



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

*Mesures d'attraction et de rétention des médecins
en région éloignée : politiques adoptées dans les
provinces canadiennes et dans certains pays
et leçons à tirer pour le Québec*

*Marc-André Fournier
André-Pierre Contandriopoulos
Charles Patrick Diene
Louise-Hélène Trottier*

R04-08

Juin 2004

Dépôt légal – 3^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-84-2

**MESURES D'ATTRACTION ET DE RÉTENTION DES MÉDECINS
EN RÉGION ÉLOIGNÉE : POLITIQUES ADOPTÉES DANS LES
PROVINCES CANADIENNES ET DANS CERTAINS PAYS
ET LEÇONS À TIRER POUR LE QUÉBEC**

**Marc-André Fournier, M.Sc.
André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.
Charles Patrick Diene, B.Sc.
Louise-Hélène Trottier, Ph.D.**

**Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
Faculté de médecine
Université de Montréal**

Juin 2004

TABLE DES MATIÈRES

POINTS SAILLANTS	iii
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES ET POLITIQUES DANS D'AUTRES PAYS	3
2.1 Facteurs qui affectent le recrutement et la rétention.....	3
2.2 Les stratégies préconisées ou développées dans d'autres pays.....	11
3. MÉTHODOLOGIE	13
4. POLITIQUES ADOPTÉES DANS LES PROVINCES CANADIENNES	17
QUÉBEC	17
COLOMBIE-BRITANNIQUE	25
ALBERTA	34
SASKATCHEWAN.....	48
MANITOBA	55
ONTARIO.....	62
NOUVEAU-BRUNSWICK	74
NOUVELLE-ÉCOSSE	81
TERRE-NEUVE/LABRADOR	84
5. SYNTHÈSES DES POLITIQUES ADOPTÉES ET LEÇONS À TIRER POUR LE QUÉBEC	87
6. RÉFÉRENCES	93
Annexe 1 – Bibliographie	99
Annexe 2 - Liste des sites WEB	125

POINTS SAILLANTS :
PRINCIPAUX CONSTATS ET LEÇONS À TIRER POUR LE QUÉBEC

Malgré la diversité et l'ampleur des mesures qui ont été prises, au cours des trente dernières années, au Québec, pour attirer et maintenir des médecins en région éloignée, force est de constater que l'équité d'accès aux services médicaux est loin d'être atteinte. Afin d'améliorer ses politiques, le Ministère de la Santé et des Services sociaux veut tirer profit des expériences effectuées ailleurs. À cet effet, il nous a demandé de faire un état de situation des mesures adoptées dans chacune des provinces canadiennes et dans certains pays développés.

Les principaux constats qui se dégagent des travaux effectués sont les suivants :

Les faits

- 1- L'accès aux services médicaux dans les régions rurales ou éloignées des grands centres urbains est un problème qui perdure au Québec comme dans toutes les provinces du Canada et dans la plupart des pays développés. Le problème concerne principalement les services médicaux de première ligne. L'accès aux services spécialisés se pose de façon différente car il est surtout lié au déploiement des hôpitaux sur le territoire et à la constitution de pôles régionaux d'expertise spécialisée.
- 2- Toutes les provinces canadiennes ont adopté des mesures afin d'attirer et, dans une moindre mesure, de retenir des médecins en région éloignée des grands centres urbains depuis les années 1970. Les mesures adoptées au Canada sont sensiblement les mêmes que celles développées dans d'autres pays présentant les mêmes caractéristiques que le Canada (grande étendue de territoire, faible densité de population et populations autochtones importantes en milieu isolé) comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, certains pays d'Europe.
- 3- Après plus de 30 ans d'efforts pour améliorer l'accès des services médicaux en région éloignée, il ressort clairement des expériences au Canada et ailleurs qu'il n'y a ni modèles de réussite ni modèles d'échec. C'est le constat que posent les rares experts qui s'intéressent à cette question depuis plus de 20 ans dans divers pays. L'accumulation des

diverses expériences et l'analyse de leurs résultats permet cependant d'en dégager certaines leçons.

- 4- Au Québec, le problème de la répartition des médecins sur le territoire s'est amplifié au cours des dernières années suite aux mesures visant à accélérer les départs à la retraite et à réduire le nombre d'admissions en médecine des années 1980 et 1990. On ne peut cependant pas s'attendre à ce que la forte croissance des admissions en médecine amorcée depuis 1999 (de 401 à 666) permettra d'améliorer de façon significative la situation à court terme ou même à moyen terme. D'une part, l'augmentation des admissions en médecine aura peu d'effet sur le nombre annuel de nouveaux médecins au cours des 10 prochaines années car cet ajout de nouveaux médecins sera à peine suffisant pour remplacer les départs à la retraite; d'autre part, si les mesures incitatives prises dans les années 1970 et 1980 n'ont pas donné les résultats escomptés alors que les effectifs médicaux étaient en croissance rapide, il est vraisemblable que de telles mesures auront moins de chance de réussite au cours des dix prochaines années dans un contexte où le nombre de diplômés sera insuffisant pour répondre aux besoins croissants, même dans les centres urbains. Ce n'est donc qu'à long terme que l'accroissement récent des admissions en médecine devrait permettre de mieux répondre aux besoins en région éloignée à moins que des mesures soient adoptées pour limiter le nombre d'entrées dans les grands centres autant des nouveaux médecins que de ceux qui ont exercé pendant quelques années en région éloignée
- 5- Il n'y a pas d'études évaluatives permettant de dire qu'une mesure ou un programme est efficace dans tous les contextes. L'état des connaissances actuel permet à peine d'identifier les facteurs qui influencent le comportement des médecins face à la pratique en région éloignée et à leur choix de carrière en général.

Les mesures adoptées au Canada

- 6- Les premières mesures adoptées visaient surtout à favoriser le recrutement (bourses aux étudiants et aux résidents, stages facultatifs ou obligatoires de courte durée en milieu éloigné et primes d'installation). Devant le cycle continu d'arrivées et de départs, les

provinces ont adopté des mesures pour favoriser la rétention comprenant des mesures d'*incitations financières* (primes, majoration tarifaire, modes alternatifs de rémunération), de *préparation à la pratique* en région éloignée pendant la formation et de *soutien professionnel* pour les médecins (médecins remplaçants, éducation médicale continue, formation de perfectionnement, etc.). La même séquence de mesures a été observée dans d'autres pays dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, et les États-Unis.

- 7- La gamme des mesures de recrutement utilisée par les provinces canadiennes est très diversifiée (programmes de formation adaptée, incitations financières pendant la formation et lors de l'installation, marketing et initiatives de recrutement). Mais seulement deux mesures se retrouvent partout : des programmes de bourses aux étudiants et aux résidents ainsi que des primes d'installation. La gamme des mesures de rétention est beaucoup moins vaste. Presque toutes les provinces ont des programmes visant à faciliter le recours à des médecins remplaçants (ou médecins dépanneurs), à bonifier la rémunération pour la garde sur appel et la couverture de l'urgence ainsi qu'à encourager les médecins à participer à des activités de formation médicale continue ou de perfectionnement.

En ce qui concerne mesures d'incitations financières, le Québec est la province qui a le plus misé sur ce type de mesures, particulièrement sur la majoration tarifaire. Seulement trois autres provinces ont une telle mesure et leur niveau de majoration est nettement inférieur à celui du Québec. Par contre, la plupart des provinces ont des modes alternatifs de rémunération (tarif horaire, contrat de services) pour certains types de pratique, particulièrement en milieu isolé où le volume de services est faible. Mais peu d'entre elles ont des programmes de prime de rétention ou de majoration tarifaire au-delà des trois ou quatre premières années de pratique.

L'impression générale qui ressort de l'expérience canadienne est que les mesures d'attraction ont été beaucoup plus utilisées que les mesures de rétention. Les provinces se sont, en quelque sorte, résignées à avoir des taux de roulement importants de médecins en

région éloignée de façon à favoriser l'accès aux services mais nécessairement à la continuité des soins.

- 8- Les expériences des autres provinces sont peu encourageantes. L'Ontario et l'Alberta sont les provinces qui ont, à la fois, le plus grand nombre de mesures pour recruter et retenir les médecins en milieu rural et le plus haut niveau de rémunération pour les médecins au Canada. Malgré cela, elles ne sont pas parvenues à attirer des médecins des autres provinces pour pratiquer en région éloignée et elles ont dû recruter massivement des médecins étrangers au cours des dernières années. L'expérience de l'Alberta, au cours des 15 dernières années, est très éloquente. On l'a souvent prise comme modèle pour avoir développé un programme bien structuré visant à agir sur tous les facteurs d'attraction et de rétention en milieu rural. Malgré cela, plus de la moitié des médecins en milieu rural sont recrutés à l'étranger.

Analyse de la situation

- 9- Les évaluations sur les facteurs susceptibles d'attirer et de retenir des médecins dans des régions éloignées et sur les différents programmes mis en place sont décevantes. Pratiquement aucune des mesures adoptées n'a fait l'objet d'une évaluation scientifique. Les politiques ont été abandonnées ou modifiées au gré des impressions de leur efficacité ou de leur inefficacité. Toutefois, il ne faut pas oublier que si on connaît peu de choses sur l'efficacité réelle des mesures adoptées, on ne sait pas non plus quelle serait la situation en l'absence de celles-ci.
- 10- On reconnaît, aujourd'hui, que la décision pour un professionnel hautement qualifié, comme des médecins, de pratiquer en région éloignée est un processus complexe qui ne peut être influencé que de façon marginale par des incitations économiques de courte ou de moyenne durée. Les résultats des différents travaux de recherche et d'analyse montrent que le facteur le plus important pour amener les médecins en milieu éloigné ou rural est le fait « d'aimer vivre » dans ce type d'environnement. Cette disposition est généralement associée au fait d'avoir grandi dans cet environnement, d'avoir un conjoint qui partage les mêmes goûts et d'y être socialement bien intégré. Il faut donc chercher à admettre en formation médicale un plus grand nombre d'individus qui ont ces caractéristiques.

- 11- Autant le fait d'aimer vivre en dehors des grands centres peut être un facteur déterminant dans le choix des médecins de famille de faire carrière en région éloignée, autant il est insuffisant pour les médecins spécialistes. Les spécialistes sont peu attirés par la pratique en région éloignée, car les motivations du choix d'une pratique spécialisée sont, ou souvent perçues, comme incompatibles avec la pratique en région. Pour plusieurs, la pratique en région représente une forme de déqualification de leur formation (formation hautement spécialisée comparativement au défi et à la pratique dans ces milieux).

Les solutions émergentes

- 12- Devant le succès très relatif des mesures d'incitations financières et d'exposition pendant de courtes périodes de temps à la pratique en région rurale durant la formation sur la répartition géographique des médecins, on a développé, aussi bien au Canada qu'à l'étranger, de nouvelles stratégies :

- 1) le développement de faculté de médecine ou de campus régional en milieu rural pour attirer davantage d'étudiants des régions et pour leur fournir une formation adaptée à la pratique rurale qui n'oblige pas les étudiants à vivre plusieurs années en milieu urbain et d'être tentés d'y demeurer par la suite. La formation en milieu rural leur permet aussi de mieux s'intégrer ou de maintenir leurs liens avec un environnement rural. Soulignons que l'Ontario ouvrira un « campus sans mur » en 2004, et la Colombie-Britannique, une faculté de médecine en région éloignée en 2005;
- 2) la mise en place de programmes de formation adaptés à la pratique rurale dans les facultés conventionnelles (curriculum spécifique, stages de formation, troisième année de résidence en médecine familiale, etc.) afin d'améliorer les compétences et les habiletés des médecins pour la pratique en milieu éloigné pour que ceux-ci se sentent à l'aise et confiants dans leur pratique;
- 3) la mise en place d'un programme élaboré de médecins remplaçants (dépanneurs) pour des besoins ponctuels, des vacances, des congés de maladie, de maternité ou de formation afin d'alléger le fardeau de travail et d'améliorer la qualité de vie familiale et sociale;

- 4) la mise en place de mesures visant à encourager les communautés et les régions à mettre plus d'efforts dans le recrutement et l'intégration des médecins dans leur communauté;
- 5) l'organisation d'un système de mentorat pour rassurer et guider les jeunes médecins.

Les leçons à tirer pour le Québec

13- Le Québec a utilisé, au cours des 20 dernières années, sensiblement le même éventail de mesures que les autres provinces et les autres pays pour favoriser le recrutement et le maintien des médecins en région éloignée. Le Québec se distingue des autres provinces par l'ampleur des incitations financières, particulièrement la majoration tarifaire. Malgré cela, les problèmes perdurent. De nouvelles approches doivent donc être adoptées. Pour renouveler sa politique d'équité d'accès aux services médicaux, le Québec pourrait s'inspirer des solutions émergentes qui sont à l'étude ou à l'essai ailleurs et envisager de :

- Augmenter, dans les facultés de médecine, le nombre d'étudiants provenant des régions éloignées;
- Encourager le développement d'une culture valorisant la pratique en région dans les milieux universitaires;
- Assurer une meilleure préparation à la pratique en région par la mise en place d'un curriculum spécifique, de stages de formation en région mieux adaptés et plus longs qui pourrait se traduire, par exemple, par une troisième année de résidence pour les médecins de famille qui veulent aller en région ou le développement de campus régionaux de formation;
- Soutenir les médecins dans leur pratique en
 - Mettant en place un mécanisme structuré de coordination, avec un financement adéquat, pour assurer un service de médecins remplaçants afin d'éviter la surcharge de travail et de permettre une qualité de vie familiale et sociale satisfaisante ainsi que l'accès à des activités de formation; toutefois, les mesures de dépannage ne doivent pas uniquement viser à éviter la rupture de services mais surtout à prévenir ces problèmes en améliorant la qualité de vie des médecins par des remplacements périodiques autant en CH qu'en cabinet;

- Mettant en place des mécanismes d'échange avec d'autres médecins afin de réduire l'isolement professionnel que connaissent plusieurs médecins (mentorat, réseaux de médecins, etc.);
- Assurant l'accès à des ressources de référence médicales ou autres;
- Assurer une masse critique de médecins spécialistes dans les établissements à vocation régionale ayant des plateaux techniques bien développés;
- Maintenir des formes d'incitations financières pour attirer et maintenir les médecins en région qui permettent aux médecins de recevoir une rémunération « équitable » par rapport à leurs confrères des autres régions mais aussi par rapport à ceux de leur région compte tenu de leurs tâches et responsabilités, particulièrement pour la garde. Il ne faut pas oublier que le niveau et les modalités de rémunération ont une dimension symbolique importante. Le niveau de la rémunération ne vise pas seulement à attirer les médecins, mais aussi à reconnaître l'importance et les particularités de la pratique de la médecine en région éloignée et rurale;
- Développer des programmes afin d'encourager les localités et les régions à s'impliquer dans des initiatives de recrutement de médecins et surtout d'intégration de ceux-ci et de leur conjoint dans leur communauté. La présence durable de médecins dans une communauté doit s'inscrire dans une véritable politique de développement régionale avec, entre autres, le développement du système d'éducation (école secondaire);
- Recourir, comme font les autres provinces, à des médecins étrangers pour réduire, à court terme, les problèmes d'accès en attendant que les mesures de moyen terme d'augmentation du nombre d'étudiants en médecine fassent effet. Cette mesure doit être utilisée avec précaution; d'une part, parce qu'elle risque de renforcer l'idée que la médecine en région est une activité de deuxième ordre et, d'autre part, parce que le recrutement de médecins étrangers contribue à aggraver dans d'autres pays moins développés des problèmes d'accès aux services.
- Envisager de mettre sur pied un organisme autonome multipartite (MSSS, CMQ, fédérations de médecins, universités, régions, etc.) pour élaborer, implanter, coordonner et évaluer les différentes mesures à mettre en place pour faciliter le recrutement et le maintien des médecins en région éloignée. Pour réussir à mener à

bien de telles actions, il faut être proactif, inventif, opportuniste, constant dans le temps et être en mesure d'agir de façon intersectorielle. Une telle démarche ne peut se faire à la pièce mais doit s'appuyer sur une vision claire des objectifs visés, des stratégies à adopter et des actions à entreprendre qui fassent consensus auprès des acteurs concernés. Elle doit aussi disposer des ressources financières et humaines pour réaliser leur mise en œuvre. Malgré ses succès mitigés, le programme RPAP de l'Alberta peut être un modèle dont on peut s'inspirer.

- Les mécanismes actuels de conception et de gestion des politiques de recrutement et de rétention des médecins sont à la fois trop sectorisés, généraux et fragmentés pour pouvoir donner les résultats attendus. Il faudrait, entre autres, que les mesures négociées avec les fédérations médicales se situent à l'intérieur d'une politique d'ensemble visant une meilleure répartition des effectifs et un meilleur accès aux services médicaux pour l'ensemble de la population du Québec.

