en territoire désigné s'il y passe au moins 75 % de ses jours de pratique. Les jours comptabilisés pour la pratique principale excluent les jours passés en dépannage, même si ces dépannages sont faits en territoire désigné<sup>100</sup>.

La majoration générale des omnipraticiens ayant leur pratique principale en territoire désigné est similaire à celle des omnipraticiens qui pratiquent en territoire désigné sans y avoir leur pratique principale. Cependant, seuls les omnipraticiens ayant leur pratique principale en territoire désigné ont accès à la majoration de rétention. C'est cette dernière majoration qui joue sur la durée de pratique. En effet, pour certains types de pratique dans certaines régions, l'omnipraticien est récompensé pour sa longévité : plus il y accumule des années de pratique principale continue, plus il est assujéti à un pourcentage de majoration élevé. Cette bonification apparaît à partir de la quatrième année de pratique dans un territoire désigné. Ainsi, un omnipraticien pratiquant depuis 20 ans dans un établissement régional peut voir son salaire bonifié de 40 %<sup>101</sup>. Ce facteur est un incitatif intéressant pour la rétention des médecins en région.

Pour un omnipraticien qui pratique dans un territoire désigné pour moins de 75 % de ses jours de pratique, le pourcentage de rémunération auquel il a droit oscille entre 110 % et 135 %, selon le territoire en question et le type de pratique<sup>102</sup>. Ces pourcentages correspondent à la majoration générale à laquelle les omnipraticiens pratiquant en territoire désigné ont droit.

Pour un omnipraticien en dépannage qui ne rencontre pas le critère de 75 % des jours de pratique en territoire désigné, le pourcentage de rémunération auquel il a droit oscille entre 115 % et 120 %, selon le territoire en question<sup>103</sup>.

Aussi, l'annexe XII-A de l'entente générale entre la FMOQ et le MSSS prévoit des majorations pour les omnipraticiens qui pratiquent dans certains territoires non désignés par l'arrêté ministériel 96-07, mais présentant tout de même une pénurie d'effectifs. Le pourcentage de rémunération auquel ces derniers ont droit oscille entre 105 % et 115 %, selon le territoire en question<sup>104</sup>.

Un nouveau forfait d'installation de la FMOQ est entré en vigueur en janvier 2020 afin de favoriser le recrutement d'omnipraticiens dans les régions avec des pénuries importantes. Cette entente entre

---

<sup>99</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, *Tableau 1 – Omnipraticien rencontrant la condition de 75 % de sa pratique en territoire désigné prévue à l'article 3 de la section I de l'annexe XII et rémunération du dépannage à cet omnipraticien dans un autre territoire désigné* (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/remuneration-differente-t1.pdf>.

<sup>100</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Manuel des médecins omnipraticiens - Brochure no 1 », 26 février, 2020, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html).

<sup>101</sup> *Ibid.*

<sup>102</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, *Tableau 2 – Omnipraticien qui ne rencontre pas la condition de 75 % de sa pratique en territoire désigné prévue à l'article 3 de la section de l'annexe XII* (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/remuneration-differente-t2.pdf>.

<sup>103</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Manuel des médecins omnipraticiens - Brochure no 1 », 26 février, 2020, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html).

<sup>104</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, *Tableau 3 – Rémunération majorée en territoires non désignés (annexe XII-A)*, (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017), <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/remuneration-differente-t3.pdf>.

la FMOQ et le MSSS vise les régions particulièrement vulnérables tel que la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue en offrant des bénéfices financiers supplémentaires pour ces régions. L'impact d'une telle mesure sur les milieux sera mesuré au courant des prochaines années<sup>105</sup>.

Enfin, d'autres mesures incitatives sont présentes dans l'entente à l'annexe XII, comme les primes d'éloignement ou d'isolement pour certains secteurs ou des frais de sortie ou des frais de déménagement<sup>106</sup>.

Les différents CISSS et CIUSSS présents en régions peuvent aussi accorder des primes aux candidats désireux de s'établir chez eux. Toutefois, le montant de ces primes est variable de région en région<sup>107</sup>.

### Ententes ministérielles et bonification salariale pour les spécialistes

À l'instar de la FMOQ, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) négocie également périodiquement son accord-cadre avec le MSSS<sup>108</sup>. La présente version, modifiée à l'automne 2019, prendra fin également le 31 mars 2023<sup>109</sup>. L'annexe 19 de cet accord-cadre indique qu'un médecin spécialiste pratiquant dans un territoire isolé ou éloigné a droit à une majoration de sa rémunération de base et ce, peu importe son mode de rémunération<sup>110</sup>.

Le cadre réglementant le pourcentage de rémunération des médecins spécialistes est paradoxalement plus simple que celui régissant le pourcentage de rémunération des omnipraticiens. Simplement, la pratique en territoire éloigné est associée à une majoration de 20 %, alors que la pratique en région isolée est associée à une majoration de 45 %<sup>111</sup>.

Un médecin spécialiste qui respecte certaines conditions peut voir sa majoration être davantage bonifiée. Cette bonification peut passer de 20 % à 25 %, 30 %, voire même 45 % pour certains territoires. Pour avoir droit à ces bonifications, un spécialiste doit répondre aux deux critères suivants<sup>112</sup> :

- Avoir sa pratique principale dans une région éloignée ou dans un des territoires précisés à l'article 1.3 de l'annexe 19 de l'accord-cadre
- Exercer dans un établissement de façon continue et non itinérante.

<sup>105</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, « Lettre d'entente No 351 », 18 décembre, 2019, <https://www.fmoq.org/pratique/depannage/le351forfait-installation/>.

<sup>106</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Manuel des médecins omnipraticiens - Brochure no 1 », 26 février, 2020, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html).

<sup>107</sup> SARROS, « Un emploi en région », 19 décembre, 2019, <https://www.equipesarros.ca/emploi>.

<sup>108</sup> Vérificateur général du Québec, *Op. cit.*

<sup>109</sup> Radio-Canada, « Un "nouveau partenariat" de 1,6 milliard entre Québec et les médecins spécialistes », 11 décembre, 2019, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1429255/quebec-medecins-specialistes-dube-francoeur-entente-baisse-remuneration>.

<sup>110</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, « Manuel des médecins spécialistes - Brochure no 1 », 26 février, 2020, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/154-brochure-1-specialistes/Specialistes\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/154-brochure-1-specialistes/Specialistes_Brochure_no1.html).

<sup>111</sup> *Ibid.*

<sup>112</sup> *Ibid.*

## SARROS

En plus des stages d'été offerts aux étudiants, le programme SARROS vise aussi à faciliter le recrutement de médecins spécialistes et omnipraticiens dans différentes régions du Québec<sup>113</sup>. Pour ce faire, les responsables locaux participent à des tournées provinciales afin d'aller à la rencontre des étudiants et des médecins nouvellement diplômés dans les diverses facultés de médecine au Québec. Il est aussi possible de trouver, sur le site internet de SARROS, une description de chacune des régions desservies en plus d'un accès facile aux différents postes disponibles dans lesdites régions<sup>114</sup>. Il est également possible de trouver les coordonnées de personnes ressources pouvant être contactées afin de faciliter la transition dans le nouveau milieu de pratique. Ces personnes s'avèrent être des ressources pivots quant à l'installation de nouveaux médecins en région. En effet, elles peuvent aider les médecins à pratiquer dans leur région sur le plan de l'hébergement en offrant des ressources d'habitation à court terme lors de l'arrivée dans ladite région. Ces responsables régionaux entretiennent aussi un réseau de contacts avec divers employeurs de leur région, pouvant ainsi orienter les conjoints et conjointes des médecins désirant s'établir dans la région vers des emplois potentiels dans leur domaine respectif. Finalement, ces responsables régionaux peuvent aussi aider lors d'une demande sur différents postes et demeurent disponibles afin d'aider à l'intégration des médecins nouvellement arrivés dans leurs milieux.

Le programme SARROS, conjointement avec le MSSS, fournit aussi un programme de bourses pour les externes et résidents prêts à s'engager à aller pratiquer en région. Le programme de bourses s'échelonne sur quatre ans, soit les deux dernières années du programme doctoral et les deux premières années du programme de résidence. Les montants alloués sont de 15 000 \$ par année lors des deux premières années et de 20 000 \$ par année lors des deux années subséquentes, pour un total de 70 000 \$. En échange de ces sommes, les candidats doivent s'engager à pratiquer pour un nombre d'années équivalent au nombre d'années de réception de bourse. En cas de désistement, les candidats doivent rembourser un montant préalablement établi. De plus, ces bourses concernent les programmes de résidence dits de base en région. En effet, les programmes de résidence éligibles à la réception de ces bourses sont les suivants : médecine familiale, anatomopathologie, anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique<sup>115</sup>.

En ce qui concerne le recrutement de professionnels de la santé en région, SARROS constitue une banque d'information importante à quiconque aimerait continuer sa pratique en milieu plus éloigné.

### Solutions pour augmenter l'attrait en région

L'attrait en région se mesure tant au niveau du choix du praticien d'aller y pratiquer que dans la capacité du milieu à le retenir là. Dans cet esprit, certaines conclusions se dégagent de la littérature.

En ce qui concerne les programmes visant les médecins ayant déjà une pratique, une étude canadienne parue en 1998 souligne que le Québec se plaçait au deuxième rang au Canada quant à

---

<sup>113</sup> SARROS, « Un emploi en région », 19 décembre, 2019, <https://www.equipesarros.ca/emploi>.

<sup>114</sup> SARROS, « Contact », 19 décembre, 2019, <https://www.equipesarros.ca/contact>.

<sup>115</sup> SARROS, « Les bourses et le soutien », 10 février, 2020, <https://www.equipesarros.ca/stage/#bourses-et-soutien>.

la rétention des médecins en milieu éloigné<sup>116</sup>. L'auteur de l'étude identifie les incitatifs salariaux accordés aux médecins pratiquant en région comme étant l'un des déterminants de ce succès<sup>117</sup>. Il a d'ailleurs été montré que pour les étudiants provenant de milieux urbains, les incitatifs financiers sont des facteurs importants dans leur choix de pratiquer en région<sup>118</sup>.