1- INTRODUCTION

Le Québec a adopté, au cours des trente dernières années, un ensemble de mesures visant à recruter et maintenir des médecins en région éloignée. Malgré l'ampleur de ces mesures, l'accès aux services médicaux demeure encore précaire dans plusieurs communautés. Afin d'améliorer les programmes actuellement en vigueur, le ministère de la Santé et des Services sociaux veut tirer profit des expériences réalisées dans les autres provinces canadiennes et dans d'autres pays. Dans cette perspective, il nous a demandé de réaliser des travaux dont le contenu serait :

- une description détaillée des politiques et mesures adoptées dans chacune des provinces canadiennes et dans certains pays visant à favoriser le recrutement et la rétention des médecins en région éloignée;
- une recension des études évaluatives (administratives ou scientifiques) pertinentes;
- une recension des sites Internet et des organismes de recherche traitant spécifiquement de la médecine en milieu rural et des programmes et mesures d'attraction et de rétention en région éloignée et des travaux de recherche évaluative en cours;
- une recension et un bilan des principaux résultats des analyses et des recherches portant sur les facteurs d'attraction et de rétention des médecins en milieu rural, réalisées tant au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde;
- les leçons à tirer pour le Québec des principaux travaux recensés.

Les résultats que nous présentons reflètent le contenu de la documentation disponible. De la recherche exhaustive que nous avons faite, on retient d'abord qu'il est bien souvent difficile de dresser un portrait détaillé des programmes dans les différentes juridictions mais aussi, et surtout, qu'il n'y a pratiquement pas d'étude évaluative méthodologiquement solide sur les programmes mis en place. Tout au plus, avons-nous des études permettant d'associer des résultats à l'adoption de certaines mesures, mais sans pour autant pouvoir être assurés que les variations observées ne sont pas dues à d'autres phénomènes. Les relations de cause à effet entre les programmes et la répartition des médecins restent donc à évaluer.

Nous présentons d'abord un bref aperçu de l'état des connaissances sur les facteurs prédictifs du recrutement et de la rétention des médecins en milieu rural ou éloigné ainsi qu'une courte présentation des politiques adoptées dans certains pays; par la suite, on présente la méthodologie utilisée pour repérer les différents programmes dans les provinces qui est suivie de la description de ces programmes; enfin, on fait une synthèse des politiques adoptées par province on dégage les leçons à tirer pour le Québec. Une bibliographie complète de la documentation répertoriée est

présentée en annexe ainsi qu'un répertoire de sites Web traitant du recrutement et de la rétention des médecins en milieu rural ou éloigné.

Dans le cadre des ressources financières consacrées à cette étude, nous avons tenté de répondre, de la façon la plus exhaustif possible aux différents éléments du mandat. Nous avons centré nos efforts sur la situation dans les provinces canadiennes, mais nous avons également consulté attentivement la littérature pertinente et l'information disponible sur les sites Web portant sur les politiques adoptées dans d'autres pays (il y en a très peu) et sur les analyses effectuées par les chercheurs réputés dans le domaine (il y en a très peu aussi). Même si, faute de ressources, une analyse détaillée de toutes ces informations n'est pas présentée dans ce rapport et que parfois les références bibliographiques ne sont pas indiquées, l'ensemble des quelque 300 documents que nous avons consultés ont été considérés dans l'analyse que nous faisons de la situation et des leçons à tirer pour le Québec.

2- ÉTAT DES CONNAISSANCES ET POLITIQUES DANS D'AUTRES PAYS

2.1 Facteurs qui affectent le recrutement et la rétention

Le recrutement et la rétention des médecins est un problème récurrent que connaissent plusieurs communautés ou régions au Canada et dans d'autres pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande ou les États-Unis et, dans une moindre mesure, la plupart des pays développés.

Le recrutement relève de la décision des médecins de s'installer et de travailler dans un lieu donné. La rétention relève de la capacité de la communauté de les garder pendant une période de temps acceptable. Un problème inhérent à la recherche sur la rétention consiste à savoir ce qu'on entend par période de temps acceptable. Ainsi, certaines régions éloignées, peuvent considérer qu'un médecin a été retenu avec succès s'il demeure un an, alors que d'autres considèrent cette période trop courte, particulièrement parce qu'elle menace la continuité des soins [1].

Plusieurs études montrent que certains facteurs affectent à la fois le recrutement et la rétention [1] [2] alors que d'autres montrent que la décision des médecins de s'installer en milieu rural n'est pas tellement liée aux caractéristiques de ce lieu mais que la décision de rester ou de partir est prise en fonction du contexte de pratique et des expériences qu'ils ont connues dans ce milieu [3].

Dans une recension exhaustive des écrits sur le recrutement et la rétention des médecins généralistes en milieu rural, dans laquelle plus de 150 études qualitatives et quantitatives ont été retenues, McDonald et al [1] observent que la très grande majorité des études sont soit des études qualitatives, soit des enquêtes menées souvent sur un échantillon très petit dont la méthodologie consiste à demander aux médecins les motifs du choix de leur premier lieu de pratique ou de leur décision de quitter ou de rester. La plupart d'entre elles mesure donc des attitudes et des intentions et non pas les comportements. La validité externe, ou la généralisation, des résultats est donc très limitée. Peu d'études ont cherché à mesurer les effets de l'implantation d'un programme ou d'une mesure particulière et le nombre d'individus à l'étude y est souvent très petit et peu d'entre elles font un minimum d'analyses statistiques. Il est donc souvent difficile de déterminer si les gains observés après une intervention sont statistiquement significatifs. Ces études ont ainsi tendance à attribuer tout gain observable, aussi minime soit-il, à l'intervention.

Une autre limite observée par les auteurs est la définition de « ruralité ». La même limite s'applique à la notion de « région éloignée » ou de « milieu sous-desservi ». Dans cette recension, les auteurs n'ont retenu que les publications réalisées depuis 1990 et ont évalué la force de l'association entre les différents facteurs analysés dans les études retenues et les variables dépendantes (recrutement et rétention). Cette évaluation a été faite en construisant un score d'évidence scientifique (Evidence-Based Rating) qui tient compte du type de devis, de l'occurrence de ces facteurs dans les différentes études et de la force de la relation avec les variables dépendantes.

Dans une autre étude faisant une recension des écrits sur le rôle des facteurs innés (*nature*) et de ce qui est acquis (*nurture*) dans le recrutement et la rétention des médecins de première ligne en milieu rural, Brooks et al [4] ont adopté une approche plus exigeante en termes de valeur scientifique des études. Ils ont d'abord repéré les études quantitatives avec une analyse statistique robuste. Les auteurs ont identifié plus de 400 articles dans les revues scientifiques. De ce nombre, seulement 21 répondaient à leurs critères méthodologiques d'inclusion. Ces critères étaient : le type de devis, la population à l'étude et le nombre de répondants, le taux de réponse, le nombre d'années sur lequel porte l'étude, la source des données et les méthodes statistiques. Six des 21 études ont évalué le rôle des caractéristiques des individus (ex. âge, sexe, lieu d'origine, préférence pour une spécialité) sur le recrutement et trois évaluent leur rôle sur la rétention; quinze évaluent le rôle des facteurs associés à la formation doctorale (stages, bourses, etc.) et six, ceux associés à la formation post-doctorale (bourses, programmes, lieu de formation, etc.).

On doit donc constater qu'il y a peu d'études scientifiquement robustes qui ont été faites sur les facteurs qui déterminent le recrutement et la rétention des médecins en milieu rural ou éloigné. De surcroît, la grande majorité d'entre elles sont des études américaines dont le contexte du financement et de l'organisation des services est très différent de celui du Québec.

La synthèse que nous présentons ici provient en grande partie des résultats de ces deux études, auxquels s'ajoutent les résultats d'études plus récentes.

2.1.1 Les facteurs prédisposant au recrutement

Les caractéristiques personnelles

Les deux études que nous venons de mentionner [1, 4] concluent que le facteur le plus déterminant du recrutement est le fait d'avoir vécu en milieu rural. Certaines études montrent que les médecins qui ont grandi en milieu rural ont une probabilité quatre fois plus élevée de s'installer en milieu rural [5] [6]. La probabilité est encore plus grande si un médecin y a fait ses études primaires (plutôt que secondaires) ou si son conjoint a aussi grandi en milieu rural. Ainsi, dans une étude auprès de 1 609 médecins, Rabinowitz a trouvé que 66% des médecins en milieu rural avaient un partenaire provenant également d'un milieu rural [5]. Ils montrent également que le seul autre facteur fortement associé est l'intention des étudiants de devenir médecin de famille. En combinant les deux facteurs, il obtient que 36% des diplômés ont l'intention de s'installer en milieu rural comparativement à seulement 7% pour ceux qui n'ont pas ces deux caractéristiques.

Selon la synthèse de Brooks et al, aucune caractéristique des individus (âge, sexe, ethnie, etc.) ne peut être clairement associée à l'installation en milieu rural. De plus, fait à souligner, selon cette étude, aucune des caractéristiques individuelles (incluant le fait d'avoir grandi en milieu rural) n'influence le niveau de rétention.

Par ailleurs, selon la recension de McDonald et al, le fait d'avoir un conjoint originaire d'un milieu rural, ou d'avoir de la famille en milieu rural, ainsi que l'attitude du conjoint sur la vie en milieu rural sont des facteurs d'attraction [1]. Par contre, les résultats des études recensées sont contradictoires sur l'effet de l'âge et du sexe.

Le contenu et l'exposition pendant la formation

Le type de formation ou l'exposition à la pratique rurale, comme le fait d'être engagé dans un curriculum spécifique pour la pratique en milieu rural et les stages, favoriserait le recrutement et la rétention en milieu rural. Cependant, l'impact de la formation varie selon le contenu, la durée et le moment de ces stages dans le processus de formation. Les stages de formation semblent

avoir plus d'effets sur les résidents que sur les étudiants pré-doctoraux, mais les résultats ne sont pas unanimes[1] [4].

Plusieurs études ont associé les stages et un curriculum d'études doctorales contenant une formation dédiée à la pratique rurale et à l'installation en milieu rural. Par exemple, selon une étude portant sur le Minnesota Rural Physician Associate Program, parmi les étudiants qui ont participé à un programme intensif de troisième année, basée sur l'enseignement communautaire et le préceptorat de médecins ruraux, 59% de ces étudiants se seraient installés en milieu rural comparativement à seulement 19% pour leurs collègues qui n'y ont pas participé [7]. D'autres études sont moins concluantes. Rabinowitz et al, dans une étude longitudinale sur une période de 20 ans auprès de 1609 médecins, ont trouvé une forte corrélation entre le fait de participer au Physicians Shortage Area Program et leur lieu d'installation. Cependant, en employant un modèle de régression logistique pour contrôler pour le lieu d'origine et le choix de la spécialité, ils observent qu'un curriculum rural n'est pas un indice statistiquement significatif de l'installation des médecins de première ligne. Autrement dit, les étudiants qui participent à ces programmes ont une certaine disposition à pratiquer dans ces milieux et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des étudiants.

Toutefois, le lieu et le contenu de la formation rurale joueraient un rôle plus déterminant lors de la résidence à la fois sur le recrutement et la rétention. Plusieurs études, dont celles de Pathman et al [8] et de Bowman et Penrod [9], ont montré que des stages prolongés en milieu rural ou mieux encore, une troisième année de résidence en MF, spécialement conçue pour la pratique rurale, augmente le recrutement et la rétention. Les raisons mentionnées sont à la fois une meilleure préparation à la pratique dans ces milieux mais aussi une meilleure préparation à la vie dans une petite communauté. Toutefois, ces études ne peuvent identifier les biais de sélection : est-ce que ces résidents avaient déjà l'intention de s'installer en milieu rural?

Plus récemment, plusieurs nouvelles approches ont été développées aux États-Unis pour augmenter l'intérêt des résidents en MF à s'intéresser à la pratique rurale [4]. Le One-Two Rural Residency Track demande aux étudiants de compléter leur première année dans un centre urbain et la deuxième et la troisième année en milieu rural. Rosenthal et al [10, 11] ont analysé 13 de ces

programmes. Les deux tiers des participants à ces programmes se sont installés en milieu rural comparativement à 30% des diplômés de MF aux États-Unis, en 1996.

Malgré leurs limites, les études recensées dans les deux revues de littérature que nous avons mentionnées montrent que les mesures les plus prometteuses pour améliorer le recrutement en milieu rural consistent à sélectionner les bons candidats (selon le lieu d'origine ou par leurs attitudes et intérêts pour la pratique rurale) et, par la suite, créer un environnement de formation doctorale et post-doctorale qui encourage et facilite la pratique rurale par, entre autres, des stages de formation en milieu rural et/ou des curriculums adaptés à la pratique rurale.

Les incitations financières pendant la formation

Ce sont surtout les étudiants provenant de milieu rural qui les utilisent. Par contre, la grande majorité, surtout ceux non originaires du milieu rural, quitte après la durée exigée. Plusieurs études réalisées aux États-Unis, au cours des années 1990, ont montré que le National Health Service Corps (qui est un programme national qui accorde des bourses aux étudiants en médecine et dans d'autres disciplines liées à l'obligation de pratiquer en milieu rural ou sous-desservi) a permis d'attirer un grand nombre de médecins en milieu rural mais que le taux de rétention chute de façon dramatique après trois ou quatre ans et que seulement 15% étaient encore présents dans la même localité après 10 ans [2]. Une autre étude a montré cependant que ce taux était de 60% pour les médecins de famille si on considère le fait de pratiquer en milieu rural mais pas nécessairement dans la première localité.

Stratégies de recrutement et soutien aux communautés

Plusieurs stratégies de marketing ont également été développées un peu partout pour attirer des médecins : promouvoir la carrière de médecins auprès des jeunes de milieu rural, foires de recrutement auprès des résidents [12]. Plus récemment, des programmes ont été développés dans plusieurs états américains pour augmenter le potentiel de recrutement des communautés qui connaissent des difficultés de recrutement. Ces différents programmes sont initiés et financés par les différents états ou par des fondations privées [13] [14] [12]. Ces programmes visent

essentiellement à fournir des ressources humaines et matérielles (ex. un chargé de projet pour faire du recrutement, organiser et coordonner les stages d'étudiants, assurer des médecins remplaçants pour les médecins en congés, etc.).

2.1.2 Les prédicteurs de la rétention

La décision de rester ou de quitter consiste, comme le suggèrent Pope et al [15], à mettre dans la balance les avantages et les désavantages de la pratique rurale. Les études méthodologiquement robustes portant sur les facteurs qui augmentent la probabilité de demeurer en milieu rural sont encore moins nombreuses que celles portant sur les facteurs de recrutement et les résultats sont aussi moins concluants. Les études sur les facteurs de rétention sont de deux types : 1) une comparaison rétrospective des caractéristiques, généralement à partir de banques de données existantes, des médecins qui ont quitté ou qui sont demeurés en milieu rural; 2) une enquête auprès des médecins en milieu rural sur leur perception et satisfaction face à la pratique rurale ainsi que sur leur intention de quitter ou non et dans combien de temps [16] [17] [18] [3].

Les caractéristiques personnelles

Les études synthèses de McDonald et al [1] et de Brooks et al [4] montrent clairement que, contrairement au sens commun, le fait d'être originaire d'un milieu rural n'augmente pas la probabilité d'y demeurer plus longtemps. D'autres facteurs, comme les intérêts du conjoint et la qualité de la formation des enfants, peuvent être aussi déterminants. Une étude canadienne publiée en 1999 [19] est une des seules à avoir fait une telle association (soulignons que cette étude ne remplit pas les exigences méthodologiques de Brooks et al). L'âge et le sexe ne sont pas associés non plus à la rétention.

Les facteurs professionnels

Le facteur le plus souvent associé à la décision de quitter est la charge trop lourde de travail : un nombre trop élevé de patients, l'absence de spécialités de support ou de référence, des responsabilités de garde et les demandes hors des heures régulières. La surcharge de travail peut

être associée à une pénurie de médecins ou à la taille de la localité qui ne permet d'accueillir plus qu'un ou deux médecins. Dans les deux cas, l'insuffisance de médecins remplaçants pour les vacances, congés, EMC, ou pour des périodes de garde est un facteur qui aggrave la situation. La surcharge de travail et l'insuffisance de médecins remplaçants sont les deux facteurs qui ont les scores les plus élevés dans l'étude de Brooks et al.

L'isolement professionnel est aussi un facteur important : absence ou peu d'échanges avec des collègues, accès limité à l'éducation médicale continue (EMC), la perception que les programmes nationaux ne sont pas adaptés pour eux, le manque de respect et de soutien des autorités médicales et des universités.

Un niveau de rémunération adéquat est le troisième facteur le plus important dans l'étude de Brooks et al. Il n'y a cependant pas de résultats probants sur le rôle du niveau global de rémunération qui puissent être généralisés. Les résultats généralement cités proviennent d'études qualitatives ou d'enquêtes, dont le nombre de répondants est généralement faible, qui rapportent que le niveau insuffisant de revenu est une des raisons d'insatisfaction ou une raison importante pour envisager de quitter le milieu rural. Ce sont surtout les médecins rémunérés à l'acte en milieu isolé avec un faible volume de clientèles qui ressentent ce problème. C'est pour pallier cette situation que la rémunération à l'acte est remplacée, à bien des endroits, par un mode alternatif de rémunération comme le salariat ou les contrats.

Le niveau global de rémunération n'est pas la seule source d'insatisfaction. Plusieurs études mentionnent que les heures de garde et les activités après les heures régulières ne sont pas rémunérées à leur juste valeur, car ce sont surtout ces activités, souvent très peu rémunérées, qui contribuent à augmenter le temps de travail et qui limitent leur disponibilité pour des activités sociales et familiales.

Il faut retenir cependant que les études qui ont porté sur les effets de la formation sur le recrutement et la rétention des médecins ont montré clairement que les médecins qui sont le mieux préparés à la vie communautaire et à la pratique en milieu rural (par des stages de

formation, par des curriculums adaptés, etc.) sont ceux qui s'y sentent plus à l'aise dans leur vie sociale et leur pratique professionnelle et, par conséquent, y demeurent plus longtemps [4].

Les facteurs personnels et familiaux :

L'accès à des écoles secondaires de qualité est souvent mentionné comme une des principales raisons d'insatisfaction de la vie en milieu rural et c'est aussi une des raisons que les médecins mentionnent comme cause de leur départ ou de leur intention de quitter. Plusieurs études soulignent aussi que même si ce n'est pas la cause première de la décision de quitter, il peut être l'élément déclencheur.

L'opinion du conjoint sur la vie en milieu rural, son intégration dans la communauté et les possibilités d'emploi satisfaisantes sont aussi des facteurs déterminants comme, à un degré moindre, l'éloignement de la famille et des amis ainsi que l'isolement géographique de la vie culturelle et sociale des villes sont des facteurs importants mentionnés dans plusieurs études.

Les facteurs liés à la communauté :

L'insuffisance de ressources dans la communauté, comme des écoles, des activités récréatives mais aussi les ressources médicales et hospitalières a été associée dans plusieurs études à un faible taux de rétention. Ce qui semble être plus important ce ne sont pas les ressources ou les services mais l'intégration sociale et culturelle des médecins à la communauté en générale et à la communauté médicale.

L'éventail des facteurs qui peuvent influencer la rétention des médecins dans des systèmes de santé est très différent et que, par conséquent, les résultats d'études réalisées dans un contexte particulier ne correspondent pas nécessairement à la réalité du Québec.

2.2 Les stratégies préconisées ou développées dans d'autres pays

Quelques pays dans la même situation géographique que le Canada (grande étendue de territoire et faible densité de population) connaissent aussi des problèmes récurrents de répartition géographique de leurs médecins. Il existe une assez bonne documentation sur les programmes adoptés aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. On n'a cependant pas de documentation en français ou en anglais sur la situation dans d'autres pays.

La documentation portant sur ces trois pays, comme dans le reste du Canada, montre qu'ils ont adopté, au cours des 20 ou 30 dernières années, sensiblement les mêmes mesures qu'au Canada : incitations financières (bourses, primes, financement de médecins remplaçants et exposition à la pratique rurale des étudiants et des résidents pendant leur formation, etc.). Bien qu'on n'a pas pu repérer d'études évaluatives de ces programmes, force est de constater que ces mesures ont eu un succès limité étant donné la permanence des problèmes et la nécessité de recourir de façon importante à des médecins étrangers pour assurer l'accès aux services dans plusieurs communautés de ces pays.

Cependant, depuis le milieu des années 1990, ces pays ont adopté de nouvelles stratégies qui n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation. En résumé, ces trois nouvelles approches sont :

- 1) Permettre une formation plus ou moins complète des étudiants et des résidents en milieu rural ou éloigné en y créant soit une faculté de médecine, soit un campus d'une faculté existante en milieu urbain. On vise ainsi deux objectifs : recruter davantage d'étudiants de ces milieux et augmenter ainsi la probabilité d'installation de ces étudiants en les exposant moins à la vie urbaine et en leur permettant de développer un réseau social en milieu rural; leur donner une formation mieux adaptée à la pratique rurale et ainsi accroître la rétention.
- 2) Développer un programme efficace de médecins remplaçants afin de réduire la charge de travail des médecins en place et de leur permettre de bénéficier davantage de congés. Il s'agit d'accorder de façon statutaire le nombre de congés dont bénéficient les médecins et de mettre sur pied des mécanismes pour assurer des médecins remplaçants là et lorsqu'il y en a besoin

3) Assurer le soutien aux communautés pour qu'elles s'impliquent directement dans le processus de recrutement et de rétention des médecins. Il peut s'agir de mécanismes assez simples de soutien technique au recrutement mais peut prendre la forme d'une démarche de plus en plus répandue en Australie de « Community capacity building » [20]. La construction de la capacité communautaire est une approche très répandue pour favoriser le développement des communautés en milieux urbain et rural. Wallis la définit ainsi dans le contexte australien du recrutement et du maintien des médecins en milieu rural ; *“An approach for mobilisation of communities; building and strengthening skills, resources and relationships to form sustainable, locally driven solutions for the recruitment and retention of a general practitioner”*. Elle vise essentiellement à sensibiliser et responsabiliser les membres d'une communauté.

3- MÉTHODOLOGIE

Nous avons utilisé les documents publiés depuis 1998, sauf certains documents plus anciens fréquemment cités ou qui ont fait école. Plusieurs approches ont été utilisées pour repérer les documents pertinents : la documentation que nous avons accumulés au fil des années; la recherche dans les bases de données bibliographiques (MEDLINE, CINAHL, PROQUEST, etc.); la recherche sur le WEB en utilisant différents moteurs de recherche (GOOGLE, YAHOO, etc.) et l'exploration systématique des sites des ministères de la santé (incluant ceux sur les ententes de rémunération), des associations médicales des provinces canadiennes et de plusieurs pays, des organismes concernés par la pratique en milieu rural ou éloigné (Société canadienne de la santé rurale et son équivalent dans d'autres pays) et des liens internet que fournissent ces sites; enfin, l'information transmise par les personnes contactées (ministères, associations médicales, organismes divers).. Cette cascade de références nous amène à un grand nombre de publications dans des revues scientifiques canadiennes ou d'autres pays accessibles directement en ligne ainsi que des publications gouvernementales ou de divers organismes qui s'intéressent à la question de l'accessibilité géographique des services médicaux. Pour les revues non accessibles sur Internet, certaines étaient disponibles à la bibliothèque de l'université de Montréal alors que pour les autres, une copie des articles ou des documents a été obtenue grâce aux ententes d'échanges inter-bibliothèques du Canada et des USA.

Nous avons donc contacté les ministères de la santé de chaque province et des associations médicales ainsi que certaines personnes du milieu universitaire pour obtenir la documentation ou des informations non-disponibles ou imprécises dans les documents publiés. Malheureusement, la documentation fournie provenant des gouvernements provinciaux après un premier contact auprès de responsables jugés pertinents ou référés est limitée. La plupart d'entre eux nous ont référé à leur site Web pour obtenir l'information décrivant leur programme (« tout ce que nous avons est sur le site ») alors que d'autres nous ont transmis des données recueillies à des fins administratives mais difficiles à interpréter étant donné les incertitudes liées à la nature des données (quel est le numérateur et le dénominateur, durée du programme, etc.). Nous avons dans certains cas contacté à nouveau ces personnes pour obtenir des compléments d'informations. La poursuite de ces échanges sur l'interprétation des données aurait été souhaitable mais le mandat

de notre étude consistait uniquement à mener une recension des écrits et non pas de mener une recherche sur le sujet¹. La description de la situation dans les différentes provinces est plus ou moins élaborée selon l'ampleur des politiques adoptées et la documentation disponible.

Afin de mieux décrire la réalité de chaque province, nous utilisons la terminologie employée dans les documents de cette province en tentant de les traduire le plus justement possible. Soulignons d'abord que, contrairement à la situation au Québec, on utilise peu les termes « régions » ou « régions éloignées », mais surtout « milieu rural » « milieu sous-desservis » ou « régions nordiques » pour identifier les problèmes de répartition des effectifs alors que les politiques sont élaborées en se référant à la notion de « community » qui correspond à un environnement social et géographique spécifique qui peut être une ou plusieurs municipalités. Pour refléter le plus fidèlement possible la réalité de chaque province, nous utilisons la terminologie utilisée dans chaque province.

La plupart des régions ont une structure de gouverne régionale qui a pour nom le *Regional Health Authority* (RHA). Nous utilisons indifféremment le vocable RHA ou le terme autorité régionale.

Pour faciliter la compréhension du lecteur, toutes les références concernant les documents de la *Society of Rural Physicians of Canada* (SRPC) ou *Société de la médecine rurale du Canada* selon son vocable français, qui est un organisme affilié à l'Association médicale du Canada (AMC), réfèrent au SRPC étant donné que la majorité de ces publications sont uniquement en anglais. On peut trouver sur leur site Web [21] une quantité importante d'informations et de références à des études ou des politiques, dont la plupart avec un lien électronique vers les documents ou les sites pertinents, un portrait plus ou moins complet selon le cas, des politiques en vigueur dans les différentes provinces.

Malheureusement, la configuration de certains sites WEB fait en sorte que le lien que nous indiquons n'amène pas toujours directement le lecteur sur la page où se situe la référence mais

¹ La difficulté d'obtenir des informations ou des résultats d'évaluation des programmes sur ce sujet n'est pas nouveau. Une étude commandée par le RPAP de l'Alberta n'a obtenu une réponse (et pour la plupart très sommaire) que de quatre provinces 1. McDonald, J., L. Bibby, and S. Carroll, *Recruiting and retaining general practitioners in*

sur la page d'accueil de l'organisme. Le lecteur doit donc chercher la page visée. C'est le cas de plusieurs ministères et de la SRPC.

La description des programmes actuellement en vigueur utilise la même structure pour chaque province basée sur les facteurs déterminants du comportement du futur médecin ou du médecin en exercice au cours de son cheminement de carrière et de la nature des programmes d'incitations adoptées pour favoriser l'attraction et la rétention en milieu sous-desservi.

Afin de mieux comprendre la situation de chaque province, nous présentons brièvement l'historique des politiques passées et la stratégie actuellement en vigueur. Par la suite, nous présentons chacune des mesures actuellement en vigueur. Lorsqu'il y en a, ce qui est rare, nous présentons les résultats des évaluations qui ont été faites.

STRUCTURE DE PRÉSENTATION DES PROGRAMMES DES PROVINCES

A- ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

- Travail d'été pour les étudiants en milieu rural
- Stages de formation pour les étudiants et les résidents en milieu rural
- Formation complète des résidents en médecine familiale en milieu rural
- Formation des étudiants de 3^{ième} et 4^{ième} année en milieu rural
- Encadrement des stagiaires et soutien à la formation en milieu rural
- Troisième année de résidence en médecine familiale
- Faculté de médecine en milieu rural

A.2- Incitations financières pendant la formation

- Bourses aux étudiants en médecine
- Bourses aux résidents
- Prêts aux étudiants et résidents

A.3- Marketing et démarche de recrutement

- Foire de recrutement
- Remboursement des frais de transport et de séjour pour visiter un milieu rural
- Soutien financier ou technique aux régions ou aux localités pour le recrutement de médecins de la province, d'autres provinces ou de l'étranger

A.4- Incitations financières à l'installation

- Primes d'installation
- Remboursements des frais d'installation
- Rémunération différenciée pour les jeunes médecins
- Remboursement des frais de scolarité
- Niveau de revenu garanti

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

A.6- Recrutement de médecins étrangers

B- RÉTENTION

B.1- Soutien à la pratique

- Médecins remplaçants
- Perfectionnement
- Ressourcement (éducation médicale continue)
- Bibliothèque virtuelle, télé-médecine

B.2- Soutien social et familial

B.3- Incitations financières

- Majoration tarifaire
- Rémunération pour la garde et couverture de l'urgence
- Primes de rétention
- Exemption de plafonds d'activités
- Frais de sortie
- Congé sabbatique

B.4- Modes alternatifs de rémunération

B.5- Autres mesures

4- POLITIQUES ADOPTÉES DANS LES PROVINCES CANADIENNES

QUÉBEC

Le Québec s'est donné un ensemble important de mesures visant à attirer et retenir des médecins en région éloignée. Comme la plupart des autres provinces, il a d'abord mis en place des programmes de bourses aux étudiants en médecine au milieu des années 1970 et aux résidents au début des années 1980. Devant la persistance des problèmes d'accès aux services médicaux en dans plusieurs régions et devant les pressions exercées par la population de ces régions pour bénéficier de la forte croissance des effectifs dans les autres régions, et particulièrement les régions universitaires, le gouvernement a adopté un ensemble de mesures en 1982 qui ont été bonifiées en 1985. La principale mesure était la mise en place d'un niveau de rémunération différent selon la région de pratique pour les médecins à leurs trois premières années de pratique. Par exemple, les tarifs étaient majorés en région éloignée de 15% pour les jeunes omnipraticiens et de 20% pour les jeunes spécialistes alors que la tarification était réduite de 30% en région universitaire. D'autres incitations économiques comprenaient une prime d'installation, une prime d'éloignement en région isolé, des frais de déplacement pour la formation continue, le remboursement des frais de déménagement, de ressourcement et de frais de sorites (pour les médecins en régions isolées). D'autres mesures ont aussi été adoptées dont le financement de stages pour les étudiants et les résidents en région éloignée, le financement d'activités de promotion des régions éloignées (foire de recrutement, dépliants promotionnels, etc.) Depuis 1985 la majoration tarifaire en région éloignée s'applique à tous les médecins et non seulement à ceux à leurs trois premières années de pratique. La réduction des tarifs pour les jeunes médecins en région universitaire a été abolie en 2003.

En 1986, 50 places de résidents étaient réservées pour les résidents en spécialité qui s'engageaient à exercer en région éloignée. Devant le peu de succès de cette mesure, elle a été abolie après quelques années sauf pour les médecins immigrants.

Devant le peu d'effet perceptible de ces mesures sur la répartition des médecins, le projet de loi 75 adopté en 1987 établissait l'obligation pour chaque établissement de déterminer ses besoins en effectifs médicaux par spécialité qui devaient être approuvés par la Régie régionale puis par le

MSSS. Ainsi, le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) approuvé par le MSSS devait permettre d'assurer une meilleure répartition des effectifs sur le territoire. Les faits ont montré qu'il était possible de contourner les exigences. De plus, les PREM ne visaient que les médecins en établissement mais pas ceux en cabinet. Cette liberté a été limitée depuis.

Les PREM devrait avoir un impact sur le choix du lieu de pratique d'un bon nombre de nouveaux médecins. Ils ne peuvent plus aller là où ils le désirent mais là où il y a une place disponible. Cependant, les règles d'application des ententes entre le MSSS et les fédérations de médecins sur les possibilités de dérogation aux PREM pour certaines catégories de médecins ex (nombre d'années de pratique en région, etc.) peuvent limiter la portée de cette mesure. L'évaluation de ce phénomène mériterait d'être faite. L'application des PREM qui incluent maintenant les omnipraticiens en cabinet, et compte tenu des ces possibilités de dérogation, met en évidence la nécessité de mettre davantage l'emphase sur les mesures de rétention en région éloignée si on veut assurer l'accessibilité et la continuité des soins pour la population de ces régions.

La situation actuelle

Le Québec a maintenant un ensemble imposant de mesures surtout de nature financière visant à améliorer la répartition des effectifs médicaux. Cependant, comparativement à la plupart des autres provinces, le Québec a beaucoup moins investi dans les mesures visant à exposer de façon significative les étudiants et les résidents et à la pratique en milieu éloigné afin de les sensibiliser à ce type de pratique et à mieux les y préparer, et de les sensibiliser à l'environnement social des communautés hors des grands centres.

Certaines mesures font partie des programmes du MSSS qu'il a mis en œuvre ou qui l'ont été par les organismes du réseau (Bourses d'études, formation décentralisée, bourses d'études en spécialité, primes d'attraction et de rétention). D'autres mesures sont négociées avec les fédérations médicales. : majoration de la rémunération pouvant atteindre 30% pour les omnipraticiens et 45% pour les spécialistes, primes de rétention, rémunération de la garde à l'urgence, financement des activités de ressourcement et de perfectionnement, remboursement des frais de déménagement et des frais de sortie pour les médecins en région isolée.

Soulignons enfin, que depuis quelques années, un *Comité de gestion des effectifs médicaux*, un pour les omnipraticiens et un pour les spécialistes, a été mis en place. Ce sont des comités paritaires composés des représentants du MSSS et de chacune des fédérations de médecins. Ils ont pour mission de donner leur avis sur la planification et l'organisation des services, d'identifier les besoins prioritaires et de définir les objectifs de répartition des effectifs de chaque spécialité sur le territoire du Québec.