Sur demande du MSSS, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS) a conduit une étude sur les mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée. Les politiques adoptées par certains pays et par les autres provinces canadiennes en la matière ont été étudiées et des conclusions en sont ressorti. D'après le GRIS, les différentes mesures mises en place ailleurs pour attirer et retenir les médecins en région éloignée sont « décevantes<sup>119</sup> », la plupart n'ayant pas fait l'objet d'études scientifiques sérieuses. De surcroît, on affirme dans l'étude que les incitatifs économiques de courte et de moyenne durée ne contribuent que peu dans le complexe processus décisionnel d'un médecin d'aller s'installer en région. Le facteur le plus important pour qu'un médecin travaille en milieu rural est sa capacité « d'aimer vivre<sup>120</sup> » dans un tel environnement. Le fait d'aimer vivre en région est associé au fait d'y avoir grandi, d'y être intégré socialement et d'avoir un partenaire de vie qui partage également ces goûts. Pour les spécialistes en particulier, la pratique en région est considérée comme moins attrayante et ne concorde pas avec les facteurs qui les ont motivés à choisir la spécialité comme champ de pratique<sup>121</sup>.

Le Québec se distingue de ses homologues par ses majorations tarifaires élevées. L'incitatif financier n'étant clairement pas suffisant pour augmenter l'attrait des régions, le GRIS a souligné cinq stratégies qui pourraient le faire<sup>122</sup>. La première est le développement de nouveaux campus délocalisés en milieux ruraux pour attirer les étudiants de la région et leur permettre d'étudier dans un milieu rural afin d'augmenter le taux de rétention. La deuxième est la mise en place de formations et de curriculums axés sur la pratique en région afin d'augmenter les compétences et la confiance des médecins qui vont y pratiquer. La troisième est la mise en place d'un système de dépannage plus efficace afin de permettre d'alléger la charge de travail des praticiens en région. La quatrième est la mise sur pied de mesures permettant une meilleure intégration communautaire des médecins via des efforts de la communauté locale. La cinquième est l'organisation d'un système de mentorat pour guider les jeunes médecins. Cette dernière mesure pourrait aider à diminuer l'isolement professionnel en région. Suivant nos recherches, nous appuyons les cinq recommandations du GRIS et pensons qu'elles devraient être mises en application au Québec pour augmenter le nombre de médecins pratiquant en région.

---

<sup>116</sup> Peter Hutten-Czapski, « Rural incentive programs: a failing report card », *Canadian Journal of Rural Medicine* 3, n°4 (1998): 242-247, [https://www.collectionscanada.gc.ca/eppp-archive/100/201/300/cdn\\_medical\\_association/cjrm/vol-3/issue-4/0242.htm](https://www.collectionscanada.gc.ca/eppp-archive/100/201/300/cdn_medical_association/cjrm/vol-3/issue-4/0242.htm).

<sup>117</sup> *Ibid.*

<sup>118</sup> Douglas Myhre, Sameer Bajaj et Wes Jackson, *Loc. cit.*

<sup>119</sup> Marc-André Fournier et al., *Mesure d'attraction et de rétention de médecins en région éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec* (Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2004), <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R04-08.pdf>.

<sup>120</sup> *Ibid.*

<sup>121</sup> *Ibid.*

<sup>122</sup> *Ibid.*

## ORGANISER LES SOINS EN RÉGION POUR LES RENDRE ATTRAYANTS

Tel qu'il a été mentionné à de nombreuses reprises dans le présent document, les moyens pour inciter les futurs praticiens à s'installer en région sont variés. Bien que tout ce travail incite les gens à pratiquer en milieux éloignés, il faut tout de même s'assurer que les soins qu'on pratique dans ces centres permettent aux professionnels d'occuper un poste stimulant et rempli de défis variés qui les incitera à demeurer en région. Il va toutefois sans dire que la pratique médicale en région vient avec ses difficultés qui lui sont propres.

Surcharge de travail, épuisement professionnel, sentiment d'isolement, manque de ressources et de personnel, équipements disponibles en moins grande quantité et difficultés à avoir un horaire adéquat facilitant la conciliation travail-famille<sup>123,124</sup> : ce ne sont là que quelques-uns des défis auxquels les médecins pratiquant en région sont confrontés. Alors que les étudiants en médecine sont majoritaires à reconnaître à la pratique en région une meilleure conciliation travail-famille et un meilleur salaire, ceux-ci soulignent également le fait qu'ils voient la pratique urbaine comme comportant moins de gardes<sup>125</sup>.

Des études rapportent plusieurs prédicteurs négatifs de la pratique des médecins en région tels que<sup>126</sup>:

- Le manque de vacances ;
- La récurrence fréquente des gardes ;
- La mauvaise conception que les médecins de région sont nécessairement moins qualifiés que les médecins de centres urbains ;
- Les petits hôpitaux avec des infrastructures sous-développées ;
- Le peu d'activités sociales et récréatives ;
- Géographiquement distant de leur réseau social (famille et amis) pour une durée prolongée.

### Conditions de rétention en région

Le manque de vacances ainsi que la récurrence fréquente des gardes s'expliquent du fait que les spécialistes peuvent difficilement compter sur une relève de leur spécialité en leur propre absence. Il s'agit d'une conséquence du fait que le bassin de patients en région est souvent insuffisant pour justifier l'embauche de spécialistes supplémentaires dans la même discipline.

On remarque dans la littérature et dans les sections précédentes de ce document que les premières interventions visant la problématique de manque de médecins en région visaient le recrutement. Toutefois, si on ne s'occupe que du recrutement, soit les mesures pour amener un médecin à s'installer en pratique en région éloignée, et qu'on omet en complémentaire la rétention, soit les

---

<sup>123</sup>Raymond W. Pong, « Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years », *Human Resources for Health* 6, n°24 (2008): 5, <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-24>.

<sup>124</sup> Marc-André Fournier et al., *Op. cit.*: 17-24.

<sup>125</sup> Voir annexe 1

<sup>126</sup> Marco Viscomi, Sarah Larkins et Tarun S. Gupta, *Loc. cit.*

mesures pour garder le médecin en région, on se retrouve face à un phénomène de porte tournante où les médecins repartent aussi rapidement qu'ils sont arrivés<sup>127</sup>.

Dans une recherche effectuée par le GRIS citée ci-dessus, on mentionne que les mesures de rétention sont beaucoup moins vastes que celles de recrutement. Parmi les mesures de rétention, on compte « faciliter le recours à des médecins remplaçants et encourager les médecins à participer à des activités de formations médicales » et les divers incitatifs financiers que l'on peut voir comme une certaine mesure incitative à rester en région.

Toutefois, en ce qui concerne les divers incitatifs financiers proposés, Raymond W Pong<sup>128</sup>, dans une analyse des politiques gouvernementales des 35 dernières années en Ontario visant le recrutement et la rétention des médecins, mentionne que les programmes financiers les plus récents, incitent les médecins à voir le plus de patients possibles ce qui pourrait résulter en un épuisement professionnel après un certain temps. Un sondage effectué par SARROS en 2018 auprès de médecins pratiquant en région montre toutefois que 19 % des répondants considèrent les primes de rétention comme étant un incitatif très important pour les garder en région<sup>129</sup>.

Les solutions énoncées précédemment ont aidé à faire avancer les choses en ce qui concerne le manque de médecins en région. On se doit toutefois de se pencher sur d'autres variables qui améliorent l'organisation des soins en région, rendant les emplois plus attrayants.

### Favoriser les initiatives régionales

En ayant en tête l'importance de garder nos médecins en région, on doit s'assurer que l'organisation des soins en milieux ruraux permette une pratique de la médecine de qualité et attrayante pour les médecins pratiquants. L'organisation de soins de santé plus attrayants et surtout plus efficaces passe par des prises de décision par les acteurs clés du milieu impliqué. La littérature s'entend pour dire qu'une solution unique pour tous ne peut parvenir à solutionner les problématiques uniques à chaque milieu. Possiblement qu'une approche pour une meilleure organisation des soins en région est de passer directement par les gestionnaires de ces milieux qui connaissent mieux que quiconque leurs besoins<sup>130,131</sup>.

Cette approche de travail à partir des acteurs des milieux ruraux n'avait pas encore été étudiée en profondeur au Québec. C'est donc ce que se sont donné comme objectif un groupe de médecins d'urgence de Baie-St-Paul et des Îles-de-la-Madeleine<sup>132</sup>. Ceux-ci se sont attardés à comment revoir les soins d'urgence en région pour les rendre plus efficaces, tout en se penchant sur l'attrait de cette pratique pour les médecins.

<sup>127</sup> Raymond W. Pong, *Loc. cit.*: 5.

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> Sondage SARROS 2018, données gracieuseté de Gérard-D Boulanger.

<sup>130</sup> Richard Fleet et al., « Access to emergency care in rural Canada: should we be concerned? », *Canadian Journal of Emergency Medicine* 15, n°4 (2013): 191-193.

<sup>131</sup> Jane Farmer et Amy Nimegeer, « Community participation to design rural primary healthcare services », *BMC Health Services Research* 14, n°130 (2014): 1-10, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-130>.

<sup>132</sup> Richard Fleet et al., « Improving delivery of care in rural emergency departments: a qualitative pilot study mobilizing health professionals, decision-makers and citizens in Baie-Saint-Paul and the Magdalen Islands, Québec, Canada », *BMC Health Services Research* 20, n°62 (2020): 1-10, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-020-4916-1>.

Le manque de représentation régionale a été particulièrement soulevé dans l'étude de la région de Baie-St-Paul qui, par des fusions de centres de services, perdait peu à peu son autonomie. Les responsables de ces milieux craignent de perdre leur couleur locale qui rend leur service unique<sup>133</sup>. On craint que des adaptations locales doivent être mises de côté et que cela impacte la qualité des soins délivrés. Ces derniers mentionnent l'importance d'établir des structures de gouvernances avec une représentation adéquate des contextes ruraux, tout en améliorant la collaboration entre les décideurs locaux. Il faudra donc repenser la centralisation de la prise de décision, si les services de soins ne s'en retrouvent pas gagnants. Il importe de souligner que cette étude a été faite tout récemment, suivant l'adoption du projet de loi 10 et montre possiblement un impact de cette réorganisation du réseau de la santé sur les milieux de soin ruraux.

## Gestion des ressources

Une autre portion majeure des défis associés à la pratique en région est au niveau des ressources. Un des plus grands obstacles est en effet relié au nombre de médecins disponibles et au grand roulement de personnel qui a lieu. L'implantation et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques facilitent la continuité de l'information dans un contexte de personnel changeant rapidement. On encourage donc la poursuite de l'implantation de ces services qui semblent bénéfiques en milieu rural.