A- MESURES D'ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Le programme *Décentralisation de la formation médicale* vise à permettre aux étudiants en médecine et aux résidents de découvrir quelles sont les connaissances et les habiletés nécessaires à la pratique en région éloignée. Il permet également aux étudiants de développer des liens sociaux et professionnels qui pourront les inciter à décider de s'installer en milieux éloignés ou isolés.

Le programme pour les étudiants en médecine a trois volets. Le volet *emplois d'été* s'adresse aux étudiants de 1^{ère} et 2^{ième} année et celui des *stages d'été* aux étudiants de 1^{ère}, 2^{ième} et 3^{ième} année. La longueur des stages peut varier entre quatre et douze semaines. Les *stages d'immersion clinique* s'adressent aux étudiants de 1^{ère} et 2^{ième} année. La longueur des stages peut varier entre une et quatre semaines. Les hôpitaux rémunèrent les étudiants sur la base du salaire minimum et leur accordent un certain montant forfaitaire en plus de rembourser les frais de transport et de logement. Le nombre de places et les montants accordés à ce programme sont déterminés en fonction des politiques établies par l'ensemble des Régies régionales et des disponibilités budgétaires du MSSS.

Les stages de formation médicale décentralisée pré-doctorale et post-doctorale : Ces stages de durée variables s'adressent aux externes, aux résidents en MF et aux résidents dans les spécialités de base. Le programme offre une allocation pour couvrir les frais inhérents à ces stages (logement, déplacement, allocation forfaitaire).

A.2- Incitations financières pendant la formation

Bourses aux étudiants en médecine et aux résidents en MF: Ce programme offre des bourses annuelles de 15 000\$ pour les étudiants de 3^{ième} et 4^{ième} année et de 20 000\$ pour les résidents en MF. Les boursiers s'engagent à travailler en régions désignées pour un nombre d'années égale au nombre de bourses reçues. Pour les médecins qui vont dans les territoires isolés, l'engagement est d'un an pour la première bourse et de six mois pour chaque bourse supplémentaire reçu.

Bourses aux résidents en spécialité (Bourses régionales de formation spécialisée) : Une bourse d'une valeur maximale de 20 000\$ peut être accordée annuellement par une Régie régionale à un résident pendant les deux dernières années de sa formation. Les résidents qui n'ont pas bénéficié de cette bourse peuvent en obtenir une de 15 000\$ pendant l'année d'obtention de leur certificat. L'engagement est d'un an dans un territoire en pénurie d'effectifs par tranche de 10 000\$ de bourses reçues.

A.3- Marketing et démarche de recrutement

Journée carrière : Cette activité a débuté au cours des années 1980. Elle permet aux résidents de rencontrer des représentants des établissements et des régions. Elle est organisée par le MSSS et la Fédération des médecins résidents du Québec.

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation : Une prime, dont le montant varie entre 10 000\$ et 25 000\$ selon le niveau d'isolement, est accordée aux médecins qui s'installent dans un territoire en pénurie d'effectifs. Ces médecins peuvent recevoir par la suite une prime de maintien (voir plus loin).

Frais de déménagement : Les frais de déménagement sont remboursés pour les médecins dans les secteurs isolés

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Les médecins déjà installés en région et désirant s’orienter dans une spécialité requise pour la région peuvent bénéficier d’une bourse de perfectionnement dans le cadre du programme de *Bourses régionales de formation spécialisé* (voir plus haut).

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Des places de résidence sont offertes aux médecins diplômés à l’extérieur du Canada et des États-Unis. Depuis juin 2003, les médecins n’ont plus à signer d’engagement pour exercer en région éloignée. Ceux qui ont déjà signé ce contrat devront s’installer dans un établissement en dehors des milieux universitaires. En 2003, on a mis sur pied «Recrutement Santé Québec» qui s’adresse aux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis qui souhaitent exercer la médecine au Québec ou ceux qui souhaitent exercer sous permis restrictifs.

B.- MESURES DE RÉTENTION

B.1- Soutien à la pratique

Médecins remplaçants (médecins dépanneurs): Ce programme vise à assurer l’accès aux services médicaux en milieu hospitalier et en CLSC participant à un réseau de garde intégré à la suite de l’absence temporaire, prolongée ou définitive de médecins lorsque les ressources locales ne peuvent pallier cette absence. Le programme ne vise pas, comme dans d’autres provinces, à permettre aux médecins d’avoir un remplaçant pour l’ensemble de sa pratique, y compris sa pratique en cabinet. Le Comité paritaire (MSSS-FMOQ et MSSS-FMSQ) identifie les établissements éligibles et la liste provinciale des médecins inscrits à la banque de dépannage leur est transmise. Les médecins remplaçants peuvent être rémunérés selon plusieurs modalités en accord avec celles prévalant dans l’établissement (à l’acte, forfait et à l’acte, taux horaire, rémunération mixte). Les médecins sont remboursés pour leurs frais de transport et de séjour.

Ressourcement (Éducation médicale continue): Un financement est accordé aux médecins pour des activités de formation continue ou de perfectionnement. Les médecins ont droit à un

maximum de 20 jours par année, cumulables jusqu'à 80 jours pour parfaire leurs connaissances techniques et professionnelles. Une allocation de 375\$/jour est accordée pour compenser la rémunération perdue. Les frais de transport (jusqu'à concurrence de quatre séjours par année) sont remboursés et une allocation de séjour de 180\$/jour est accordée.

Perfectionnement professionnel : Un financement est accordé aux médecins pour des activités de formation complémentaire dans un domaine spécifique répondant aux besoins d'un établissement. La valeur de la bourse peut atteindre 15 000\$ et est administré par les Régies régionales.

B.2- Support social et familial

Aucun programme.

B.3- Incitations financières

Primes de rétention :

Les médecins omnipraticiens peuvent recevoir deux types de primes. La *prime d'installation et de maintien* (entre 10 000\$ et 25 000\$) octroyée annuellement par les Régies régionales et la *prime d'éloignement ou d'isolement* du MSSS variant entre 4 774\$ et 16 295\$ par année, selon le type de territoire et le nombre de dépendants.

Pour les spécialistes, il y a deux autres types de primes en plus de la *prime d'attraction et de maintien* (entre 10 000\$ et 25 000\$) des Régies régionales et de la *prime d'éloignement ou d'isolement* du MSSS variant entre 4 774\$ et 16 295\$:

- La *prime de rétention* s'adresse aux spécialistes qui travaillent dans un territoire en pénurie depuis au moins trois ans. Elle correspond à 14% de la rémunération en établissement jusqu'à concurrence de 3 500\$ par trimestre. Après six ans, le taux est de 20%, pour un maximum de 5 000\$ par trimestre.

- La *prime de revalorisation de la rémunération de base* s'adresse à la plupart des médecins exerçant dans un établissement en régions éloignées ou isolées qui sont identifiées par le comité paritaire MSSS-FMSQ. Cette prime peut atteindre 21 700\$ par an. Elle est calculée de façon inversement proportionnelle au niveau de revenu et de la distance de Montréal ou de Québec.

Majoration tarifaire

Omnipraticiens :

La majoration tarifaire est fonction de trois critères : le lieu des services (cabinet ou établissement), le type de territoire et le nombre d'années d'exercice en région éloignée. Le taux de majoration pour les services en cabinet varie de 5% à 25% selon le type de région et le nombre d'années alors que celui en établissement va de 15% à 40%. Ainsi, dans les territoires comprenant la majorité des médecins touchés par la rémunération différenciée, les omnipraticiens reçoivent, à leur première année de pratique, une majoration de 20% en cabinet et de 30% en établissement. Après 20 ans, elle de 25% et 40% respectivement.

Spécialistes :

La majoration tarifaire est essentiellement fonction des difficultés de recrutement de la région. Elle est de 45% dans les régions isolées du nord peu importe le nombre d'années d'exercice. Elle est de 25% ailleurs au cours de 3 premières années et de 40% par la suite, sauf dans certaines régions moins en difficulté.

Non-application des plafonds de revenu : La réduction de la rémunération pour les services fournis au-delà du niveau négocié est déterminée selon la rémunération de base (sans tenir compte des majorations tarifaires). De plus, dans certaines circonstances, des activités en milieu hospitalier ou des services de garde ne sont pas affectées par l'application des plafonds.

Rémunération pour la garde : Les omnipraticiens en région éloignée bénéficient des mêmes conditions que leurs collègues des autres régions pour la garde en disponibilité. Dans les établissements désignés, ceux-ci peuvent recevoir, en plus du paiement à l'acte, un ou plusieurs

forfaits quotidiens de 50\$. Le nombre de forfait est déterminé par le comité paritaire en tenant compte, entre autres, du nombre de lits sous la responsabilité des omnipraticiens et de l'intensité des soins dispensés. Le nombre de forfaits quotidiens ne doit pas excéder six. Les spécialistes bénéficient, en plus du paiement à l'acte, d'un forfait de 350\$ par 24 heures de garde les week-end et les jours fériés et 50\$ par 12 heures de garde les autres jours. Plusieurs autres modalités ont été adoptées dans le cadre des ententes négociées entre le MSSS et les deux fédérations (FMOQ et FMSQ). Des modalités de financement sont également prévues pour assurer la garde sur appel (réseau de garde intégré).

Frais de sortie : En régions isolées, les frais de transport de trois sorties par année pour les médecins sans dépendants ou de quatre sorties pour ceux avec dépendants sont remboursés.

B.4- Modes alternatifs de rémunération

La rémunération au per diem, au taux horaire, à forfait ou la rémunération mixte est offerte comme alternative au paiement à l'acte pour les médecins qui le désirent dans plusieurs milieux de pratique dans le cadre des ententes négociées entre le MSSS et les fédérations de médecins.

C- ÉVALUATION

Aucune évaluation n'a été faite au cours des dernières années sinon l'évaluation administrative du MSSS faite en 2004 indiquant que 37% des de boursiers de la RAMQ (étudiants et résidents en MF) et 7% des boursiers résidents en spécialité ne remplissent pas leur engagement; que 39% des résidents en MF qui ont fait plus de 10% de leurs jours de stage en région éloignée s'y installent comparativement à 22% pour ceux qui en font entre 1% et 10%, et à 13% pour ceux qui n'en font aucun (MSSS, 1994). Depuis l'automne 2002, le MSSS s'est doté d'un projet d'évaluation de l'ensemble des mesures et finance une série de recherches dont les résultats seront disponibles en décembre 2004.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Colombie-Britannique a adopté des mesures pour améliorer la répartition des médecins dès 1978 en instaurant un programme d'incitations financières pour encourager les médecins payés à l'acte à travailler dans les régions nordiques et isolées de la province (*Northern and Isolation Allowance*). Les médecins pouvaient recevoir une majoration tarifaire allant jusqu'à 15% des tarifs réguliers (30% depuis 1999). Ce pourcentage est déterminé selon plusieurs facteurs (distance à l'hôpital le plus près, nombre de spécialistes, ratio population/médecin, etc.). Comme dans d'autres provinces, les communautés doivent faire la demande au ministère de la santé pour recevoir le statut de communauté en difficulté de recrutement. De plus, chaque localité se voit attribuer un niveau de pondération des incitations financières en fonction de plusieurs critères [22]. Comme nous le verrons plus loin, ce programme a été modifié et étendu à d'autres communautés.

D'autres programmes ont été adoptés par la suite : le *Subsidized Income Program* accordait une allocation aux médecins payés à l'acte pouvant atteindre jusqu'à 42 000\$ par année pour exercer dans des localités spécifiques (ce programme a été aboli en 1994); le *Salaried Physicians Program* accordait des fonds à certaines communautés afin de recruter des médecins et le *Northern and Isolation Travel Allowance Program* qui remboursait les frais de déplacement des médecins spécialistes itinérants qui effectuaient des visites périodiques dans les communautés isolées; le *Physician Outreach Program* couvrait le temps de déplacement des médecins pour offrir des services aux patients dans les communautés à proximité [22].

Jusqu'en 1995, l'*Alternative Payments Branch* (APB) du ministère de la santé établissait directement des contrats avec les médecins désireux d'exercer en milieu éloigné. Six communautés bénéficiaient de ce programme en 1995. À la fin des années 1990, ce sont les autorités régionales ou locales qui négocient les contrats avec les médecins ou des groupes de médecins et soumettent leurs réclamations à l'APB [22].

Également à la fin des années 1990, le *Northern and Rural Locum Program* visait à assurer le financement de médecins remplaçants permettant aux médecins en milieu éloigné de prendre une

période de repos ou de consacrer du temps pour bénéficier des opportunités de formation continue. À l'origine, ce programme s'adressait aux communautés ayant moins de trois médecins, Ce nombre fut porté à sept médecins en 1998. Le médecin remplaçant se voyait assurer d'un revenu minimum de 500\$ par jour, recevait le remboursement de ses frais de déplacement et recevait en plus un forfait mensuel pour assurer sa disponibilité. En 1998, 22 médecins étaient inscrits à ce programme [22].

Pendant la même période, afin de solutionner les difficultés énormes à assurer la couverture des salles d'urgence et des « Diagnostic and Treatment Centres » dans le nord de la province en services médicaux, une entente a été conclue entre l'association médicale de la province (BCMA) et le ministère de la santé. Ce dernier accordait aux autorités régionales (RHA) dont au moins une localité était considérée comme en pénurie, la responsabilité d'établir les contrats avec les médecins concernés. Cette entente établissait trois catégories de médecins avec des incitations financières et des niveaux de revenu très différents : 1) omnipraticiens assurant les services à l'urgence de l'hôpital local; 2) omnipraticiens qui ont une pratique ambulatoire mais qui font aussi de la chirurgie et de l'anesthésie en milieu hospitalier; 3) omnipraticiens qui exercent dans les localités où il n'y a pas d'hôpital et où on trouve trois médecins ou moins (ou 2 ETP). Les médecins de la première catégorie avaient le choix entre être payés uniquement sur une base horaire (entre 30\$ et 40\$ selon le nombre de médecins dans la localité) ou à la fois sur une base horaire (variable aussi selon le nombre de médecins) et à l'acte; ceux de la deuxième catégorie recevaient, en plus du paiement à l'acte, 5\$ (cinq) par heure de garde sur appel la nuit, les fins de semaine et les jours fériés; ceux de la troisième catégorie avaient un forfait mensuel de 1 500\$ [22].

Devant la persistance des problèmes et des effets pervers identifiés par le ministère et la BCMA, certains ajustements ont été faits au cours des années. La principale lacune identifiée est que le programme d'incitations financières était fonction du volume d'activités et que les localités les plus isolées (et moins densément peuplées) s'en trouvaient pénalisées. L'entente de 2002 vise à remédier à la chose. Elle prévoit que les arrangements se feront entre les RHA et un médecin ou un groupe de médecins. Un montant forfaitaire annuel est accordé au groupe selon quatre niveaux de disponibilité par téléphone et sur place.

En novembre 2002, le ministère de la santé, la *Medical Services Commission* (l'équivalent de la RAMQ) et la BCMA ont signé une entente subsidiaire à l'entente générale sur les conditions de travail et de rémunération des médecins afin d'améliorer l'accès aux services médicaux en milieu rural. Le *Rural Subsidiary Agreement* (RSA), remplace toutes les autres mesures [23]. Il crée un comité conjoint permanent BCMA/ministère de la santé (*Joint Standing Committee on Rural Issues* : JSC) qui a la responsabilité de réviser les politiques, de déterminer les critères des différents programmes et d'administrer ces programmes. Il comprend, entre autres, le *Rural Education Action Plan* (REAP) qui vise à supporter par divers programmes les besoins de formation en milieu rural [24]. Le JSC a aussi la responsabilité de classer les localités selon leur niveau d'isolement. Un nombre minimum de points est nécessaire pour que les médecins de ces localités soient éligibles aux différents programmes. Les critères utilisés pour classer les localités sont de deux ordres : les facteurs liés au niveau d'accès aux ressources médicales et les facteurs liés au milieu de vie [25]. Les premiers comprennent : le nombre de médecins des spécialités primaires à l'intérieur d'un rayon de 70 km; le nombre de médecins omnipraticiens à l'intérieur d'un rayon de 35 km; la distance à un hôpital de taille majeure; le nombre de spécialités primaires requis dans le plan régional d'effectifs médicaux. Les éléments du milieu de vie sont : la taille de la communauté; le degré de latitude géographique; la distance à vol d'oiseau de Vancouver. Ce dernier élément sert en fait de facteurs de pondération des scores obtenus pour les six facteurs précédents.

Enfin, la Colombie-Britannique est la première province canadienne à avoir créé une faculté de médecine en milieu rural ou éloigné. Cette faculté située à King George ouvrira ses portes en 2005 et accueillera 24 étudiants [26] [25]. Il ne semble pas y avoir de critères visant à favoriser le recrutement d'étudiants originaires des milieux ruraux et nordiques mais cette faculté a la particularité que, après leur premier trimestre, les étudiants reçoivent toute la formation hors des grands centres urbains. On espère ainsi recruter des étudiants provenant des milieux ruraux et nordiques et que, étant donné qu'ils sont très peu exposés pendant leur formation à la vie dans les grands centres urbains, ils auront un taux d'installation et de rétention en milieu éloigné supérieur à ce que l'on connaît avec les programmes actuels.

La situation actuelle

La Colombie-Britannique mise beaucoup sur l'ouverture de la première faculté de médecine en milieu rural au Canada en 2005 afin de faciliter le recrutement et la rétention de médecins hors des grands centres.

Depuis novembre 2002, c'est un comité conjoint du ministère de la santé et de l'association médicale de la province qui a la responsabilité d'élaborer et de réviser les politiques, de déterminer les critères des différents programmes et d'administrer ces programmes visant à améliorer le recrutement et la rétention en milieu rural. Une quinzaine de programmes sont actuellement en vigueur dont trois visent à encourager l'exposition des étudiants et des résidents à la pratique en milieu rural. Les autres programmes sont : des bourses pour les résidents, une prime d'installation, un support financier aux régions et aux localités pour les aider dans leurs activités de recrutement ainsi qu'un support technique aux régions pour le recrutement de médecins étrangers. Les mesures de rétention visant le soutien à la pratique sont les suivantes : médecins remplaçants, des formations d'appoint et d'EMC et un programme qu'on ne retrouve pas ailleurs de formation particulière de quelques semaines pour les médecins à leur première année de pratique; une prime de rétention aux médecins des localités éligibles qui comprend un montant forfaitaire et une majoration des tarifs; une rémunération à salaire dans une quinzaine de localités isolées; enfin, comme dans l'ensemble de la province, la garde sur appel et la garde en disponibilité est rémunéré sur une base forfaitaire à un groupe de médecins pour assurer les services pendant toute l'année.

La Colombie-Britannique a développé un index de ruralité afin d'identifier les localités qui sont éligibles aux différents programmes et d'ajuster certaines mesures, particulièrement les primes de rétention, en fonction du degré de difficulté à recruter des médecins. Aucun document ne mentionne l'existence d'étude évaluative des différents programmes.

A- MESURES D'ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Formation en milieu rural (Undergraduate Rural Practice Participation) : Des bourses de 250\$ par semaine et une allocation totale de dépenses de 800\$, pour une période de formation de quatre à huit semaines, sont offertes aux étudiants qui veulent faire des stages de formation en milieu rural [27].

Encadrement des étudiants stagiaires (Undergraduate Teacher's Stipend) : Ce programme vise à faciliter le recrutement de médecins enseignants pour encadrer les stagiaires en milieu rural en accordant 300\$ par semaine aux médecins pour ces activités d'encadrement. La BCMA administre ces programmes [24].

Soutien à la formation en milieu rural (Increase Rural Faculty Program) : Trois enseignants/coordonnateurs à temps partiel sont financés pour coordonner tous les aspects du REAP dans leur communauté [27].

Faculté de médecine en milieu rural (University of Northern BC) : La Colombie-Britannique est la première province canadienne à avoir créé une faculté de médecine en milieu rural ou éloigné. Un tout nouveau campus sera construit à King George et ouvrira ses portes à une première cohorte de 24 étudiants en 2005 [[BCMAE, 2002 #322 [BCMHS, 2002 #316]]. Les étudiants font leur premier trimestre à l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver puis complèteront leur formation pré-doctorale à l'University of Northern BC. Ils recevront leur diplôme de l'Université de la Colombie-Britannique. Leur formation post-doctorale aura également lieu en milieu nordique.

A.2- Incitations financières pendant la formation

Bourses aux résidents (Specialty Training Bursary) : Ce programme vise à favoriser le recrutement des médecins spécialistes. Deux bourses de 25 000\$ sont offertes par année pour des résidents lors de leurs deux dernières années de résidence. Ces bourses sont conditionnelles à ce

que les résidents travaillent un ou deux ans selon le cas en régions désignées par le RHA. La BCMA administre ces programmes [24].

A.3- Marketing et démarche de recrutement

Support financier aux régions (Recruitment Contingency Fund) : Cette initiative vise à supporter les localités particulièrement en difficulté afin de recruter des médecins. Les montants obtenus peuvent être utilisés pour financer des activités de recrutement ou de majorer la prime d'installation de 10 000\$. Le budget total est de 300 000\$ [24].

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation (Recruitment Incentives Program) : Une prime de 10 000\$ est donnée à tout médecin qui s'installe à plein temps dans une localité éligible selon les critères mentionnés précédemment. Cette prime est ajustée au prorata de la pratique effective si le médecin ne travaille pas à plein temps ou quitte avant la fin de la première année [28].

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Aucun programme n'existe en ce moment.

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Le Recruitment of Foreign Trained Physicians : Ce programme offre le support technique aux autorités régionales pour recruter des médecins étrangers dans la mesure où elles remplissent certains critères [29].

B.- MESURES DE RÉTENTION

B.1- Soutien à la pratique

Médecins remplaçants (Rural Locum Program) : Ce programme vise à favoriser la rétention des médecins en leur permettant d'avoir des médecins remplaçants pour pouvoir

participer à des activités de formation continue, prendre des vacances ou prendre congé pour des raisons de santé. Le programme pour les médecins généralistes porte sur les communautés ayant sept médecins ou moins. Les généralistes peuvent bénéficier de ce programme pendant un à quatre semaines. Les médecins remplaçants reçoivent des frais de déplacements de 600\$ et une garantie d'un revenu minimum de 750\$ par jour. Les spécialistes reçoivent des frais de déplacement de 1 000\$ et un revenu minimum garanti de 1 000\$ en plus de la rémunération à l'acte [24].

Enrichissement professionnel (Advanced Skills and Training Program) : Un financement est accordé aux médecins éligibles pour des activités de formation soit sur des techniques spécifiques (une semaine à deux mois) (*Enhanced Skills Program*) ou pour une formation plus complète de deux à 12 mois (*Rural Traineeship Program*). Le programme contient essentiellement les mêmes avantages dans les deux cas : une bourse de 2 250\$ par semaine qui permet de couvrir la perte de revenu, les frais de bureau (overhead) et les frais déboursés pour la formation, les frais de voyages (maximum 1 500\$) et des frais de séjour (maximum 1 000\$ par semaine). [24]. Le budget du programme est de 2.25M\$ [28]

Ressourcement (Rural Continuing Medical Education Program) : Ce programme vise à supporter financièrement les médecins qui désirent mettre à jour ou améliorer leurs connaissances et habiletés de pratique. Il est administré par les autorités régionales et couvre les frais encourus pour participer à des activités de formation et l'achat de nouvelles technologies pour participer à ces activités. Les montants que peuvent recevoir les médecins varient selon la catégorie de la localité (selon le nombre de points d'isolement) et du nombre d'années de pratique dans cette localité. Ces montants sont transférables si le médecin déménage dans une autre localité éligible. Le montant varie de 400\$ à 5 200\$ par année et est transférable d'une année à l'autre [24].

Formation complémentaire des jeunes médecins (First Year Practice Enhancement) : Les nouveaux diplômés qui en sont à leur première année de pratique dans les régions rurales peuvent recevoir un financement pour une formation particulière (urgence, soins intensifs, etc.) d'une semaine au cours des premiers six mois et de 2 semaines au cours des six derniers mois.

L'allocation est de 2 500\$ par semaine en plus du remboursement des frais de transport et de séjour [24].

B.2- Soutien social et familial

Aucun programme.

B.3- Incitations financières

Rémunération pour la garde sur appel (Emergency Medical Coverage Program) : Depuis 2002, ce sont les autorités régionales gèrent ce programme et qui décident quels sont les services à couvrir et pour quelles périodes. Ce programme ressemble à celui d'autres provinces qui cherchent à trouver une alternative à la rémunération à l'acte pour assurer les services hors des heures régulières [29]. Les médecins sont payés 25\$ par heure de disponibilité en plus du paiement pour les actes posés et reçoivent 250\$ lorsqu'il y a un déplacement [21]. De plus, les médecins des régions rurales bénéficient des avantages du *Medical on-call availability Program*, qui s'adresse aux médecins de l'ensemble de la province, Les RHA établissent un contrat avec un groupe de médecins qui assure la disponibilité totale des services de garde en contrepartie d'un montant forfaitaire annuel pouvant aller de 70 000\$ à 325 000\$ [25, 28 [BCMAE, 2002 #322]]..

Majoration tarifaire - Primes de rétention (Rural Retention Program) : Des primes annuelles sont payées aux médecins exerçant dans les localités éligibles. Le montant total alloué à ce programme en 2003 est de 45,4M\$ réparti entre 27 localités nordiques et 132 autres localités de la province[25, 28]. L'ensemble des localités qui obtiennent le nombre minimal de points pour être admissibles aux programmes se partagent la masse globale de 45,4M\$ au prorata de leur nombre de points. Pour chaque localité, les primes sont réparties, sauf exception, de la façon suivante : 1) 30% du montant est payé sous forme forfaitaire aux médecins installés dans la localité depuis au moins neuf mois et dont le revenu a été d'au moins 50 000\$ au cours de la dernière année; 2) 70% des primes de la localité est payé sous forme de majoration tarifaire mais pour chaque médecin, cette majoration peut atteindre 30% du tarif de base selon le nombre de point d'isolement de la localité [24].

Non-application des plafonds de revenu : Les médecins dans les communautés en pénurie d'effectif sont exemptés des plafonds quotidiens de volume d'activités en cabinet qui s'appliquent aux autres médecins de la province.

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Les médecins sont rémunérés à salaire dans une quinzaine de communautés isolées, surtout composées de populations autochtones [22].

C- ÉVALUATION

Aucune évaluation n'a été faite au cours des dernières années.

ALBERTA

Comme la Colombie-Britannique, la première mesure adoptée en Alberta a été la majoration des tarifs. Le *Incentive Payment Program* a été instauré en 1985. Il accordait une majoration des tarifs de 5% à 20% aux médecins travaillant dans les communautés éligibles identifiées comme étant en pénurie d'effectifs [22]. Le niveau de la majoration tarifaire était déterminé selon un nombre de points basés sur divers critères (ratio population/médecin, distance du centre urbain le plus proche, taille de la localité, etc.). Les critères pour identifier les communautés éligibles ont été réduits à trois en 1990 : 1) avoir une population supérieure à 500 personnes; 2) être située à plus de 160km de Calgary ou Edmonton et 3) être situées à plus de 80km des cinq centres régionaux de santé. Le niveau de la majoration est demeuré le même (entre 5% et 20% et était déterminé selon deux composantes : une prime d'isolation (la distance de Calgary ou Edmonton) et une prime de pratique (le ratio population/médecin). Cette approche est encore en vigueur aujourd'hui pour identifier les localités éligibles aux différents programmes. Mentionnons que le *Incentive Payment Program* a été aboli en 1998 pour être remplacé par le *Rural On-Call Remuneration Program* qui accorde une rémunération horaire (21\$ en 2003) pour assurer la garde sur appel en plus de la rémunération à l'acte.

Le succès limité de ce programme avait déjà amené le gouvernement à adopter une approche plus intégrée en mettant sur pied le *Alberta Rural Physician Action Plan* (RPAP) en 1991 [22]. Le RPAP a pris de l'ampleur avec le temps et est, sans aucun doute, le programme le plus complet et le plus intégré au Canada afin d'encourager la pratique en milieu rural et éloigné. Il s'inspire d'un programme développé en Australie [30]. Il a aujourd'hui un budget de 3.8M\$ financé par le ministère de la santé, sans compter 1,9M\$ pour le réseau de formation des résidents en médecine familiale (MF) en milieu rural, le *Alberta Rural Family Medicine Network* qui permet à 20 résidents en médecine familiale de recevoir toute leur formation en milieu rural [31] [32].

Le RPAP est un organisme tout à fait indépendant dirigé par un comité de coordination composé de sept personnes provenant du Collège des médecins, de l'Association médicale de l'Alberta (AMA), de l'Association de la médecine rurale de l'Alberta, des Regional Health Authorities

(RHA) en milieu rural et du ministère de la santé [33]. Le comité de coordination a voulu développer une approche dynamique en mettant sur pied différents comités afin d'adopter, d'abandonner ou de modifier rapidement des programmes visant à supporter financièrement et techniquement les étudiants, les résidents, les médecins en milieu rural, leurs conjoints ainsi que les autorités régionales et les communautés et les établissements dans leurs efforts de recrutement et de rétention, particulièrement en améliorant les conditions de pratique, sociales et de conditions de vie.

De plus, le RPAP est avant-gardiste au Canada sous deux aspects. Il est le seul à avoir développé des programmes, bien que modestes, visant à atténuer les contraintes sociales et familiales auxquelles font face les médecins. Comparativement aux autres provinces, il est de loin celui qui a le plus de programmes et d'argent pour supporter techniquement ou financièrement les autorités régionales et locales dans leurs initiatives de recrutement et de rétention.

Malgré l'ensemble de ces mesures, on a dû mettre sur pied un programme spécial de recrutement de médecins étrangers en 1997 et 1998 (en plus du programme régulier de support du RPAP aux RHA) afin de répondre aux pénuries importantes dans certaines communautés [22].

La situation actuelle

Depuis le début des années 1990, l'approche de l'Alberta a été de confier au *Alberta Rural Physician Action Plan* (RPAP) l'élaboration et la gestion de l'ensemble des politiques pour améliorer l'attraction et la rétention des médecins en régions rurales ou nordiques. Parmi la vingtaine de programmes actuellement en vigueur, peu d'entre eux sont des incitations financières de rémunération : des bourses aux étudiants (5 000\$); une prime de 10 000\$ aux jeunes médecins formés en Alberta qui s'engagent à pratiquer pendant au moins un an en milieu rural; la rémunération sur une base horaire, en plus de la rémunération à l'acte, de la garde sur appel. Les autres programmes visent à supporter techniquement et financièrement les étudiants et les résidents afin que ceux-ci soient exposés à la pratique en milieu rural et qu'ils reçoivent une formation adaptée à la pratique rurale, et à apporter du support à la pratique, tels des médecins remplaçants et le financement d'activités de formation.

En plus du RPAP, le *Alberta Rural Family Medicine Network (ARFMN)* a été créé en 2001 afin de développer un réseau associant les deux facultés de médecine et deux unités en milieu rural coordonnant les activités sur plusieurs sites de formation. Une cohorte de 20 résidents par année en médecine familiale reçoit ainsi toute leur formation en milieu rural.

Malgré l'ampleur et la cohérence de l'ensemble de ces programmes, plus des trois quarts des médecins (77% en 2001) sont des médecins formés à l'étranger [29].

L'Alberta est la seule province à avoir incorporer une démarche d'évaluation de ses différents programmes en ne se limitant pas uniquement à une compilation du nombre de médecins qui se sont installés en milieu rural ou éloigné ainsi que ceux qui ont quitté. Selon son mandat, le RPAP doit faire périodiquement l'évaluation de ses programmes. Il a ainsi développé un cadre d'évaluation comprenant quatre volets : des indicateurs clés de performance pour la plupart de ses initiatives, une évaluation externe à tous les trois ans; des études spécifiques pour identifier les nouveaux besoins et l'efficacité des programmes en cours et des sondages sporadiques pour avoir du feedback sur leurs programmes [31].

Les résultats des cinq études d'évaluation réalisées depuis 1996 et les recommandations des auteurs ont amené le RPAP à abandonner ou modifier ses programmes ou à en créer de nouveaux. De ces études, on retient qu'il est difficile de mesurer les effets de l'ensemble des programmes ou d'un programme spécifique sur l'attraction et la rétention des médecins. On retient également que les médecins ou les autres acteurs sont généralement très satisfaits des programmes du RPAP, particulièrement celui des médecins remplaçants pour lequel la majorité des médecins disent que le programme contribue au maintien des médecins en milieu rural en améliorant la qualité de vie, en réduisant le *burn-out* et en permettant aux médecins de passer plus de temps avec leur famille. Enfin, une conclusion qui revient dans plusieurs des études est le peu d'implication des communautés locales dans le recrutement et surtout dans l'intégration des nouveaux médecins à la communauté médicale d'une part, et, d'autre part, l'intégration sociale de l'ensemble de la famille dans la communauté. C'est pour cette raison que le RPAP a cherché

au cours des dernières années à impliquer toutes les personnes et organismes concernés par ce problème (médecins, familles, communautés et autorités régionales).

A- ATTRACTION²

A.1 Exposition pendant la formation³

Travail d'été en milieu rural (Student Summer Elective Support Program) : le RPAP accorde huit bourses de 2 500\$ afin d'encourager des étudiants de première et deuxième année à connaître une expérience clinique et de recherche de quatre à 12 semaines en milieu rural. La priorité est accordée aux étudiants qui démontrent vouloir s'orienter vers la pratique en milieu rural. Le RPAP choisit les candidats qui ont été proposés par les RHA [34].