On rapporte aussi la difficulté d'accès à un large pan de spécialistes et d'équipement. Bien qu'on souhaite avoir accès rapidement à tous les spécialistes sur place, cela n'est pas réaliste. Les médecins de ces milieux opéreraient plutôt pour une couverture de base de toutes les spécialités essentielles, telles que l'anesthésie, la chirurgie générale et la radiologie<sup>134</sup>. Une étude réalisée par Miedema et al.<sup>135</sup> mentionnait elle aussi la difficulté d'accès et de référence en spécialité en région pour leurs patients. C'est une réalité qui s'applique à bien des milieux éloignés. On se doit donc de s'attarder à assurer une répartition optimale des médecins spécialistes, afin de faciliter l'accès aux soins avancés à l'ensemble des patients.

Étant donné le manque de professionnels spécialisés, on assiste également à des difficultés associées aux transferts des patients vers les plus grands centres. En plus, les médecins ont à prodiguer des soins à des patients qui ont davantage de problèmes tels qu'un moins bon statut socio-économique, un moins haut niveau d'éducation, de moins saines habitudes de vie, un plus haut taux de mortalité et une plus courte espérance de vie en comparaison aux habitants des centres urbains<sup>136</sup>. Également, les infrastructures de soins plus récentes et mieux équipées sont distribuées de manière inégale en milieux ruraux<sup>137,138</sup>.

---

<sup>133</sup> *Ibid.*

<sup>134</sup> *Ibid.*

<sup>135</sup> Baukje Miedema et al., « The challenges and rewards of rural family practice in New Brunswick, Canada: lessons for retention », *Rural and Remote Health* 9, n°2 (2009): 1-9, <https://www.rrh.org.au/journal/article/1141>.

<sup>136</sup> Marie DesMeules et Raymond Pong, *How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants*, (Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2006), [https://secure.cihi.ca/free\\_products/rural\\_canadians\\_2006\\_report\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/rural_canadians_2006_report_e.pdf).

<sup>137</sup> Richard Fleet et al., « Portrait of rural emergency departments in Québec and utilization of the provincial emergency department management Guide: cross sectional survey », *BMC Health Services Research* 15, n°527 (2015): 1-9, [bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1242-0](https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1242-0).

<sup>138</sup> Richard Fleet et al., « Limited access to services in Canada rural emergency departments: pilot study », *CJEM* 14 (2012).

On soulève aussi le point de l'utilisation de ressources électroniques comme la télémédecine, mais des barrières technologiques telles que les difficultés d'accès à l'internet haute vitesse limite l'implantation de ces outils. Ces ennuis technologiques s'insèrent dans des enjeux dépassant le cadre de ce mémoire, mais il est toutefois pertinent de saisir l'impact d'autres sphères de services sur les possibilités en matière de soins de santé.

### Formation continue des médecins

Un aspect mentionné précédemment est que la médecine en région est à plus large spectre et nécessite du médecin d'être très polyvalent dans plusieurs domaines qui ne reviennent pas nécessairement à tous les jours. Loin de constituer un facteur répulsif, un sondage effectué par SARROS en 2018 a même montré que 45 % des médecins établis en région considèrent ce besoin de polyvalence comme un des facteurs les ayant amenés à s'établir en région<sup>139</sup>. Il n'en reste pas moins que ce besoin de polyvalence vient avec son lot de défis. Une solution proposée par les participants de l'étude est l'implantation de davantage de protocoles de soins pour faciliter la prise en charge. Tout cela dans l'optique de rendre la pratique plus agréable et faisable pour les dispensateurs de soins.

Pour garder cette polyvalence, les médecins doivent également s'assurer de maintenir leurs connaissances le plus à jour possible. Cela s'intègre dans une perspective de formation continue, mais avec une charge de travail plus élevée et des horaires peu compliants en région, en plus du manque de ressources, comment peut-on s'assurer d'une bonne formation continue des médecins ?

Raymond W Pong<sup>140</sup> mentionnait, dans sa revue des politiques ontariennes, l'instauration de financement pour faciliter l'accès aux ressources d'informations sur Internet. Du côté du Québec<sup>44</sup>, on mentionne du financement pour l'éducation médicale continue. On répertorie aussi le recours à des périodes de perfectionnement professionnel, afin de répondre à des besoins particuliers de certains établissements. Cependant, ces modalités d'améliorations continues prennent du temps et privent le système de soins d'un médecin temporairement, dans un milieu où les ressources sont déjà éparses.

Un des problèmes relevés de la formation médicale continue classique est que les cliniciens ont tendance à se former davantage dans des champs d'expertise dans lesquels ils sont déjà performants tout en évitant les sujets avec lesquels ils ont davantage de difficultés<sup>141</sup>. Les médecins ont donc tendance à ne pas se former dans certains aspects de leur pratique qui nécessiterait plus

<sup>139</sup> Sondage SARROS 2018, données gracieuseté de Gérard-D Boulanger.

<sup>140</sup> Raymond W. Pong, *Loc. cit.*: 5.

<sup>141</sup> Geoffrey R. Norman, Susan I Shannon et Michael L. Marrin, « The need for needs assessment in continuing medical education », *BMJ* 328, n°7446 (2004): 999-1001, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC404504/pdf/bmj32800999.pdf>.

d'améliorations<sup>142</sup>. L'utilisation de méthodes de revue par les pairs, classiquement utilisée en milieu urbain, est plus difficile à implanter en région du fait du manque d'effectifs en quantité suffisante<sup>143</sup>.

Steel et al.<sup>144</sup> se sont penchés sur le « Rural Physician Peer Review Program (RPPR) », soit un programme de formation professionnelle continue implanté dans les régions rurales du Texas. Ce dernier a su faire ses preuves chez les cliniciens texans qui trouvent que cette méthode permet d'améliorer leurs compétences médicales et, par le fait même, leur prise en charge des patients. Brièvement, le RPPR permet au clinicien de travailler de pair avec d'autres cliniciens sur des comités consultatifs de révisions de cas. C'est un processus de révision par les pairs qui se fait à l'interne. Le clinicien a l'opportunité de participer anonymement à la révision de ses propres cas et d'apprendre directement de leur propre pratique, ou bien, contribuer à la révision de cas plus difficiles rencontrés par des praticiens œuvrant dans des milieux similaires.

Ce type de programme est une alternative que Steele et al.<sup>145</sup> souhaiteraient essayer dans le cadre d'étude pilote dans des milieux ruraux ontariens. Il sera intéressant de voir si cette nouvelle méthode est aussi efficace dans des milieux canadiens comparables à notre réalité. Il pourrait éventuellement devenir intéressant d'implanter de telles pratiques dans nos milieux ruraux québécois. Tout cela dans l'optique d'améliorer les compétences de nos médecins et, par le fait même, l'organisation des soins de santé en région.

Finalement, une étude australienne<sup>146</sup> rapporte aussi l'importance qu'ont les structures universitaires et de soins de santé communautaire dans la rétention des médecins dans ces milieux<sup>147</sup>. En effet, la mise en place d'un réseau permettant de faire de la recherche sur les populations locales et la revendication des enjeux de santé publique auxquels font face cette population ont aussi été identifiées comme étant un facteur important pour le développement de la médecine en région<sup>148</sup>. Favoriser de la recherche locale peut également permettre d'améliorer les soins prodigués dans ces régions.

En somme, la dispensation des soins en milieux éloignés comporte son lot de défis qui lui est propre. On doit prendre conscience qu'il n'est pas possible de généraliser la réalité rurale à une seule et unique situation. L'organisation des services de soins se doit d'être idéalement faite par les acteurs locaux de chaque milieu concerné. Ces derniers seront les mieux placés pour faire état de leur situation et émettre leurs recommandations en matière de besoins de services.

---

<sup>142</sup> France Légaré et al., « The majority of accredited continuing professional development activities do not target clinical behavior change », *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 90, n°2 (2015): 197-202, [https://www.sacme.org/Resources/Documents/Virtual%20Journal%20Club/The\\_Majority\\_of\\_Accredited\\_Continuing\\_Professional25.pdf](https://www.sacme.org/Resources/Documents/Virtual%20Journal%20Club/The_Majority_of_Accredited_Continuing_Professional25.pdf).

<sup>143</sup> Stephanie Dowling et al., « Continuing education for general practitioners working in rural practice: a review of the literature », *Education for Primary Care* 29, n°3 (2018): 152, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29623773>.

<sup>144</sup> Robert S. Steele et al., « A Rural Approach to Quality Improvement for Small Rural Hospitals: Lessons from Rural Texas », *Healthcare Management Forum* 33, n°2 (2019) : 75-79, <https://doi.org/10.1177%2F0840470419882954>.

<sup>145</sup> *Ibid.*

<sup>146</sup> Jennene Greenhill, Judy Walker et Denese Playford, « Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum », *Rural and Remote Health* 15, n°3 (2015): 1-14, [www.rrh.org.au/journal/article/2991](http://www.rrh.org.au/journal/article/2991).

<sup>147</sup> *Ibid.*

<sup>148</sup> *Ibid.*

Ces services surchargés nécessiteront que l'on s'attarde au problème de manque de personnel et que l'on assure un plus grand nombre de personnel disponible pour le remplacement de ces praticiens afin de rendre la pratique dans ces milieux soutenables. Avec davantage de personnel et des remplaçants en nombre suffisant, les milieux de soins pourront mieux organiser leurs horaires et rendre la qualité de vie associée à ces emplois plus enviable qu'ils ne le sont en ce moment, tout en permettant d'allouer des périodes de formations continues aux médecins afin qu'ils puissent parfaire leurs connaissances et rester au sommet de leur art. Cet aspect de la qualité de vie est essentiel dans la rétention des médecins : en effet, 42 % des répondants au sondage 2018 de SARROS ont affirmé que la qualité de vie que l'on retrouve en région avait contribué à leur choix de pratiquer en région<sup>149</sup>.

Ce n'est bien sûr pas une simple tâche, mais un geste à la fois, et nous pourrons certainement contribuer à un meilleur fonctionnement des soins de santé régionaux et ainsi mieux desservir la population tout en s'assurant de garder nos médecins sur place.

---

<sup>149</sup> Sondage SARROS 2018, données gracieuseté de Gérard-D Boulanger.

## CONCLUSION

La population du Québec se retrouve face à une pénurie de médecins dans ses régions éloignées. Quoique le nombre de Québécois et Québécoises ayant un médecin de famille est plus élevé dans ces régions, les statistiques montrent que la santé du Québec rural est moins bonne que celle du Québec urbain. L'accès aux spécialistes est très difficile en région, malgré des postes offerts par le MSSS.