Formation en milieu rural pour les étudiants en médecine et les résidents (Rural Rotation Initiatives) : Ce programme vise à exposer les étudiants et les résidents à la pratique en milieu rural. Le RPAP rembourse les frais de déplacements et de logement des étudiants et la rémunération des percepteurs. Ces derniers sont en liens directs avec les médecins des facultés de médecine et reçoivent des visites de ceux-ci [31]. La longueur des stages est de 4 à 16 par an pour les médecins de famille.

Le mentorat (Mentor Program) : des étudiants de deuxième année peuvent établir des contacts avec des enseignants en milieu rural pour encourager les étudiants à entreprendre une carrière en milieu rural [34].

Formation complète des résidents en médecine familiale en milieu rural (Alberta Rural Family Medicine Network (ARFMN)) : Ce programme a débuté en 2001 et vise à former 20 résidents par année en milieu rural. Le ARFMN est un réseau comprenant les deux facultés de médecine de la province et deux unités en milieu rural (Rural Alberta North et Rural Alberta South), chacun ayant un directeur à plein temps et huit médecins consultants. Au total, il y a 60

² On trouvera une description détaillée des programmes du RPAP sur leur site Web : <http://www.rpap.ab.ca>

percepteurs dans les 24 communautés rurales pour les 20 résidents de première année et les 20 résidents de deuxième année. Les résidents ont comme port d'attache un des deux pôles régionaux où ils se rencontrent au moins une fois par mois et sont assignés à un précepteur pour les différents stages qui ont lieu dans les localités de la région, soit en milieu ambulatoire ou en milieu hospitalier. Les frais de transports et de logement hors du port d'attache sont assumés par le réseau [32] [33].

Troisième année de résidence en MF (Additional Skills Training Program) : Ce programme s'adresse aux résidents en médecine familiale ayant complété leur formation régulière afin de leur permettre d'acquérir une formation complémentaire d'un an pour les préparer à la pratique en milieu rural (ex. chirurgie, anesthésie, obstétrique, etc.). La rémunération de cette année de résidence est liée à l'obligation de pratiquer en milieu rural [35].

A.2 Incitations financières pendant la formation

Bourses aux étudiants en médecine (Northern Alberta Development Council Bursary Program) : Ce programme a été instauré par le Northern Alberta Development Council et non pas par le RPAP. Il offre des bourses aux étudiants de 5 000\$ par année en retour d'un an de service dans une communauté nordique⁴. De plus, l'étudiant peut recevoir une bourse additionnelle de 5 000\$ d'une communauté et il doit alors exercer dans cette communauté. Nous n'avons pas d'information sur les modalités d'application [36].

A.3- Marketing et démarche de recrutement

Le RPAP utilise plusieurs moyens d'information, de marketing et de communications pour faire connaître ses activités et ses programmes, et pour supporter les autorités régionales dans leurs activités de recrutement :

⁴ Un programme de bourses rachetables a été abandonné en 1997 21. SRPC, *Regional information*, 2003, Society of Rural Physicians of Canada (online) <http://www.srpc.ca/regions.html>

Foire de recrutement (RPAP *Recruitment Fairs*) : Cette activité a débuté en 1993. Elle permet aux étudiants et résidents de rencontrer des représentants des communautés et des régions. Donnant suite aux résultats d'un sondage fait en 2002, le RPAP envisage de fournir du support aux autorités locales et régionales pour assurer un suivi auprès des candidats qui ont manifesté de l'intérêt [37].

Visites guidées pour les étudiants en médecine (*Medical Student Tours*) : Les étudiants intéressés peuvent rencontrer des médecins dans leurs milieux de pratique. Plusieurs étudiants ont manifesté qu'ils n'avaient pas été assez exposés à la pratique en milieu rural lors de ces visites. On a donc mis sur pied le *Shadowing Program* qui permet aux étudiants de suivre un médecin qui travaille sur appel pendant une fin de semaine [35].

Remboursement des dépenses de recrutement aux RHA (*Recruitment and Expenses Reimbursement Program*) : Ce programme a deux volets :

- le remboursement des dépenses de déplacement et de séjour des médecins nouvellement diplômés ou provenant de l'extérieur de la province pour passer une entrevue (maximum de 3 000\$ par entrevue) et les stages de probation des médecins étrangers;
- le paiement d'honoraires aux médecins formés à l'étranger nouvellement recrutés ou actuellement en pratique qui doivent suivre une période d'évaluation afin de répondre aux exigences du Collège royal des médecins et chirurgiens pour obtenir leur permis d'exercice ou des privilèges additionnels de pratique (1 500\$ par semaine pour un maximum de 6 000\$) [38].

Financement du matériel de support (*Community Development and Partnership Grant*) : Le RPAP donne (une seule fois) un montant allant jusqu'à 5 000\$ par communauté ou 10 000\$ par région pour la production de matériel (dépliants, etc.) servant à supporter les activités de recrutement et de rétention [34].

Promotion de la pratique en milieu rural (Rural Health Week) : Cette activité a pour but de valoriser et promouvoir la pratique en milieu rural auprès des professionnels de la santé et de l'ensemble de la population par une campagne nationale de sensibilisation pendant une semaine au cours du mois de juin [34].

A.4- Incitations financières pour l'installation

Prime d'installation : une prime allant jusqu'à 10 000\$ pour les médecins formés en Alberta qui s'engageant à pratiquer en milieu rural pendant un an [35].

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Résidence en spécialité pour les généralistes (Royal College Re-Entry Program) : Ce programme permet aux médecins généralistes de compléter une formation spécialisée. Un seul poste était offert en juillet 2003 [31].

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Voir plus haut *Remboursement des dépenses de recrutement aux RHA*.

B- MESURES DE RÉTENTION

B.1- -Soutien à la pratique

Médecins remplaçants (Rural Locum Program) : Ce programme, initié en 1992, vise à accorder un repos aux médecins des communautés comptant moins de cinq médecins. Il comprend maintenant trois volets [39] :

- bénéficier de quatre semaines de remplacement par année (vacances, etc.);
- ne pas travailler dans une salle d'urgence plus d'une fin de semaine sur quatre;

- réduire la tâche des médecins âgés de 55 ans ou plus ou ayant travaillé plus de 9 ans en milieu rural ou exerçant dans une localité ayant moins de 16 médecins en leur permettant de ne pas répondre aux appels pour les patients hospitalisés pendant les fins de semaine.

Le *Short Term Locum Program* permet aux médecins des communautés comptant moins de 5 médecins de bénéficier d'un médecin remplaçant jusqu'à quatre semaines par année (maximum de deux semaines pendant l'été). Ce programme inclut la pratique en cabinet. Les médecins remplaçants assument 70% des frais de cabinet. Le *Weekend Program* permet aux médecins de ne travailler qu'une fin de semaine sur quatre à l'urgence. Le *Seniors' Enhancement Program* accorde la possibilité aux médecins qui ont plus de 54 ans de réduire ou d'abandonner la garde sur appel pendant les fins de semaine. Pour être éligibles, les médecins doivent avoir travaillé plus de neuf ans en milieu rural et travailler actuellement dans une communauté comptant moins de 16 médecins. Les médecins remplaçants reçoivent un revenu minimum garanti de 800\$ par jour pour les omnipraticiens et de 1 500\$ pour les spécialistes ainsi que le remboursement des frais de déplacements et de séjour [34]. Ils doivent assumer 70% des frais de bureau lorsqu'ils remplacent un médecin en cabinet.

Perfectionnement (Enrichment Program) : vise à augmenter les habiletés des médecins travaillant en milieu rural de développer de nouvelles compétences ou améliorer leurs habiletés afin de répondre aux besoins de leur communauté (ex. en obstétrique, urgence, anesthésie, chirurgie). La formation peut s'étendre entre deux semaines et un an. Les médecins sont payés sur une base annuelle de 76 000\$. Ce programme vise à supporter 10 médecins équivalents plein temps (EPT). En 1998-99, seulement 3,1 EPT ont participé. Selon un rapport du RPAP, le peu de succès du programme peut être dû au fait qu'il est peu connu par les médecins, que ceux-ci perçoivent qu'il ne répond pas à leur besoin ou encore que les autorités régionales ne perçoivent pas la nécessité de ce programme [40]. Des améliorations au programme ont été faites depuis comme la rémunération des médecins enseignants, une plus grande flexibilité dans les formations offertes et l'embauche d'un courtier qui fait la promotion du programme et effectue toutes les démarches administratives pour les médecins participants [31]. Soulignons qu'en vertu du Regional Health Authority Act, les autorités régionales (RHA) déterminent les services qui sont offerts dans la région. C'est après avoir identifié ces besoins que les RHA peuvent encourager

certaines médecins de leur région à bénéficier du programme d'enrichissement afin d'obtenir des compétences additionnelles ou d'accroître leurs habiletés [41].

Éducation médicale continue (Rural Continuing Medical Education Initiative) : Les deux facultés de médecine de la province reçoivent un financement pour offrir un programme de formation continue pour les médecins en milieu rural afin de présenter des conférences ou des téléconférences à ces médecins [31].

B.2- Soutien social et familial

Promotion de la santé pour les médecins et leur famille (Physician and Family Health Promotion) : un projet pilote vient d'être mis sur pied dans une région afin d'offrir un service indépendant et confidentiel visant à encourager la recherche précoce d'aide, le suivi médical et un style de vie sain aux médecins et à leur famille [34].

Réseau des conjoints : Ce réseau vise à développer des liens entre conjoints et des programmes pour favoriser le développement personnel et l'appréciation de la vie en milieu rural [31]. Le RPAP offre un support financier pour des rencontres, des outils de communications, etc.

B.3- Incitations financières

La garde sur appel (Rural On-Call Remuneration Program) : Ce programme a remplacé en 1998 le *Incentive Payment Program* qui accordait une majoration tarifaire entre 5% et 20% selon le type de localité. On a donc remplacé une majoration tarifaire pour l'ensemble de la pratique par une bonification de la garde pour les salles d'urgence. Le nouveau programme accorde, aux médecins omnipraticiens un tarif horaire de 21\$ ou de 500\$ par période de 24 heures en plus de la rémunération à l'acte pour les périodes de soir et de nuit la semaine, les fins de semaine et les jours fériés [42]. Ce programme est géré, depuis 2001, par les RHA. Elles déterminent les établissements qui sont éligibles et elles sont responsables du paiement des médecins. Le ministère de la santé alloue un budget de 12M\$ à l'ensemble des régions pour le

programme. Une évaluation du programme a été faite en 2001 (voir plus bas). Les spécialistes travaillant en milieu rural peuvent bénéficier du programme en vigueur dans l'ensemble de la province qui accorde un montant forfaitaire annuel à un ou plusieurs médecins (entre 87 000\$ et 174 000\$ par équivalents plein temps) pour assurer les services de garde dans les hôpitaux éligibles (M. Joshi, communication personnelle).

Congé sabbatique (Sabbatical Leave Project) : Un projet pilote a été développé par une des régions afin d'accorder un repos de un à trois mois aux médecins afin d'éviter un *burn-out*, améliorer leur état de santé et de bien-être ou entreprendre une formation spécifique. Quatre médecins ont participé à ce programme instauré l'an dernier et un rapport préliminaire indique que les médecins sont satisfaits. On ne peut pas évidemment en mesurer l'impact sur la rétention [35].

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Il n'y pas de programme de modes alternatifs de rémunération spécifiquement développés pour les régions rurales et nordiques. Les médecins de ces régions peuvent utiliser, s'ils sont éligibles, les modes alternatifs en vigueur dans la province. Le programme de paiement à vacation s'adresse entre autres aux médecins qui offrent des services à une population ciblée ou géographiquement isolée. La rémunération sous forme contractuelle est utilisée partout dans la province. Elle accorde à un groupe de médecins la responsabilité d'assurer les services de garde sur appel pendant une période de temps donnée (généralement un an). Il y a aussi un programme de paiement à capitation qui est peu répandu et sous révision (M. Joshi, communication personnelle).

B.5- Autres mesures

Développement de programmes innovateurs : Par ce programme on veut encourager le développement d'initiatives innovatrices de la part des autorités régionales et des communautés pour améliorer l'attraction et la rétention des médecins. Ce programme a débuté en 2002 [35].

Attraction et rétention des médecins dans l'ensemble de la province : Parallèlement aux mesures prises pour attirer des médecins en milieu rural, l'Alberta a aussi prise des mesures pour attirer et retenir des spécialistes dans la province. Ainsi, en janvier 2001 le gouvernement de l'Alberta a annoncé un programme de 10M\$ pour améliorer la rémunération des médecins ou acheter de nouveaux équipements pour les spécialités dont la compétition nationale et internationale est vive, celles où le taux de roulement est élevé à cause des départs de la province et celles dont l'insuffisance d'effectifs met en péril la qualité des services (Basky, 2001).

C- Évaluation du RPAP

Le RPAP a développé un cadre d'évaluation de ses programmes comprenant quatre volets : des indicateurs clés de performance pour la plupart de ses initiatives, une évaluation externe à tous les trois ans; des études spécifiques pour identifier les nouveaux besoins et l'efficacité des programmes en cours et des sondages sporadiques pour avoir du feedback sur leurs programmes [31].

Deux évaluations portant sur l'ensemble des programmes ont été faites par la même firme de consultants. La première, réalisée en 1996, conclut que le RPAP a permis de maintenir le volume global de médecins en milieu rural depuis 1991 sans véritablement améliorer la situation [43]. Une mise à jour de ce rapport a été effectuée en 2002 [29]. Comme le premier, ce rapport n'est pas vraiment une évaluation du programme mais présente plutôt des données sur l'évolution de la situation ainsi qu'une synthèse des opinions obtenues auprès des différents acteurs impliqués (médecins, résidents, directeurs médicaux des régions, etc.). Les données sur le nombre d'arrivées et de départs dans les régions rurales montrent que le nombre de nouveaux médecins a légèrement augmenté entre 1987 et 2001 alors que celui des départs a peu varié. Ce rapport indique également que la proportion de médecins formés à l'étranger a augmenté considérablement passant de 42% en 1996 à 77% en 2001; que 70% des médecins en milieu rural en 1996 y étaient encore cinq ans plus tard, que 13% étaient ailleurs en Alberta et 17% avaient quitté la province. Par ailleurs, 54% des médecins en milieu rural y sont depuis plus de cinq ans et 44% depuis plus de 10 ans. Les auteurs concluent de ces données et des nombreux entretiens qu'ils ont eus avec les différents acteurs que, dans l'ensemble, le recrutement en milieu rural

n'est pas un problème majeur, sauf dans quelques localités et pour les spécialistes dans les hôpitaux régionaux. Les acteurs disent que la situation est plus facile depuis la campagne de recrutement du RPAP en 1998-99 qui a surtout portée sur le recrutement en Afrique du sud et en Grande-Bretagne (Barer et al, 1999). Les personnes rencontrées considèrent favorablement les programmes du RPAP mais plusieurs affirment qu'il faudrait une plus grande coordination entre les différents organismes concernés et une plus grande implication de tous les acteurs. Plus particulièrement, les étudiants et les résidents rencontrés déplorent que les communautés locales et les autorités régionales n'effectuent pas suffisamment de suivi après leur rencontre dans les foires ou les visites sur place. Les auteurs en concluent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour sensibiliser les communautés et les RHA au rôle primordial que joue les communautés dans le recrutement et la rétention des médecins. Par exemple, des membres des communautés ou les responsables du recrutement devraient demeurer en contact avec les médecins avant et après leur arrivée de façon à ce que ceux-ci se sentent désirés. Des initiatives doivent être prises aussi pour intégrer les nouveaux médecins à la communauté médicale et pour que ceux-ci et leur famille se sentent intégrés socialement dans leur localité.

MacDonald & Associates a aussi réalisé, en 2001, une évaluation du programme de garde sur appel pour les omnipraticiens, instaurée en 1998 [42]. Un sondage a été fait auprès des médecins en milieu rural et des entrevues ont été réalisées avec des médecins, des responsables des RHA et d'autres personnes concernées. Tous disent que le programme a contribué à retenir les médecins en milieu rural et, à un degré moindre, à attirer de nouveaux médecins. Presque tous les médecins généralistes participent au programme, sauf ceux qui ont une pratique spécialisée et les médecins près de prendre leur retraite. Un sur cinq (18%) font plus de garde qu'ils le souhaitent. Parmi les 29% des médecins qui pensent ou prévoient quitter leur lieu de pratique actuelle, 11% quitteraient à cause de la lourdeur de la garde, soit à peine 3% de l'ensemble des médecins. Par ailleurs, la contribution de tous les médecins d'une localité soulève des inquiétudes chez certains directeurs médicaux qui se disent inquiets des compétences pour les services d'urgence de certains médecins qui n'ont pas de formation et peu d'exposition à la pratique en urgence.