La littérature a pu identifier des déterminants du choix de pratiquer en région ; or, peu d'efforts sont mis en place pour cibler dès l'admission en médecine les candidats qui voudront potentiellement pratiquer en région.

Les programmes actuellement en place pour favoriser l'exposition à la région dans le cadre des études médicales doctorales et postdoctorales sont certes de bonnes idées, mais manquent d'aplomb. Plusieurs programmes existants sont peu connus de leur public-cible, alors que d'autres gagneraient à être exploités à plus grande échelle.

Une fois les médecins en pratique, peu de mesures sont en place pour favoriser la pratique régionale autre que les incitatifs financiers. Pourtant, force est de constater que l'organisation des soins de santé en région est un des puissants leviers pour rendre attractif la pratique médicale en région.

Dans ce contexte, la FMEQ conseille au gouvernement :

- D'augmenter la bonification accordée à la cote R des étudiants ayant complété leur secondaire dans des régions désignées par le MSSS à 1,0 point ;
- De créer un contingent d'étudiants provenant de régions désignées, éloignées et isolées lors des admissions en médecine ;
- D'appuyer les facultés ainsi que les autres acteurs pertinents (ex : FMEQ, FMOQ) dans leurs actions en faveur de la valorisation de la médecine familiale ;
- D'aider, via le MSSS et le MEES, les facultés de médecine à augmenter l'exposition à la région en fixant un minimum de stages en région durant le doctorat de médecine et les programmes de résidence ;
- De publiciser davantage les programmes existants, tels que le Programme de formation décentralisée et les stages d'été SARROS, tout particulièrement auprès des Québécois et Québécoises d'expression anglaise ;
- D'augmenter le financement de l'organisation SARROS dans le but d'augmenter le nombre de stages d'été accordés ;
- D'améliorer le système de dépannage de médecins en région ;
- D'organiser un système de mentorat pour les jeunes médecins débutant une pratique en région ;
- D'augmenter la flexibilité dans la gestion des centres de service locaux pour permettre d'organiser les soins en fonction de la réalité locale ;
- De favoriser la pratique de la recherche par les médecins en région, entre autres via le financement du MSSS.

Ces recommandations seraient fort utiles pour favoriser la pratique de la médecine en région. Les données recueillies auprès des étudiants en médecine du Québec montrent également que de telles modifications pourraient avoir un impact concret et non pas seulement théorique.

Le Québec se doit de prodiguer des soins à sa population rurale de la même qualité que ce qui est prodigué en milieu urbain. Une juridiction à la fine pointe de la technologie et à l'économie florissante comme le Québec ne peut se permettre de traiter ses citoyens différemment en fonction de l'endroit où ils vivent. Nous nous devons donc collectivement d'améliorer cette situation pour satisfaire au critère d'équité de la Loi canadienne sur la santé.

## ANNEXE 1: RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ENVERS LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGION

Un sondage pour évaluer l'intérêt des étudiants envers la pratique médicale en région a été distribué dans le but d'avoir une représentation réelle de l'opinion des étudiants en médecine au cours de l'hiver 2020.

### Méthode

Sondage en 22 questions à choix de réponses envoyé par courriel et via les réseaux sociaux à l'ensemble des étudiants en médecine pour l'année scolaire 2019-2020, à toutes les universités offrant le programme de médecine, à tous les campus du Québec. Le sondage était offert en version française et anglaise. Le sondage a été ouvert du 2 au 19 février 2020. Une carte cadeau prépayée d'une valeur de 50\$ a été remise à un étudiant parmi tous les répondants voulant participer au tirage.

Les résultats ont été pondérés en fonction du poids réel de chaque université dans la répartition des étudiants en médecine à travers le Québec lorsque les données ont été analysées en fonction des campus universitaires. Voici la répartition des étudiants en médecine du Québec entre les différentes universités et différents campus :

Tableau IV : Répartition des étudiants en médecine selon leur campus universitaire

	Nombre d'étudiants	Proportion d'étudiants parmi tous les étudiants en médecine
Université Laval	1114	28,5 %
Université McGill	724	18,5 %
Université de Montréal – campus Montréal	1201	30,7 %
Université de Montréal – campus Mauricie	202	5,2 %
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	581	13,6 %
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	136	3,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>3908</b>	<b>100%</b>

### Caractéristiques des répondants

Tableau V: Participation au sondage selon les universités et les campus

	Nombre de répondants	Pourcentage de participation
Université Laval	169	15,2 %
Université McGill	49	6,8 %
Université de Montréal – campus Montréal	156	13,0 %
Université de Montréal – campus Mauricie	32	15,8 %
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	48	9,0 %
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	23	16,9 %
<b>TOTAL</b>	<b>477</b>	<b>12,2 %</b>

ANNEXE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE  
ENVERS LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGION

Tableau VI : Répartition des participants selon leur niveau actuel dans les études médicales

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Année préparatoire (applicable pour les universités McGill et de Montréal)	32	6,7 %
Préclinique	248	59,5 %
Externat	161	33,8 %
<b>TOTAL</b>	<b>447</b>	<b>100%</b>

Pour fin d'analyse, nous considérerons les régions administratives suivantes comme étant des grands centres :

- Capitale-Nationale
- Estrie
- Montréal

Les régions suivantes seront considérées comme étant des banlieues des grands centres :

- Chaudière-Appalaches
- Lanaudière
- Laurentides
- Laval
- Montérégie
- Outaouais

Les régions suivantes seront considérées comme étant des régions éloignées :

- Abitibi-Témiscamingue
- Bas-Saint-Laurent
- Centre-du-Québec
- Côte-Nord
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Mauricie
- Nord-du-Québec
- Saguenay-Lac-Saint-Jean

La liste des régions éloignées a été déterminée sur la base des régions représentées par l'organisme SARROS.

Tableau VII : Répartition des participants selon la région administrative où ils vivaient à la fin de leurs études secondaires et tout juste avant de débiter leurs études médicales

	Lieu de résidence à la fin des études secondaires	Lieu de résidence tout juste avant de débiter les études médicales	Pourcentage de la population du Québec vivant dans cette région <sup>150</sup>
Abitibi-Témiscamingue	1,47 % (7)	1,05 % (5)	1,74 %
Bas-Saint-Laurent	2,73 % (13)	2,10 % (10)	2,33 %
Capitale-Nationale	12,79 % (61)	15,72 % (75)	8,85 %
Centre-du-Québec	1,68 % (8)	1,89 % (9)	2,94 %
Chaudière-Appalaches	5,66 % (27)	5,24 % (25)	5,05 %
Côte-Nord	1,26 % (6)	0,63 % (3)	1,07 %
Estrie	4,40 % (21)	3,98 % (19)	3,88 %
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2,10 % (10)	1,68 % (8)	1,06 %
Lanaudière	3,35 % (16)	3,14 % (15)	6,07 %
Laurentides	7,34 % (35)	5,87 % (28)	7,31 %
Laval	4,40 % (21)	3,98 % (19)	5,17 %
Mauricie	2,10 % (10)	2,10 % (10)	3,19 %
Montréal	14,05 % (67)	11,11 % (53)	18,65 %
Montréal	24,74 % (118)	31,66 % (151)	24,19 %
Nord-du-Québec	0,21 % (1)	0,21 % (1)	0,54 %
Outaouais	1,89 % (9)	1,47 % (7)	4,68 %
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4,61 % (22)	4,19 % (20)	3,27 %
Je résidais dans une autre province canadienne	3,77 % (18)	2,94 % (14)	
Je ne résidais pas au Canada	1,47 % (7)	1,05 % (5)	
<b>Grands centres</b>	<b>41,93 % (200)</b>	<b>51,36 % (245)</b>	<b>36,92 %</b>
<b>Banlieues</b>	<b>36,69 % (175)</b>	<b>30,82 % (147)</b>	<b>46,94 %</b>
<b>Régions éloignées</b>	<b>16,14 % (77)</b>	<b>13,84 % (66)</b>	<b>16,14 %</b>
<b>Autre province/hors pays</b>	<b>5,24 % (25)</b>	<b>3,98 % (19)</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>100% (852)</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

<sup>150</sup> Institut de la statistique du Québec, « Profils statistiques par région et MRC géographiques », 22 février, 2020, [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_00/region\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm).

ANNEXE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE  
ENVERS LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGION

Tableau VIII : Répartition des répondants selon le programme de résidence qu'ils pensent vouloir effectuer à la fin de leurs études doctorales

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Médecine familiale	174	36,48 %
Tronc commun de médecine interne	73	15,30 %
Pédiatrie	52	10,90 %
Spécialité chirurgicale	65	13,63 %
Spécialité d'imagerie médicale	10	2,10 %
Spécialité de laboratoire	5	1,05 %
Anesthésie	9	1,89 %
Autre	51	10,69 %
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	38	7,97 %
Médecine familiale	174	36,48 %
Médecine spécialisée	303	63,52 %
<b>TOTAL</b>	<b>447</b>	<b>100%</b>

Tableaux IX : Répartition des répondants ayant choisi une résidence spécialisée selon s'ils pensent également postuler en médecine familiale lors de leurs demandes à la résidence  
(Question pour les répondants ayant indiqué un programme de médecine spécialisée à la question précédente)

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Oui	213	70,30 %
Non	60	19,80 %
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	30	9,90 %
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>

## Analyse des données

Les étudiants ont été invités à répondre aux questions suivantes

Tableau X : Réponses à la question « [d]ans le cadre de votre externat, avez-vous eu l'occasion de faire des stages dans une des régions suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Îles-de-la-Madeleine, Gaspésie, Hautes-Laurentides, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James ? »

(Question uniquement pour les externes)

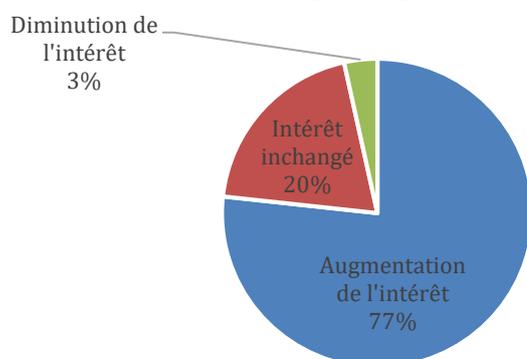
	Oui	Non
Université Laval	88 % (45)	12 % (6)
Université McGill	84 % (16)	16 % (3)
Université de Montréal – campus Montréal	40 % (20)	60 % (30)
Université de Montréal – campus Mauricie	80 % (8)	20 % (2)
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	84 % (16)	16 % (3)
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	100 % (11)	0 % (0)
<b>TOTAL</b>	<b>72 % (116)</b>	<b>28 % (44)</b>

Tableau XI : Réponses à la question « Quel impact ce stage a-t-il eu sur votre intérêt à pratiquer en région dans votre carrière médicale ? »

(Question uniquement pour les externes ayant répondu « Oui » à la question précédente)

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Augmentation de mon intérêt	89	77 %
Intérêt inchangé	23	20 %
Diminution de mon intérêt	4	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100 %</b>

Graphique 2 : Impact de l'exposition à la région durant au moins un stage d'externat sur la volonté de pratiquer en région



ANNEXE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE  
ENVERS LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGION

Tableau XII : Réponses à la question « [p]armi les GMF-U auxquels vous postuleriez, y-en-a-t-il qui se situeraient dans les régions suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie, Hautes-Laurentides ? »

(Question uniquement pour ceux ayant indiqué vouloir postuler en médecine familiale comme premier choix ou envisageant mettre la médecine familiale parmi leurs choix)

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
<b>Par type de région où le répondant a terminé ses études secondaires</b>			
Grands centres	51 % (67)	49 % (64)	(22)
Banlieues des grands centres	67 % (88)	33 % (43)	(19)
Régions éloignées	95 % (57)	5 % (3)	(1)
<b>Par université ou campus des répondants</b>			
Université Laval	67 % (86)	33 % (42)	(14)
Université McGill	52 % (14)	48 % (13)	(9)
Université de Montréal – campus Montréal	51 % (57)	49 % (54)	(14)
Université de Montréal – campus Mauricie	80 % (20)	20 % (5)	(2)
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	80 % (24)	20 % (6)	(8)
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	88 % (15)	12 % (2)	(1)
<b>Total</b>	<b>64 % (216)</b>	<b>36 % (122)</b>	<b>(48)</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition par campus universitaire</b>	<b>63 %</b>	<b>34 %</b>	

Tableau XIII : Réponses à la question « [e]st-ce que votre premier choix de GMF-U serait situé dans une des régions suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie, Hautes-Laurentides ? »

(Question uniquement pour ceux ayant indiqué qu'ils envisagent mettre au moins un GMU-F situé en région parmi leurs choix de GMF-U)

	Oui	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
<b>Par type de région où le répondant a terminé ses études secondaires</b>			
Grands centres	44 % (26)	56 % (33)	(8)
Banlieues des grands centres	47 % (33)	53 % (37)	(19)
Régions éloignées	81 % (42)	19 % (10)	(4)
<b>Par université ou campus des répondants</b>			
Université Laval	59 % (45)	41 % (31)	(10)
Université McGill	18 % (2)	82 % (9)	(3)
Université de Montréal – campus Montréal	50 % (24)	50 % (24)	(9)
Université de Montréal – campus Mauricie	75 % (12)	25 % (4)	(4)
Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke	42 % (8)	58 % (11)	(5)
Université de Sherbrooke – campus Saguenay	79 % (11)	21 % (3)	(1)
<b>Total</b>	<b>55 % (102)</b>	<b>45 % (82)</b>	<b>(32)</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition par campus universitaire</b>	<b>48 %</b>	<b>52 %</b>	

Tableau XIV : Réponses à la question « [c]oncernant le programme de résidence que vous convoitez présentement, que pensez-vous de l'exposition à la région dans le curriculum actuel ? »

	L'exposition à la pratique en région devrait être augmentée	L'exposition à la pratique en région est adéquate	L'exposition à la pratique en région devrait être diminuée	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Médecine familiale	51 % (72)	49 % (68)	0 % (0)	(34)
Tronc commun de médecine interne	48 % (27)	52 % (29)	0 % (0)	(17)
Pédiatrie	53 % (23)	44 % (19)	2 % (1)	(9)
Spécialité chirurgicale	53 % (26)	45 % (22)	2 % (1)	(16)
Spécialité d'imagerie médicale	56 % (5)	44 % (4)	0 % (0)	(1)
Spécialité de laboratoire	50 % (2)	50 % (2)	0 % (0)	(1)
Anesthésie	33 % (2)	67 % (4)	0 % (0)	(3)
Autre	54 % (21)	38 % (15)	8 % (3)	(12)
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	38 % (11)	62 % (18)	0 % (0)	(9)
Médecine familiale	51 % (72)	49 % (68)	0 % (0)	(34)
Médecine spécialisée	51 % (106)	46 % (95)	2 % (5)	59
<b>TOTAL</b>	<b>51 % (178)</b>	<b>47 % (163)</b>	<b>1 % (5)</b>	<b>93</b>

Graphique 3 : Vision des étudiants en médecine sur l'exposition à la pratique médicale en région dans le cadre du programme de résidence dans lequel ils envisagent postuler

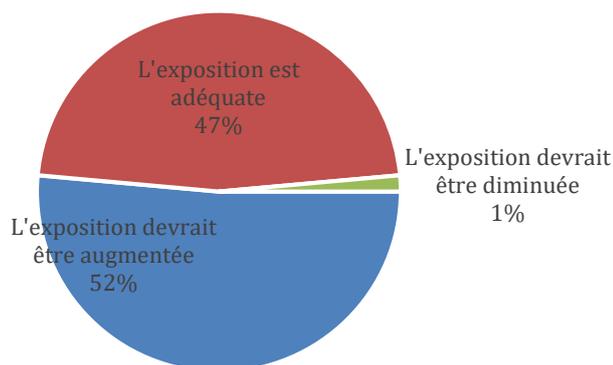


Tableau XV : Réponses à la question « [q]ue pensez-vous de l'idée d'instaurer un tronc commun délocalisé en région pour les résidents volontaires durant les premières années des programmes de résidence ? »

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Il s'agit d'une bonne idée	310	73 %
Cette idée n'est ni bonne, ni mauvaise	92	22 %
Il s'agit d'une mauvaise idée	23	5 %
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	52	
<b>TOTAL</b>	<b>477</b>	<b>100 %</b>

ANNEXE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE SUR L'INTÉRÊT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE  
ENVERS LA PRATIQUE MÉDICALE EN RÉGION

Tableau XVI : Réponses à la question « [e]nvisagez-vous travailler dans l'une des régions suivantes au cours de votre pratique médicale : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Îles-de-la-Madeleine, Gaspésie, Hautes-Laurentides, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James ? »

	Oui	Peut-être	Non	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
<b>Par type de région où le répondant a terminé ses études secondaires</b>				
Grands centres	28 % (54)	46 % (90)	26 % (50)	(6)
Banlieues	36 % (66)	43 % (79)	20 % (37)	(3)
Régions éloignées	90 % (60)	9 % (6)	1 % (1)	(0)
<b>Par université ou campus des répondants</b>				
Université Laval	48 % (80)	31 % (51)	21 % (34)	(4)
Université McGill	31 % (15)	56 % (27)	13 % (6)	(1)
Université de Montréal - campus Montréal	27 % (41)	44 % (67)	28 % (43)	(5)
Université de Montréal - campus Trois-Rivières	72 % (23)	22 % (7)	6 % (2)	(0)
Université de Sherbrooke - campus Sherbrooke	30 % (14)	47 % (22)	23 % (11)	(1)
Université de Sherbrooke - campus Saguenay	52 % (12)	39 % (9)	9 % (2)	(0)
<b>Par niveau actuel dans les études médicales</b>				
Année préparatoire (applicable pour McGill et Montréal)	50 % (16)	25 % (8)	25 % (8)	(0)
Préclinique	41 % (114)	36 % (100)	22 % (62)	(8)
Externat	35 % (55)	47 % (75)	18 % (28)	(3)
<b>Par genre</b>				
Femme	42 % (139)	38 % (127)	19 % (64)	(10)
Homme	34 % (46)	42 % (56)	24 % (32)	(1)
Autre/Je préfère ne pas répondre	0 % (0)	0 % (0)	100 % (2)	(0)
<b>Par programme de résidence envisagé par les répondants</b>				
Médecine familiale	57 % (98)	28 % (48)	15 % (26)	(2)
Médecine spécialisée	29 % (76)	45 % (116)	26 % (67)	(6)
<b>TOTAL</b>	<b>40 % (174)</b>	<b>38 % (164)</b>	<b>22 % (93)</b>	<b>(8)</b>
<b>Moyenne pondérée selon la répartition par campus universitaire</b>	<b>38 %</b>	<b>42 %</b>	<b>21 %</b>	

Tableau XVII : Réponses à la question « [d]ans quelle région envisagez-vous le plus de travailler ? »  
(Question uniquement pour ceux ayant répondu « oui » ou « peut-être » à la question précédente)

	Volonté de travailler en région		TOTAL
	Oui	Peut-être	
Abitibi-Témiscamingue	5 % (8)	5 % (7)	5 % (15)
Bas-Saint-Laurent	18 % (30)	16 % (23)	17 % (53)
Côte-Nord	7 % (12)	2 % (3)	5 % (15)
Gaspésie	14 % (24)	12 % (17)	13 % (41)
Hautes-Laurentides	7 % (12)	15 % (21)	11 % (33)
Îles-de-la-Madeleine	4 % (7)	6 % (9)	5 % (16)
Mauricie-et-Centre-du-Québec	15 % (25)	14 % (20)	15 % (45)
Nord-du-Québec	2 % (3)	0 % (0)	1 % (3)
Nunavik	7 % (12)	6 % (8)	6 % (20)
Outaouais	4 % (6)	12 % (17)	7 % (23)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	14 % (24)	9 % (12)	12 % (36)
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4 % (6)	3 % (4)	3 % (10)
<b>TOTAL</b>	<b>(169)</b>	<b>(141)</b>	<b>(310)</b>

Tableau XVIII : Réponses à la question « Quels éléments parmi les suivants vous amènent à vouloir pratiquer en régions éloignées ? Choisissez tout ce qui s'applique. »  
(Uniquement pour ceux ayant répondu « oui » ou « peut-être » quant à savoir s'ils comptaient travailler en région)

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Attaches familiales	125	36 %
Qualité de vie (horaire, conciliation travail-famille, loisirs, ...)	270	78 %
Type de pratique	257	75 %
Nombre de semaines de vacances	66	19 %
Salaire	89	26 %
Population desservie	127	37 %
<b>TOTAL DES RÉPONDANTS</b>	<b>344</b>	<b>100%</b>