Un rapport d'évaluation a été déposé par une firme indépendante en 2000 sur deux des programmes liés à la formation, soit celui de la formation complémentaire pour les résidents en

médecine familiale et celui sur l'enrichissement des capacités des médecins en pratique [41]. Les chercheurs ont utilisé des documents publiés et les statistiques sur les programmes ainsi que des entrevues avec des médecins en formation ou qui avaient déjà complété et aussi auprès de différentes personnes concernées (médecins des facultés de médecine, représentants des RHA, du RPAP, de l'AMA, etc.). Les auteurs ont identifié trois limites à leur étude. L'évaluation a porté sur les objectifs et les processus tel qu'exprimés dans les documents publiés; les entrevues n'ont pas porté sur un échantillon de résidents et de médecins tiré aléatoirement mais en fonction de certains critères; les auteurs n'ont pas d'informations sur les médecins qui ont fait une demande qui a été refusé, les privant ainsi d'informations sur les difficultés d'accès à ces programmes. Presque tous les médecins interrogés (17/18) ont dit que la participation au programme d'enrichissement contribue à la rétention en milieu rural. Non seulement a-t-il permis d'améliorer leur compétence et leur habileté mais en pouvant effectuer un plus grand nombre de procédures ils peuvent augmenter leur revenu. Entre 1994 et 2000, 11 médecins en moyenne par année ont participé au programme et presque tous ceux interviewés se disent satisfaits. Par contre, plusieurs se plaignent des lourdeurs administratives et de la quantité de démarche à effectuer. L'embauche d'un courtier devrait atténuer ces difficultés selon les auteurs. Plus des deux tiers des résidents participants au AST croient que ce programme aide le recrutement et la rétention en milieu rural. Moins de la moitié des postes disponibles entre 1997 et 2000 (11/24 en moyenne par année) et presque tous ceux rencontrés se disent très satisfaits. Les auteurs du rapport concluent que l'obligation faites aux résidents d'exercer au moins un an en milieu rural peut affecter la décision des résidents mais son influence est beaucoup moins grande que d'autres facteurs, comme l'endettement des résidents, les contraintes familiales et les méthodes de recrutement des RHA. Les auteurs ont relevé aussi certains problèmes dans le fonctionnement du programme d'enrichissement auxquels il faudrait tenter de remédier. Par exemple, on devrait développer des mécanismes pour assurer le remplacement de certains médecins, surtout si la période de formation est supérieure à six mois. Les RHA n'utilisent pas suffisamment les possibilités qu'offre ce programme pour assurer les services dont leur population a besoin. Le RPAP devrait travailler avec chacune des RHA rurales pour s'assurer qu'elles en font la promotion pour répondre à leurs besoins.

Un rapport d'évaluation du programme de médecins remplaçants vient d'être publié [44]. Deux approches méthodologiques ont été utilisées : 1) des entrevues téléphoniques semi-structurées auprès de médecins en milieu rural, de médecins remplaçants et de divers acteurs; 2) une enquête postale auprès des médecins remplaçants et des médecins qui bénéficient de leurs services. Les résultats révèlent que 83% des médecins en milieu rural disent que le programme est un apport important dans leur décision de demeurer dans leur communauté. C'est d'ailleurs l'arrivée de ces médecins remplaçants qui est la principale raison qui les incite à y demeurer parce qu'ils leur permettent d'avoir un moment de repos et ainsi améliorer leur qualité de vie. La majorité d'entre eux sont également d'accord pour un partage des frais de bureau à 70% par le médecin itinérant. De façon plus générale, la majorité d'entre eux disent que le programme contribue au maintien des médecins en milieu rural en améliorant la qualité de vie, en réduisant le *burn-out* et en permettant aux médecins de passer plus de temps avec leur famille. Les médecins remplaçants sont également très satisfaits du programme et de leur expérience. La plupart déclarent qu'ils sont en fait des marginaux parmi les médecins parce qu'ils aiment la diversité de pratique et « la vie d'aventure ». En fait, il y aurait deux grands types de médecins itinérants : les médecins étrangers et les « aventuriers ». Les auteurs du rapport recommandent d'étendre le programme pour favoriser la rétention mais demeurent sceptiques quant au succès de cet objectif étant donné qu'il y a peu de médecins disponibles et que la majorité d'entre eux proviennent de l'étranger. On recommande aussi d'écouter davantage les doléances soulevées par les remplaçants, entre autres, sur la qualité de l'accueil de la communauté (logistique de transport, logement, etc.) et la prise en compte des contraintes familiales. On propose aussi d'avoir des rencontres annuelles entre les différents acteurs concernés afin de faire le point sur les succès et les échecs vécus.

Deux autres rapports d'évaluation devraient être produits à l'automne 2003 : l'un, portant sur le ARFMN et, l'autre, sur l'ensemble des programmes du RPAP (D. Kay, communication personnelle, 30 octobre 2003).

SASKATCHEWAN

En 1984, le *Northern Medical Services Program* (NMSP) a été mis sur pied pour recruter des médecins dans les régions du nord de la province. Les mesures adoptées consistaient à rémunérer les médecins à salaire (de 121 000\$ à 140 000\$) et à leur accorder d'autres avantages, comme le paiement du logement [21]. Ce n'est que depuis le début des années 90 que la Saskatchewan a adopté une stratégie globale visant à encourager et supporter la pratique en milieu rural et éloigné. Le ministère de la santé et la Saskatchewan Medical Association (SMA) se sont entendus pour établir le *Rural and Remote Incentives Fund* et ont mis sur pied le *Committee of Rural Practice*. À la demande des centres régionaux (communauté où il y a un établissement comptant plus de trois médecins), le fond et le comité ont été élargis en 2001. Le *Committee on Rural and Regional Practice* (CORRP) est composé de membres provenant du ministère de la santé, de la SMA, du Collège des médecins de famille, du département de médecine familiale de la faculté de médecine ainsi que des médecins spécialistes et des médecins de famille des centres régionaux [45]. Plusieurs programmes ont été développés au cours des années, surtout depuis 2000 : incitations financières pendant la formation (bourses et prêts), primes d'installation, stages des étudiants et des résidents, primes pour la garde sur appel et une stratégie agressive de recrutement de médecins étrangers [21]. La plupart de ces programmes sont gérés et financés en bonne partie par la SMA. Par exemple, la SMA engage des médecins pour assurer des remplacements de court terme [45].

Un programme de bourses pour les étudiants de 2^{ième}, 3^{ième} et 4^{ième} année de médecine, avec retour de services mais remboursables avec intérêts, a été instauré en 1991. Le montant de la bourse était de 18 000\$ [22] mais a été réduit à 15 000\$ pour étudiants et augmenté à 25 000\$ pour les résidents [45]. Un programme de stages d'été pour les étudiants a été développé alors qu'un projet pilote de stage de 40 semaines pour les résidents, mis sur pied en 1999 [22], ne semble pas avoir survécu. Le *Rural Practice Establishment Grant* est un programme de prime d'installation (18 000\$). Il a débuté en 1997 et s'adresse aux médecins diplômés au Canada qui décident de déménager en Saskatchewan et de s'installer dans les communautés éligibles pour un minimum de 18 mois [21]. Quant aux mesures de rétention, on a misé sur les médecins

remplaçants et sur une amélioration de la rémunération pour la garde sur appel. Il y a deux catégories de couvertures de l'urgence. Dans les urgences de petite taille (généralement dans les communautés ayant moins de trois médecins), les médecins reçoivent 5 000\$ par trimestre pour assurer la garde une fin de semaine sur trois en plus du paiement à l'acte, alors que dans les urgences de plus grande taille, ils reçoivent \$10/heure les soirs et les nuits de semaine et 25\$/heure les fins de semaine en plus du paiement à l'acte. Plus de 400 médecins participent à ce programme dans 75 localités au coût de 5.5M\$ [21]. Le *Weekend Relief Program* accorde, par ailleurs, 1 500\$ par fin de semaine à des médecins remplaçants qui viendraient combler les périodes non couvertes par les médecins locaux [45]. Des programmes pour encourager l'éducation médicale continue ont également été développés.

Il faut souligner que plusieurs RHA et des communautés accordent certains avantages : primes d'installation, allocation de logement, frais de déménagement, etc [22].

Enfin, devant le succès mitigé de ces programmes, la province doit recourir de façon importante aux médecins étrangers. Depuis 2002, on accorde même une prime (25 000\$) pour attirer des médecins généralistes formés hors du Canada dans les communautés de moins de 10 000 habitants pour un engagement de 18 mois en plus de la période de 18 mois de mise à niveau de la formation pour obtenir un permis d'exercice régulier.

Situation actuelle

La Saskatchewan doit recourir depuis longtemps à des médecins formés ailleurs et, principalement hors du Canada, pour répondre aux besoins des régions rurales et nordiques.

La plupart des programmes actuellement en vigueur sont sous l'égide du CORP qui est un organisme multipartite composé de représentants du ministère de la santé et d'organismes médicaux. Les programmes pour encourager le recrutement comprennent surtout des incitations financières pendant la formation (prêts et bourses aux étudiants et résidents et une prime d'installation) et des mesures pour attirer des médecins étrangers. Pour favoriser la rétention, on mise surtout sur l'amélioration de la qualité de vie grâce à des programmes pour encourager la

présence de médecins remplaçants et, à un degré moindre, de soutien professionnel par la formation continue.

A- ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Stages d'été des étudiants : LA SMA paie une semaine de stage en milieu rural aux étudiants entre leur troisième et leur quatrième année [21] alors que les autorités régionales offrent des stages à 20 étudiants entre la deuxième et la troisième année [22].

Troisième année de résidence en médecine familiale (Rural and Regional Physician Enhancement Training Program) : Ce programme offre du financement à deux médecins généralistes actuellement en pratique en milieu rural et à deux résidents de deuxième année de résidence en MF afin qu'ils effectuent une troisième année de résidence pour améliorer leurs habiletés dans certains secteurs d'activités (obstétrique, urgence, etc.). Les médecins en exercice reçoivent une compensation financière de 80 000\$ alors que les résidents reçoivent un montant équivalent au salaire d'un résident [45]. Depuis 1997, 11 médecins ont utilisé le programme et un d'entre eux n'a pas complété son engagement (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

A.2- Incitations financières pendant la formation

Bourses aux étudiants en médecine (Undergraduate Medical Student Bursary Program) : Ce programme s'adresse aux étudiants de deuxième, troisième et de quatrième année qui s'engagent à exercer comme médecins de famille dans les communautés rurales, régionales ou nordiques. La bourse est de 15 000\$ par année pendant un maximum de trois ans. La période d'engagement en retour de ces bourses varie selon la taille de la communauté [45]. Les étudiants peuvent racheter leurs bourses à la fin de leur formation; 20% l'ont fait (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

Bourses aux résidents (Medical Resident Bursary Program) : Ce programme s'adresse aux résidents en médecine familiale qui s'engagent à exercer comme médecins de famille dans

les communautés rurales, régionales ou nordiques. La bourse est de 25 000\$ par année pendant un maximum de trois ans. La période d'engagement en retour de ces bourses est d'un an par année de bourses dans les communautés rurales et régionales et de deux ans dans les régions du nord [45].

Prêts aux étudiants et résidents (Special Needs Loan Program) : Ce programme a été mis sur pied en 2002 et accorde un prêt aux étudiants et résidents qui sont en sérieuse difficulté financière. Les bénéficiaires doivent à la fin de leur formation rembourser seulement le capital s'ils pratiquent dans les communautés rurales, régionales ou nordiques. Sinon, ils remboursent le capital et les intérêts [45].

A.3- Marketing et efforts de recrutement

Soutien au recrutement : En 1997, le ministère de la santé et les autorités régionales ont créé un poste de coordonnateur afin de faciliter le recrutement en milieu rural [22].

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation (Rural Practice Establishment Grant) : Une prime de 25 000\$ est donnée aux nouveaux médecins généralistes et à ceux qui n'ont pas pratiqué dans la province au cours des 12 derniers mois s'ils demeurent dans la communauté pendant au moins 18 mois. Les communautés éligibles sont celles dont la taille de la population est inférieure à 10 000 personnes et qui peuvent accueillir au moins deux médecins. Depuis 1997, 39 médecins ont reçu cette prime et trois n'ont pas complété leur engagement (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Résidence en spécialité pour les généralistes (Re-entry Training Program) : Deux médecins généralistes peuvent recevoir du financement pour effectuer un programme de résidence en spécialité. Les médecins doivent travailler depuis au moins trois ans en milieu rural. Les frais de scolarité sont payés par le programme et les médecins reçoivent un montant équivalent au salaire d'un résident. Les médecins doivent une année en retour de service pour

chaque année de formation financée. Cet engagement comprend aussi les années travaillées précédemment en milieu rural. Depuis, 2003-04, ils doivent cependant travailler au moins deux ans en milieu rural après avoir complété leur formation [45]. Ce programme a peu de succès. Seulement six médecins ont participé depuis 1999 (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Primes d'installation (Rural Practice Establishment Grant for Foreign-Trained Physicians) : Des efforts importants sont faits, surtout au cours des dernières années, pour recruter des médecins formés à l'étranger. Ces médecins reçoivent un permis d'exercice temporaire qui n'est valide que dans les régions sous-desservies [21]. Depuis 2002, on a dû leur offrir le même programme de prime d'installation que les médecins canadiens (25 000\$) afin de pouvoir en attirer un nombre suffisant en régions en pénurie [45]. Les communautés éligibles sont celles ayant moins de 10 000 habitants qui ont besoins de deux omnipraticiens ou plus. L'engagement des médecins est de 18 mois en plus de la période de 18 mois de mise à niveau de la formation pour obtenir un permis d'exercice régulier.

B- RÉTENTION

B.1- Soutien professionnel

Médecins remplaçants (Rural Relief Program) : Les remplacements peuvent être pour une période de quatre à 14 jours dans les communautés où il y a trois médecins ou moins. C'est le SMA qui recrute et engage les médecins. Le programme a pour but de maintenir une couverture médicale lorsque les médecins s'absentent pour des fins de vacances, une formation médicale et pour des raisons personnelles ou familiales [45]. Entre 1999 et 2001, près de la moitié des médecins éligibles au programme l'ont utilisé pour une moyenne de 15 jours par année (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

Résidents remplaçants les fins de semaine (Resident Weekend Relief Program) : Ce programme permet de jumeler des résidents en médecine familiale de deuxième année et des communautés de catégories « A » (ie ayant un nombre de médecins supérieur à trois, un volume d'urgence assez important, etc.) [22] pour accorder un repos aux médecins pendant certaines fins de semaine. Ce programme est en vigueur depuis 2000 et est géré par la SMA [45] mais il a peu de succès car entre 2000 et 2002, seulement deux demandes ont été faites et une seule a été comblée.

Médecins remplaçants les fins de semaine (Weekend Relief Program) : Ce programme permet de jumeler des médecins remplaçants et des médecins des communautés de catégories « B » (ie ayant moins de trois médecins, un faible volume d'urgence, etc.) pour accorder un repos aux médecins pendant certaines fins de semaine. Ce programme est en vigueur depuis 2001 et est géré par la SMA [45]. Les médecins remplaçants reçoivent 1 500\$ pour leur disponibilité de vendredi 17 heures à lundi 8 heures [21]. En 2001 et 2002, seulement 50% des demandes ont pu être comblées (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

Éducation médicale continue : 1) *Le Rural and Regional Extended Leave Program*) rembourse les coûts de participation à une activité de formation ainsi que la perte de revenu encourue pendant cette période qui peut varier de une à six semaines. Pour être éligible, il faut avoir travaillé en milieu rural ou régional pendant au moins 12 mois. 2) *Le Rural and Region Emergency Care CME Program* rembourse, depuis 2000, les frais d'enregistrement et une partie des dépenses (250\$) pour participer à de courtes sessions de formations spécifiques pour les services d'urgence [45].

Enrichissement professionnel (Rural and Regional Physician Enhancement Training Program) : Ce programme offre du financement à deux médecins généralistes actuellement en pratique en milieu rural et à deux résidents de deuxième année de résidence en médecine familiale afin qu'ils effectuent une troisième année de résidence pour améliorer leurs habiletés dans certains secteurs d'activités (obstétrique, urgence, etc.). Les médecins en exercice reçoivent une compensation financière de 80 000\$ alors que les résidents reçoivent un montant équivalent

au salaire d'un résident [45]. Depuis 1997, 11 médecins ont utilisé le programme et un d'entre eux n'a pas complété son engagement (A. Hagen, SMA, communication personnelle).

Frais de déplacement en milieu rural (Rural Travel Fund) : Ce programme vise à encourager la coopération et le support entre médecins de famille. Les médecins peuvent demander un remboursement de dépenses quand ils se rendent dans une localité voisine pour offrir des services d'anesthésie ou d'assistance chirurgicale ou encore pour recevoir des patients lorsqu'un confrère s'absente [45].