### Graphique 4 : Raisons évoquées par les étudiants en médecine pour vouloir travailler en région

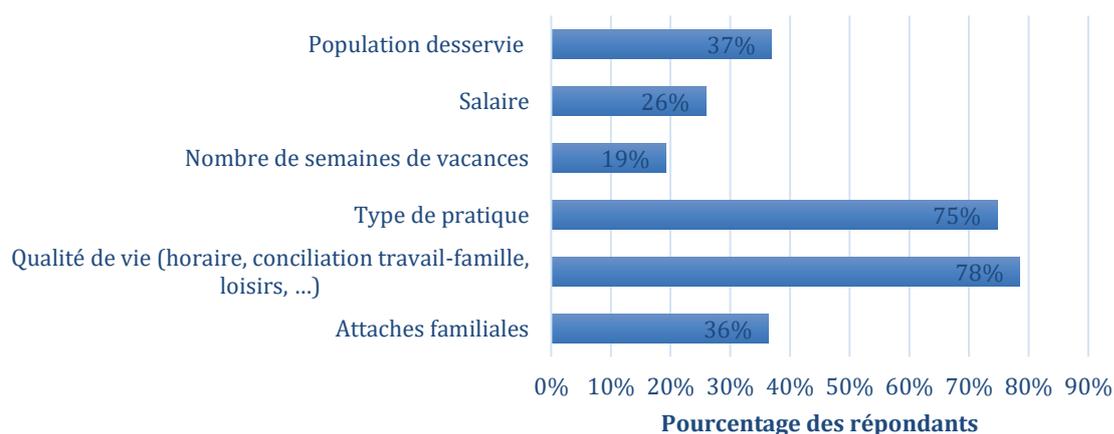


Tableau XIX : Réponses à la question « [p]our les énoncés suivants, indiquez si vous pensez qu'ils s'appliquent davantage à la pratique en milieu urbain ou en milieu régional. »

	Pratique en milieu urbain	Pratique en milieu régional	Équivalent dans les deux milieux	Ne sais pas/préfère ne pas répondre
Meilleure conciliation travail-famille	12 % (57)	56 % (259)	32 % (148)	(13)
Plus de semaines de vacances	12 % (47)	37 % (148)	52 % (209)	(73)
Moins de gardes	55 % (229)	16 % (68)	29 % (120)	(60)
Meilleure diversité d'exposition	43 % (204)	48 % (226)	9 % (41)	(6)
Salaire plus élevé	9 % (40)	74 % (326)	17 % (73)	(38)
Loisirs	21 % (96)	49 % (227)	30 % (141)	(13)
Meilleures compétences professionnelles	26 % (120)	20 % (93)	53 % (244)	(20)

Tableau XX : Réponses à la question « Les ententes salariales entre le gouvernement du Québec et les fédérations médicales fournissent des bonifications salariales aux médecins travaillant en région. Entre autres, les omnipraticiens voient le montant de leurs actes bonifiés de 30% et ceux des spécialistes, de 40%. De plus, il y a des primes d'installation pouvant aller jusqu'à 75 000\$ dans certaines régions du Québec. De quelle manière ces bonifications salariales pour les médecins pratiquant en région vont influencer votre décision d'aller y pratiquer ? »

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Cela augmentera mon intérêt	264	57 %
Cela ne changera pas mon intérêt	199	43 %
Cela diminuera mon intérêt	2	0 %
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	12	
<b>TOTAL</b>	<b>477</b>	<b>100 %</b>

Tableau XXI : Réponses à la question « [p]armi les services offerts par SARROS, desquelles avez-vous entendu parler parmi les suivantes ? »

	Francophones	Anglophones	Total
Stages d'été SARROS	97 % (434)	61 % (19)	95 % (453)
Aide pour trouver un stage d'externat	11 % (48)	3 % (1)	10 % (49)
Colloque des externes	38 % (171)	3 % (1)	36 % (172)
Recrutement de médecins en région	37 % (165)	16 % (5)	36 % (170)
Aide au placement des conjoints et conjointes	8 % (37)	3 % (1)	8 % (38)
Je n'ai jamais entendu parler de SARROS	2 % (7)	39 % (12)	4 % (19)
<b>TOTAL DE RÉPONDANTS</b>	<b>(447)</b>	<b>(31)</b>	<b>(478)</b>

Tableau XXII : Réponses à la question « [a]vez-vous déjà effectué un stage d'été SARROS ? »

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Oui	78	16 %
Non	397	84 %
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	2	
<b>TOTAL</b>	<b>477</b>	<b>100 %</b>

Tableau XXIII : Réponses à la question « [q]uel impact votre stage d'été SARROS a-t-il eu sur votre intérêt envers une pratique future en région ? »

(Uniquement pour les répondants ayant effectué un stage d'té SARROS)

	Nombre de répondants	Pourcentage des répondants
Mon intérêt a augmenté	65	86 %
Mon intérêt en est inchangé	11	14 %
Mon intérêt a diminué	0	0 %
Ne sais pas/préfère ne pas répondre	2	
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100 %</b>

## Discussion

Les étudiants en médecine du Québec ont été sondés sur leur intérêt face à la pratique médicale en région, les facteurs influençant cet intérêt ainsi que l'exposition à la médecine en région dans le cadre de leurs études en médecine et de la résidence. 12,2 % de la population étudiante en médecine du Québec a répondu à ce sondage. Considérant une certaine disparité dans la répartition entre les campus d'origine des répondants et la répartition réelle des étudiants en médecine au Québec, les résultats ont été pondérés lorsque les données étaient analysées par campus universitaire pour tenter de mieux représenter l'ensemble des étudiants en médecine du Québec.

Parmi les répondants étant à l'externat, 72 % ont répondu avoir effectué un stage en milieu régional au cours de leurs études. Lorsque les chiffres sont analysés par université, toutes les universités montrent des taux d'exposition à la région supérieurs à 80% à l'exception de l'Université de

Montréal – campus de Montréal. Cela peut s'expliquer par le fait que l'Université de Montréal est la seule où l'externat ne comporte pas de stage obligatoire en région. Parmi l'ensemble des répondants, 77 % ont indiqué que leur intérêt envers la pratique médicale en région avait augmenté suivant la réalisation d'un stage en région. Seuls 3 % des répondants ont vu leur intérêt diminuer suivant un tel stage.

Lorsque questionnés sur leur choix de résidence, 64 % des répondants comptant mettre la médecine familiale parmi leurs choix de résidence ont affirmé qu'un des GMF-U où ils postuleraient allait être situé dans l'une des régions « éloignées » tel que défini dans la présente étude. Cette décision varie grandement selon l'origine géographique des répondants : ainsi, 51 % des répondants ayant complété leurs études secondaires en milieu urbain considèrent mettre un GMF-U de région parmi leurs choix, contre 95 % pour ceux ayant complété leur secondaire 5 en région. En regardant les chiffres par université et par campus, on remarque que les campus satellites se démarquent particulièrement du lot, avec 80 % de leurs répondants qui envisagent de mettre un GMF-U de région parmi leurs choix.

La tendance est la même lorsqu'on questionne les individus quant à savoir si leur premier choix de GMF-U sera situé en région : 81 % des gens ayant terminé leurs études secondaires en région répondent à l'affirmative, contre 44 % pour ceux ayant fait leur secondaire en grands centres. Les campus satellites se démarquent encore une fois du lot, avec 79 % pour le campus de Saguenay et 75 % pour le campus de Trois-Rivières. Il importe de savoir que seuls ceux ayant répondu qu'ils mettraient un GMF-U situé en région parmi leurs choix se sont vu poser cette question.

En questionnant les répondants sur l'exposition à la pratique médicale en région dans le programme de résidence qu'ils convoitent, 51 % des répondants affirment que l'exposition devrait être augmenté et 47 % affirment que celle-ci est adéquate. Seuls 2 % des répondants affirment que celle-ci devrait être diminuée. Ces chiffres sont semblables entre toutes les résidences visées par les répondants.

73 % des répondants affirment que l'idée d'instaurer un tronc commun en région pour les volontaires pour les premières années de résidence est une bonne idée. 22 % considèrent que cette idée n'est ni bonne, ni mauvaise et 5 % considèrent qu'il s'agit d'une mauvaise idée.

Un total de 40 % des répondants ont affirmé vouloir travailler en région dans leur pratique médicale future et un 38 % additionnel a affirmé vouloir potentiellement y travailler. La tendance se poursuit toujours pour ce qui est de l'origine géographique des répondants, 28% des répondants originaires de grands centres disant vouloir travailler en région éloignée, contre 90 % pour les répondants originaires de régions éloignées. Les étudiants des campus satellites sont encore une fois plus représentés parmi ceux qui souhaitent travailler en région. Nos données semblent montrer cependant que la certitude de vouloir travailler en région s'effrite avec le temps ; en effet, il semble y avoir un déplacement des répondants du « oui » au « peut-être » au fur et à mesure que les études médicales avancent. Les résultats semblent montrer que les femmes ont davantage d'intérêt pour une pratique en région, ce qui diffère des autres études du même genre effectuées à travers le Canada et le monde. Finalement, les gens ayant un intérêt pour la médecine familiale sont plus portés à vouloir pratiquer en région que ceux cherchant à faire une spécialité.

Lorsque questionnés sur les éléments qui les incitent à vouloir travailler en région, une majorité de répondants nomment la qualité de vie et le type de pratique. Les éléments semblant le moins influencer positivement les répondants à aller pratiquer en région sont le nombre de semaines de vacances ainsi que le salaire. Cependant, après avoir été informés des principes généraux des bonifications salariales pour les médecins travaillant en région, 57 % des répondants affirment que ces dernières augmentent leur intérêt à pratiquer en région.

Les répondants ont été questionnés quant à savoir si différents aspects de la pratique médicale s'appliquaient davantage à une pratique en milieu urbain ou en milieu régional. Les répondants ont été majoritaires à dire que la pratique en région permettait une meilleure conciliation travail-famille et un meilleur salaire. Pour la pratique en milieu urbaine, celle-ci aurait l'avantage de comporter moins de gardes selon les répondants. Les étudiants considèrent que le nombre de semaines de vacances et les compétences professionnelles sont les mêmes pour les médecins travaillant en ville et ceux travaillant en région.

À propos de l'organisation SARROS, 95 % des répondants ont affirmé connaître l'existence des stages d'été SARROS. En revanche, les autres services fournis par SARROS n'étaient connus qu'au plus par 36 % des répondants. On note également une grande différence de notoriété des services offerts par SARROS entre les répondants francophones et anglophones, montrant potentiellement un problème de visibilité de SARROS auprès de la communauté anglophone.

16 % des répondants ont effectué un stage d'été SARROS. Parmi ceux-ci, 86 % affirment que leur stage a augmenté leur intérêt pour la pratique en région et 14 % affirment que leur intérêt est inchangé suivant leur stage.

## Limites de l'étude

Les étudiants ayant répondu à ce sondage sont probablement ceux qui, à la base, ont déjà un intérêt plus prononcé pour la pratique médicale en région. L'intérêt est donc probablement estimé à la hausse dans ce sondage. De la même manière, les individus étant originaires de région auront possiblement répondu davantage à ce sondage, surestimant potentiellement le nombre d'étudiants originaires des régions éloignées.

Le taux de réponse des différentes universités différant d'un établissement à l'autre, nos données risquent de sous-estimer les étudiants de l'Université de Sherbrooke – campus Sherbrooke et de l'Université McGill. La pondération en fonction des différentes universités pour certaines questions devrait partiellement corriger de biais.

Ce sondage ne nous permet pas de départager l'effet réel des campus satellites. Les données montrent certes que les étudiants des campus satellites ont un intérêt plus marqué pour les GMF-U en région et une pratique médicale en région. Cependant, aucune donnée ne nous permet de statuer si cet intérêt pour la région était présent initialement et a été le facteur ayant amené ces étudiants à choisir un campus délocalisé ou bien s'il s'agit d'une conséquence d'être formé dans un milieu délocalisé.

D'autres variables auraient pu être questionnées auprès des répondants, entre autres leur âge ainsi que leur état civil, comme ceux-ci ont été ciblés comme ayant un impact sur l'intérêt pour la région dans d'autres études.

## Conclusion

Les étudiants en médecine du Québec ont été sondés sur leur intérêt envers la pratique médicale en région ainsi que sur les déterminants de cet intérêt. Il en ressort que les étudiants provenant des régions éloignées et étudiant dans un campus délocalisé ont un intérêt plus marqué pour la pratique médicale en région.

L'exposition à la région dans le cadre de stages cliniques ou SARROS semble augmenter l'intérêt des étudiants envers la pratique en région. De plus, la majorité des répondants aimerait être exposé à la région davantage dans le cadre de leur programme de résidence.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bilodeau, Henriette, Nicole Leduc et Nicolas van Schendel. *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2006. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/gris/2921954958.pdf>.
- Bureau de coopération interuniversitaire. *La cote de rendement au collégial: aperçu de son rôle et de son utilisation*. Montréal : Bureau de coopération interuniversitaire, 2018. [https://www.bci-qc.ca/wp-content/uploads/2018/07/CRC\\_Apercu-Role\\_utilisation-BCI-juillet2018.pdf](https://www.bci-qc.ca/wp-content/uploads/2018/07/CRC_Apercu-Role_utilisation-BCI-juillet2018.pdf).
- Crespo, Manuel et al. *L'offre de programmes universitaires des sites hors-campus au Québec: ampleur, logiques décisionnelles et évaluation de ses impacts*. Montréal : Cirano, 2011. <https://core.ac.uk/reader/6514760>.
- Département de médecine de famille de l'Université McGill. « Milieux de stage en région ». 22 décembre, 2019. <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/sites-denseignement/sites-ruraux>.
- Département de médecine de famille de l'Université McGill. « Programmes postdoctoraux de résidence et de compétences avancées ». 19 décembre, 2019. <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/formation/programme-residence>.
- Département de médecine de famille de l'Université McGill. « Stage à l'externat en médecine familiale ». 22 décembre, 2019. <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/formation/predoctoral/externat>.
- DesMeules, Marie et Raymond Pong. *How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2006. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/rural\\_canadians\\_2006\\_report\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/rural_canadians_2006_report_e.pdf).
- Dowling, Stephanie et al. « Continuing education for general practitioners working in rural practice: a review of the literature ». *Education for Primary Care* 29, n°3 (2018): 151-165. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29623773>.
- Faculté de médecine de l'Université de Montréal. *La médecine à dimension humaine!* 12 décembre, 2017. [https://admission.umontreal.ca/fileadmin/fichiers/4\\_11h05\\_-\\_La\\_medicin\\_dimension\\_humaine\\_Campus\\_UdeM\\_en\\_Mauricie.pdf](https://admission.umontreal.ca/fileadmin/fichiers/4_11h05_-_La_medicin_dimension_humaine_Campus_UdeM_en_Mauricie.pdf).
- Faculté de médecine de l'Université de Montréal. « Mauricie ». 19 décembre, 2019. <https://md.umontreal.ca/mauricie/>.
- Faculté de médecine de l'Université Laval. « Faire sa résidence en région ». 19 décembre, 2019. <https://www.fmed.ulaval.ca/faire-sa-residence-en-region/>.
- Faculté de médecine de l'Université Laval. « Guide de développement et gestion d'un ELI ». 22 décembre, 2019. <https://www.fmed.ulaval.ca/fileadmin/documents/faculte-reseau/documents-officiels-et-promotionnels/documents/guide-eli-ul.pdf>.
- Faculté de médecine de l'Université Laval. « Le doctorat de médecine aussi offert à Lévis et Rimouski dès 2022 ». 19 décembre, 2019. <https://www.fmed.ulaval.ca/faculte-et-reseau/a-surveiller/nouvelles/detail-dune-nouvelle/le-doctorat-de-medecine-aussi-offert-a-levis-et-rimouski-des-2022/>.
- Faculté de médecine de l'Université Laval. « Résidence en médecine familiale ». 18 décembre, 2019. <https://www.fmed.ulaval.ca/programmes-detudes/etudes-en-medecine/residences-etudes-medicales-postdoctorales/residence-en-medecine-familiale/formation-clinique/>.
- Faculté de médecine de McGill. *Externat intégré*. 11 septembre, 2014. [https://www.mcgill.ca/ugme/files/ugme/depliant\\_externat\\_integre\\_aout\\_2015.pdf](https://www.mcgill.ca/ugme/files/ugme/depliant_externat_integre_aout_2015.pdf).
- Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. *Programme de doctorat en médecine*. 22 décembre, 2019. [https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/fileadmin/sites/doctorat-medecine/images/Agrement\\_2019/presentation\\_prog-md\\_2017\\_vf.pdf](https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/fileadmin/sites/doctorat-medecine/images/Agrement_2019/presentation_prog-md_2017_vf.pdf).
- Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. *Tableau comparatif GMF-U 2019-2020*. 26 février, 2020. [https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/fileadmin/user\\_upload/Tableau\\_Comparatif\\_GMF-U-2019-2020.pdf](https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/fileadmin/user_upload/Tableau_Comparatif_GMF-U-2019-2020.pdf).
- Farmer, Jane et Amy Nimegeer. « Community participation to design rural primary healthcare services ». *BMC Health Services Research* 14, n°130 (2014): 1-10. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-130>.

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « Lettre d'entente No 351 ». 18 décembre, 2019. <https://www.fmoq.org/pratique/depannage/le351forfait-installation/>.
- Fédération médicale étudiante du Québec. *Les effectifs médicaux au Québec: un médecin pour chacun et une place pour chaque médecin*. mars, 2017. <https://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2016/03/M%0c3%0a9moire-sur-la-gestion-des-effectifs-m%0c3%0a9dicaux.pdf>.
- Fleet, Richard et al. « Access to emergency care in rural Canada: should we be concerned? » *Canadian Journal of Emergency Medicine* 15, n°4 (2013): 191-193.
- Fleet, Richard et al. « Improving delivery of care in rural emergency departments: a qualitative pilot study mobilizing health professionals, decision-makers and citizens in Baie-Saint-Paul and the Magdalen Islands, Québec, Canada ». *BMC Health Services Research* 20, n°62 (2020): 1-10. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-020-4916-1>.
- Fleet, Richard et al. « Limited access to services in Canada rural emergency departments: pilot study ». *CJEM* 14 (2012).
- Fleet, Richard et al. « Portrait of rural emergency departments in Québec and utilization of the provincial emergency department management Guide: cross sectional survey ». *BMC Health Services Research* 15, n°527 (2015): 1-9. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1242-0>.
- Formation médicale décentralisée de l'Université McGill. « En région ». 19 décembre, 2019. <https://www.mcgill.ca/med-dme/fr/milieus-de-formation/en-region>.
- Formation médicale décentralisée de l'Université McGill. « Milieux ruraux par spécialité ». 22 décembre, 2019. <https://mcgill.ca/med-dme/fr/milieus-de-formation/en-region-par-specialite>.
- Fournier, Marc-André et al. *Mesure d'attraction et de rétention de médecins en région éloignée: politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2004. <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R04-08.pdf>.
- Gauthier, Josée et al. *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2009. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014\\_conditionsaccessservsantecommunrurales.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014_conditionsaccessservsantecommunrurales.pdf).
- Gouvernement du Québec. Arrêté ministériel 96-07.
- Greenhill, Jennene, Judy Walker et Denese Playford. « Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum ». *Rural and Remote Health* 15, n°3 (2015): 1-14. [www.rrh.org.au/journal/article/2991](http://www.rrh.org.au/journal/article/2991).
- Hutten-Czapski, Peter. « Rural incentive programs: a failing report card ». *Canadian Journal of Rural Medicine* 3, n°4 (1998): 242-247. [https://www.collectionscanada.gc.ca/eppp-archive/100/201/300/cdn\\_medical\\_association/cjrm/vol-3/issue-4/0242.htm](https://www.collectionscanada.gc.ca/eppp-archive/100/201/300/cdn_medical_association/cjrm/vol-3/issue-4/0242.htm).
- Institut de la statistique du Québec. « Taux d'inscription auprès d'un médecin de famille selon le sexe et le groupe d'âge, régions sociosanitaires et ensemble du Québec, 2013 à 2017 ». 7 novembre, 2018. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp\\_interreg/tableaux/taux\\_med\\_fam.htm#Ensemble\\_Quebec](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp_interreg/tableaux/taux_med_fam.htm#Ensemble_Quebec).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « Milieux ruraux et urbains: quelle différence de santé au Québec? ». 16 mai, 2019. <https://www.inspq.qc.ca/santescopie/milieus-ruraux-urbains>.
- Johnson, George E., Fredrick Clive Wright et Kirsty Foster. « The impact of rural outreach programs on medical students' future rural intentions and working locations: a systematic review ». *BMC Medical Education* 18, n°196 (2018): 1-19. <https://bmcmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1287-y>.
- Légaré, France et al., « The majority of accredited continuing professional development activities do not target clinical behavior change ». *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 90, n°2 (2015): 197-202. [https://www.sacme.org/Resources/Documents/Virtual%20Journal%20Club/The\\_Majority\\_of\\_Accredited\\_Continuing\\_Professional25.pdf](https://www.sacme.org/Resources/Documents/Virtual%20Journal%20Club/The_Majority_of_Accredited_Continuing_Professional25.pdf).

- Lévesque, Mylène et al. « Physician perceptions of recruitment and retention factors in an area with a regional medical campus ». *Canadian Medical Education Journal* 9, n°1 (2018): e74-83. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104334/pdf/CMEJ-9-e074.pdf>.
- Li, Jinhu et al. « Retaining Rural Doctors: Doctors' Preferences for Rural Medical Workforce Incentives ». *Social Science & Medicine* 121 (2014): 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.053>.
- MacDowell, Martin, Michael Glasser et Matthew Hunsaker. « A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois ». *Academic Medicine* 88, n°12 (2013): 1941-1947. <https://insights.ovid.com/article/00001888-201312000-00039>.
- McGrail, Matthew R., Belinda G. O'Sullivan et Deborah J. Russell. « Rural Training Pathways: The Return Rate of Doctors to Work in the Same Region as Their Basic Medical Training ». *Human Resources for Health* 16, n°1 (2018): 56. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0323-7>.
- Miedema, Baukje et al. « The challenges and rewards of rural family practice in New Brunswick, Canada: lessons for retention ». *Rural and Remote Health* 9, n°2 (2009): 1-9. <https://www.rrh.org.au/journal/article/1141>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Admission en médecine ». 6 février, 2017. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/etudiants-externes-residents/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de gestion: Formation médicale décentralisée*. 21 décembre, 2019. <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/52/79/2018-2019-cadre-de-gestion-officiel.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. « Entente particulière relative au respect des PREM en médecine de famille ». 24 mars, 2017. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/entente-particuliere/>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Plans d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité en date du 2020-02-03*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2020. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes\\_specialites\\_2020-02-03.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes_specialites_2020-02-03.pdf).
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2011. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-228-03W.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. « Régions sociosanitaires du Québec ». 15 novembre, 2018. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions-sociosanitaires-du-quebec/>.
- Mitra, Goldis et al. « Predictors of rural family medicine practice in Canada ». *Canadian Family Physician* 64, n°8 (2018): 588-596. <https://www.cfp.ca/content/64/8/588>.
- Myhre, Douglas et Stacey Hohman. « Going the distance: early results of a distributed medical education initiative for Royal College residencies in Canada ». *Rural and Remote Health* 12, n°4 (2012): 1-7. <https://www.rrh.org.au/journal/article/2151>.
- Myhre, Douglas, Sameer Bajaj et Wes Jackson. « Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review ». *Rural and Remote Health* 15, n°3 (2015): 1-5. [www.rrh.org.au/journal/article/3483](http://www.rrh.org.au/journal/article/3483).
- Norman, Geoffrey R., Susan I Shannon et Michael L. Marrin. « The need for needs assessment in continuing medical education ». *BMJ* 328, n°7446 (2004): 999-1001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC404504/pdf/bmj32800999.pdf>.
- Pong, Raymond W. « Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years ». *Human Resources for Health* 6, n°24 (2008): 1-9. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-6-24>.
- Programme de formation médicale à Saguenay. « ACCUEIL ». 19 décembre, 2019. <http://www.uqac.ca/medecine/accueil/>.
- Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS). *Statistiques cohortes 2006 à 2019*. 21 octobre, 2019.
- Rabinowitz, Howard K. et al. « Demographic, Educational and Economic Factors Related to Recruitment and Retention of Physicians in Rural Pennsylvania ». *The Journal of Rural Health* 15, n°2 (1999): 212-218. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1748-0361.1999.tb00742.x>.

- Rabinowitz, Howard K. et al. « Increasing the supply of rural family physicians: recent outcomes from Jefferson Medical College's Physician Shortage Area Program (PSAP) ». *Academic Medicine* 86, n°2 (2011): 264-269. [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/02000/Increasing\\_the\\_Supply\\_of\\_Rural\\_Family\\_Physicians\\_29.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/02000/Increasing_the_Supply_of_Rural_Family_Physicians_29.aspx).
- Radio-Canada. « Un “nouveau partenariat” de 1,6 milliard entre Québec et les médecins spécialistes ». 11 décembre, 2019. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1429255/quebec-medecins-specialistes-dube-francoeur-entente-baisse-remuneration>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. « Manuel des médecins omnipraticiens - Brochure no 1 ». 26 février, 2020. [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html).
- Régie de l'assurance maladie du Québec. « Manuel des médecins spécialistes - Brochure no 1 ». 26 février, 2020. [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/154-brochure-1-specialistes/Specialistes\\_Brochure\\_no1.html](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/154-brochure-1-specialistes/Specialistes_Brochure_no1.html).
- Régie de l'assurance maladie du Québec. « Rémunération différente (annexes XII et XII-A) ». 26 février, 2020. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/remuneration-differente/Pages/introduction.aspx>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Tableau 1 – Omnipraticien rencontrant la condition de 75 % de sa pratique en territoire désigné prévue à l'article 3 de la section I de l'annexe XII et rémunération du dépannage à cet omnipraticien dans un autre territoire désigné*. Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/remuneration-differente-t1.pdf>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Tableau 2 – Omnipraticien qui ne rencontre pas la condition de 75 % de sa pratique en territoire désigné prévue à l'article 3 de la section de l'annexe XII*. Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/remuneration-differente-t2.pdf>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. *Tableau 3 – Rémunération majorée en territoires non désignés (annexe XII-A)*. Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/remuneration-differente-t3.pdf>.
- SARROS. « Contact ». 19 décembre, 2019. <https://www.equipesarros.ca/contact>.
- SARROS. « La tournée des stages d'été ». 21 décembre, 2019. <https://www.equipesarros.ca/tournee-des-stages/>.
- SARROS. « Les bourses et le soutien ». 10 février, 2020. <https://www.equipesarros.ca/stage/#bourses-et-soutien>.
- SARROS. « Les régions SARROS ». 25 février, 2020. <https://www.equipesarros.ca/regions>.
- SARROS. « Le stage d'été SARROS ». 21 décembre, 2019. <https://www.equipesarros.ca/stage>.
- SARROS. « Un emploi en région ». 19 décembre, 2019. <https://www.equipesarros.ca/emploi>.
- Statistique Canada. « La population rurale du Canada depuis 1851 ». 2018. [https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003\\_2-fra.cfm](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003_2-fra.cfm).
- Steele, Robert S. et al. « A Rural Approach to Quality Improvement for Small Rural Hospitals: Lessons from Rural Texas ». *Healthcare Management Forum* 33, n°2 (2019) : 75-79. <https://doi.org/10.1177/02F0840470419882954>.
- Tate, Robert B. et Fred Y. Aoki. « Rural practice and the personal and educational characteristics of medical students ». *Canadian Family Physician* 58, n°11 (2012): e641-648. <https://www.cfp.ca/content/58/11/e641.long>.
- Université Laval. « Stage de médecine familiale en région (Externat) ». 22 décembre, 2019. <https://www.ulaval.ca/les-etudes/cours/repertoire/detailsCours/med-3500-stage-de-medecine-familiale-en-region-externat.html>.
- Université McGill. « Bienvenue au Campus Outaouais ». 19 décembre, 2019. <https://www.mcgill.ca/ugme/fr/mdcm-et-programmes-doubles/nos-deux-campus/campus-outaouais/bienvenue-au-campus-outaouais>.
- Université de Moncton. « Historique du CFMNB ». 2 février, 2020. <https://www.umoncton.ca/medecine/historique>.

- Université de Montréal. « Chirurgie générale ». 9 février, 2020. <https://medpostdoc.umontreal.ca/programmes/chirurgie-generale/>.
- Université de Montréal. *Milieux disponibles pour les stages en médecine de famille*. 22 décembre, 2019. [https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/stage\\_a\\_option\\_medicine\\_familiale.pdf](https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/stage_a_option_medicine_familiale.pdf).
- Université de Montréal. *Répertoire des stages à option*. 22 décembre, 2019. [https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/repertoire\\_stages\\_option\\_externat.pdf](https://md.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/08/repertoire_stages_option_externat.pdf).
- Université de Sherbrooke. *Curriculum du programme de résidence en pédiatrie sur 4 ans avec centre affilié, Chicoutimi*. 22 mai, 2014. [https://www.usherbrooke.ca/dep-pediatrie/fileadmin/sites/pediatrie/documents/CURRICULUM\\_SUR\\_4\\_ANS.pdf](https://www.usherbrooke.ca/dep-pediatrie/fileadmin/sites/pediatrie/documents/CURRICULUM_SUR_4_ANS.pdf).
- Université de Sherbrooke. « Lieux de stages - département d'obstétrique et de gynécologie ». 22 décembre 2019. <https://www.usherbrooke.ca/dep-obstetrique-gynecologie/programmes/etudes-medicales-predoctorales/externat/lieux-de-stages/>.
- Université de Sherbrooke. « Répartition des stages - Département d'anesthésiologie ». 9 février, 2020. <https://www.usherbrooke.ca/dep-anesthesiologie/programme/etudes-medicales-postdoctorales/repartition-des-stages/>.
- Vérificateur général du Québec. *Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes*. Québec: Vérificateur général du Québec, 2015. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Automne/fr\\_Rapport2015-2016-VOR-Chap02.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap02.pdf).
- Viscomi, Marco, Sarah Larkins et Tarun S. Gupta. « Recruitment and Retention of General Practitioners in Rural Canada and Australia: A Review of the Literature ». *Canadian Journal of Rural Medicine* 18, n°1 (2013): 13-23. <https://srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol18n1/pg13.pdf>.
- Wilkinson, David et al. « Impact of undergraduate and postgraduate rural training, and medical school entry criteria on rural practice among Australian general practitioners: national study of 2414 doctors ». *Medical Education* 37, n°9 (2003): 809-814. <https://doi.org/10.1046/j.1365-29>