B.3- Incitations financières

Rémunération de la garde sur appel (Emergency On-call Coverage Program) : Depuis, 1998, les médecins dans les communautés de deux médecins ou plus reçoivent, en plus de la rémunération à l'acte, un tarif horaire de 10\$ pour la garde de soir et de nuit pendant la semaine et 25\$ pour la garde en fin de semaine. Dans les plus petites communautés, les médecins reçoivent un forfait de 5 000\$ par trimestre pour assurer la couverture des services d'urgence. Ce programme coûte 5.5M\$ pour assurer les services d'urgence par 410 médecins dans 75 communautés hors de Régina et Saskatoon [21].

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Il n'y en a pas sauf pour la garde sur appel pour laquelle il y a un mode mixte de rémunération.

C- ÉVALUATION

Aucune évaluation de ces programmes sinon le suivi effectué par le SMA (A. Hagen, SMA, communication personnelle) dont nous avons présenté les résultats lors de la description de chaque programme.

MANITOBA

La première mesure adoptée par le Manitoba a été la création, en 1970, par la faculté de médecine de l'université du Manitoba en collaboration avec le ministère de la santé du *Northern Medical Unit*, rebaptisée par la suite en *J.A. Hildes Northern Medical Unit* (NMU). Cette unité avait pour but d'assurer la dispensation des services de santé dans les régions dans les communautés isolées du nord de la province composées presque exclusivement d'une population autochtone [22] [46]. Le NMU est financé par le ministère de la santé. Les médecins généralistes (24 équivalents temps plein) sont payés à salaire (150 000\$ et plus). Le NMU a beaucoup de difficulté à recruter des médecins canadiens malgré les programmes adoptés depuis le début des années 70 pour exposer les étudiants en médecine à la pratique dans ces communautés. Plus de la moitié des médecins recrutés proviennent de l'étranger [22] [21].

En 1979, une Table de concertation sur la main-d'œuvre médicale (*Standing Committee on Medical Manpower*) a vu le jour et a proposé plusieurs initiatives dont certaines concernant les régions rurales. Les premières initiatives ont porté sur les stages d'été des étudiants, des bourses en retour de service (15 000\$) et des primes d'installation dans des régions identifiées comme sous-desservies. En 1989, on a instauré un système de majoration tarifaire de 5% en milieu rural et de 10% en milieu nordique.

Le recours à des médecins étrangers est devenu la solution privilégiée au milieu des années 90 pour solutionner la pénurie de médecins dans l'ensemble des régions rurales ou éloignées du nord ou du sud de la province. En 1995, le Collège des médecins a établi un permis de pratique temporaire pour les médecins étrangers qui ne remplissaient pas ses exigences de formation pour obtenir un permis régulier sous condition qu'ils exercent dans les régions sous-desservies et qu'ils obtiennent leur permis régulier à l'intérieur d'une période de cinq ans. On a ainsi recruté 164 médecins, principalement d'Afrique du Sud, entre 1995 et 1999 mais seulement 132 étaient encore actifs en 1999.

Le recours aux médecins étrangers résulte du peu de succès des autres mesures adoptées. Ainsi, le programme de bourses aux étudiants en médecine de troisième et quatrième année, de 9 000\$ par année avec retour de service équivalent, a accordé des bourses à 102 étudiants entre 1981 et 1997. Parmi les 83 étudiants qui avaient complété leur formation en 1997, le quart (22) ont remboursé plutôt que d'aller en région éloignée. Le taux de succès est plus élevé si on ne considère que la période 1989-1997 où la bourse a été majorée à 15 000\$ (24/27) et que d'autres mesures ont été adoptées comme un programme de stages d'été, la possibilité de stages de sept semaines des étudiants et l'obligation des résidents en MF d'y faire un stage dépenses payées. De plus, en 1992, un programme de résidence en médecine familiale a été établi. Basé à Dauphin, ce programme permet à six résidents de faire leur deuxième année de résidence en milieu rural. Des programmes de financement pour la participation à de la formation continue et spécialisée ont aussi été développés [22]. Quant aux mesures de rétention, un programme de rémunération différenciée existe depuis 1989. Le taux de majoration est de 2,5% à 10%. [22]. Comme dans la plupart des autres provinces, on a adopté des mesures de tarification horaire ou forfaitaire pour assurer les services d'urgence et de garde sur appel [21].

Le Manitoba connaît aussi une pénurie de médecins en milieu urbain. Devant ces problèmes persistants de pénurie généralisée, le ministère de la santé a instauré, en 2000, un plan d'action comprenant cinq éléments dont un visait spécifiquement l'attraction et la rétention des médecins en milieu rural. Ces cinq éléments sont [47] :

- augmentation du nombre d'admissions en médecine de 70 à 85
- financement des initiatives pour supporter les médecins étrangers afin qu'ils obtiennent un permis régulier de pratique (10 par année)
- mise en place d'un programme de bourse aux étudiants et résidents avec retour de pratique dans la province (pas nécessairement en milieu rural) d'une année par année de bourses;
- mise en place par les autorités régionales de Winnipeg d'un programme de primes pour recruter des médecins spécialistes de l'extérieur de la province. Environ 90 médecins ont reçu ces primes
- financement du *Rural Physician Action Plan* (RPAP).

Ce plan avait cinq grands objectifs [48] :

- accroître le nombre d'étudiants provenant des milieux ruraux
- accroître les possibilités de stage des étudiants et des résidents en milieu rural et nordique, incluant des stages de recherche
- accroître les possibilités de stage de formation complémentaire des médecins en milieu rural et nordique
- accroître les possibilités de stage de formation complémentaire des médecins en milieu rural
- établir une infrastructure de support pour assurer la coordination entre les programmes de formation et les besoins de la communauté en créant le *Office of Rural and Northern Health* (ORNH).

De façon plus précise, le ORNH a pour mandat de supporter les autorités régionales, les étudiants de ces régions intéressés à entreprendre des études médicales et dans d'autres professions de la santé ainsi que les cliniciens en exercice à travers les initiatives suivantes :

- développer des mécanismes de support financier pour les jeunes des milieux ruraux intéressés à entreprendre une carrière en santé;
- développer des mécanismes pour encourager ces jeunes à entreprendre ces études et fournir le support académique et social à ceux qui le font;
- travailler avec les communautés afin qu'elles demeurent en contact avec leurs jeunes qui font ces études;
- supporter le développement de lieux de stage pour les étudiants et les résidents en MF;
- développer des mécanismes pour impliquer davantage les communautés dans le processus d'attraction et de rétention [48];
- coordonner les programmes d'éducation médicale continue et de formation spécifique (advanced skills);
- administrer le *Manitoba Locum Tenens Program* [48].

Le ORNH est opérationnel depuis septembre 2002 et a son quartier général en milieu rural (Dauphin) [48]. Il est sous la responsabilité du *Regional Health Authority of Manitoba Inc* qui est une association représentant les RHAs [49]

Enfin, le *Manitoba Medical Association* (MMA) a mis sur pied un programme de prime, financé à raison de 5M\$ par année par le ministère de la santé, visant à retenir les médecins dans la province. Cette prime s'applique pour chaque période de cinq années consécutives passées dans la province. La prime va de 10 500\$ pour les cinq premières années à 21 000\$ après 30 ans [Anonyme, 2003 #332].

Situation actuelle

Le Manitoba se distingue des autres provinces par le rôle que joue la faculté de médecine non seulement dans la formation de médecins pour les régions éloignées mais aussi par la responsabilité qu'elle assume dans l'organisation de la dispensation des soins dans les régions isolées. C'est elle qui gère le recrutement des professionnels et la dispensation des services. Comme les autres provinces des prairies, les besoins de médecins pour les régions sous-desservies sont en très bonne partie comblés en ayant recours aux médecins formés à l'étranger et le problème n'est pas seulement les médecins en régions mais aussi les spécialistes dans les grands centres urbains. Pour l'ensemble des régions rurales et éloignées, le Manitoba a mis sur pied un organisme, le ORNH, financé par le ministère de la santé et sous la responsabilité des RHA. Le ORNH, a pour mandat d'assurer le leadership, la coordination, l'accès et l'administration des programmes reliés à la formation, au recrutement et à la rétention des professionnels de la santé dans les régions rurales et nordiques [48]. Il a un budget de fonctionnement de 500 000\$ par année. Un des aspects important de son mandat est de développer des initiatives visant à intéresser et à supporter les jeunes des milieux ruraux à faire carrière dans les professions de la santé (présentation aux étudiants, mentorship, support financier et technique, etc.). Par ailleurs, les étudiants et les résidents en MF ont une période de stage obligatoire en milieu rural.

A- ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Formation des étudiants en médecine : Le *Rural Week* est un programme obligatoire qui vise à exposer les étudiants à la fin de leur première année à la pratique en milieu rural (cabinet, hospitalisation, urgence) [48]. Il y a aussi un programme de stages d'été rémunérés pour les étudiants de première et deuxième année de six à huit semaines. Les étudiants de troisième et quatrième année ont un stage obligatoire en médecine familiale de sept semaines et la plupart choisissent d'aller en milieu rural [22].

Formation des résidents : Tous les résidents en MF doivent faire un stage un milieu rural pendant leur deuxième année [21]. Il existe aussi un programme de formation complémentaire d'un an pour les résidents en MF. L'ORNH veut augmenter ce nombre de six à 24 [48].

A.2- Incitations financières pendant la formation

Bourses aux étudiants en médecine (Educational Assistance Option) : Ce programme mis en place en 2001, vise à la fois à retenir les étudiants dans la province et à mieux les répartir. Ainsi, 10 bourses de 15 000\$ remboursables ou en retour d'un an de service dans la province sont disponibles pour les étudiants de troisième année. Le nombre de bourses est illimité pour les étudiants de quatrième année mais ceux-ci doivent offrir des services en régions jugées sous-desservies [50].

Bourses aux résidents (Educational Assistance Option) : Une bourse de 20 000\$ est disponible pour les résidents de deuxième année en MF et à chaque année pour les résidents en spécialité. Ils peuvent racheter leur bourse ou fournir un retour d'un an de service dans la province mais pas nécessairement n milieu sous-desservi [51].

A.3- Marketing et efforts de recrutement

Soutien technique ou financier au recrutement : Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'implantation de l'*Office of Rural and Northern Health* (ORNH) en 2002 a pour

but de développer des programmes visant à sensibiliser, encourager et supporter les jeunes à entreprendre une carrière dans le secteur de la santé; à supporter les communautés pour assurer le retour de leurs jeunes; et à développer des milieux de stages.[48].

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation (Under-serviced Area Practice Assistance): Une prime d'installation de 15 000\$ est disponible pour les diplômés du Manitoba qui n'ont pas bénéficié des programmes de bourses pour les étudiants et les résidents et qui veulent aller dans les régions en besoin [51]

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Aucun programme n'existe en ce moment.

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Le ministère de la santé a adopté en février 2003 des mesures visant à faciliter l'entrée de médecins étrangers. Suite aux changements apportés aux conditions de reconnaissance des compétences du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba et d'émission du permis de pratique restrictif (les procédures sont maintenant les mêmes pour tous, sans différenciation selon le pays d'origine), le ministère a élargi le nombre de pays ciblés et mis sur pied un processus de recrutement centralisé [52].

B- RÉTENTION

B.1- Soutien professionnel

Médecins remplaçants (Locum Tenens Program): Ce programme accorde entre 500\$ et 550\$ par jour et est géré depuis 2002 par le ORNH.

Enrichissement professionnel et éducation médicale continue : Ces programmes existent depuis plusieurs années et sont gérés depuis 2002 par le ORNH. Peu d'informations sont disponibles.

Support de référence : depuis 1998, les médecins qui débutent en région rurale reçoivent un manuel contenant de l'information sur les protocoles de traitement, les consultants disponibles, les différents programmes disponibles (ex. soins à domicile), et les autres ressources disponibles pour eux et leurs patients.

B.2- Soutien familial et social

Aucun programme n'existe en ce moment.

B.3- Incitations financières

Majoration tarifaire : La rémunération des médecins en milieu rural et nordique est majorée de 5% à 10% respectivement.

Rémunération pour la garde sur appel : Depuis 1997, la garde dans les services d'urgence est rémunérée à forfait selon le volume de patients : de 500\$ par jour la semaine à 900\$ les fins de semaine (en 1999). Les médecins peuvent facturer en plus les services d'obstétriques de chirurgie ou d'anesthésie [22] [21].

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Il y d'autres modes que le paiement à l'acte pour la garde sur appel et pour les médecins du Northern Medical Unit payés à salaire (voir plus haut).

C- ÉVALUATION

Une évaluation est prévue pour 2004

ONTARIO

L'Ontario a été la première province à développer un programme visant à attirer des médecins dans les régions sous-desservies. Le *Underserviced Area Program* (UAP) a été mis sur pied en 1969 afin d'améliorer l'accès aux services médicaux dans les régions du nord de la province. Ce programme s'est étendu peu de temps après aux régions sous-desservies du sud de la province [22]. L'approche adoptée en Ontario pour identifier les communautés en pénurie d'effectif est basée, comme dans certaines autres provinces, sur une évaluation des besoins de chaque localité (« community »), en fonction de plusieurs critères : le nombre de médecins dans la localité, le ratio population/médecin et omnipraticiens/spécialistes, la structure par âge et sexe de la population, etc.. Ces critères ont évolué au cours des années. Le programme a évolué au cours des années et comprend un ensemble de mesures d'incitations financières, d'encouragement à la formation en régions éloignées, de support à la pratique et de support à la communauté pour le recrutement.

En 1969, l'UAP accordait, aux omnipraticiens une prime maximale de 40 000\$ hors taxe payée trimestriellement sur une période de quatre ans, soit 10 000\$ par année, pour les régions du nord. Pour les régions du sud, la prime est de 15 000\$ [22]. En 1979, ce programme a été élargi aux spécialistes (pour le nord de la province seulement) en leur accordant une prime hors taxe de 20 000\$ pour une période de quatre ans avec une prime additionnelle de 20 000\$ pour les médecins offrant des services pendant au moins 12 jours par année dans une localité située à plus de 40 km de leur lieu principal de pratique. Le montant de ces primes n'a pas changé depuis [53].

Un programme de bourses aux étudiants de troisième et quatrième année de formation, accordant 7500\$ par année avec retour de services équivalent mais rachetable, a été adopté en 1969. Devant le peu de succès, il a été abandonné en 1993 [21] ou en 1996 [22]. Il a été remplacé, en 2000, par le *Free Tuition Program* qui accorde un remboursement de frais de scolarité jusqu'à 40 000\$ (ou 10 000\$ par année) aux étudiants de quatrième année inscrits dans un programme postgradué dans une spécialité en pénurie en régions éloignées et aux résidents répondants aux mêmes conditions en retour d'une année de service par année de remboursement [53].

Plus récemment, l'entente de 1997 entre le gouvernement et l'Ontario Medical Association (OMA) comprenait plusieurs composantes qui visaient les régions sous-desservies en services médicaux. Ainsi, 36,M\$ de « nouvel argent » est consacré à des modes alternatifs de rémunération (MAR) pour les régions sous-desservies. Une part importante de cet argent va au *Globally Funded Group Practices Agreements* (GFGPA). On voulait aider les petites communautés nécessitant entre trois et sept médecins en garantissant un niveau de revenu minimum aux médecins qui s'y installaient. Ce programme n'a duré que quelques années. Selon Barer et al [22], l'échec du GFGPA est attribuable aux objections des médecins résidents et des médecins travaillant dans ces régions :1) les critères du programme estimaient un nombre insuffisant de médecins pour assurer une masse critique minimale par communauté; 2) l'étendue du programme a été limitée par les ententes entre le ministère et l'OMA. Il a été remplacé, en 1998, par le *Northern Group Funding Plans* (NGFP) et le *Community-Sponsored Contacts* (CSC), qui rémunéraient les médecins à salaire dans quelques communautés en plus de nombreux autres incitations financières (voir plus bas).

L'entente de 1997 prévoyait aussi deux mesures d'incitations financières pour les jeunes médecins. La première consistait à pénaliser les jeunes médecins qui s'établissent dans les régions « sur-desservies ». Les nouveaux omnipraticiens et médecins de certaines spécialités recevaient 70% de la valeur des tarifs à leur première année, 75% à la deuxième et 80% à la troisième. La deuxième mesure consistait à exempter les jeunes médecins des communautés en pénurie de l'application d'un niveau plus bas pour les jeunes dans le nouveau système de plafond de revenu instauré (ex. un plafond de 205 000\$ pour les jeunes généralistes comparativement à 300 000\$ pour les autres). Les médecins recevaient 25% du tarif pour les services au-delà du plafond. [22]. Ces deux mesures pénalisant les jeunes médecins hors des régions « sous-desservies » ont cependant été abolies, en 2000, devant les pressions des résidents et de l'OMA afin de contrer la pénurie de médecins dans l'ensemble de la province [54].

Enfin, la dernière mesure visait à assurer les services dans les salles d'urgence des hôpitaux à faible débit: un tarif de 70\$ par heure pour assurer la disponibilité après les heures régulières sans possibilité de facturer à l'acte pendant cette période de disponibilité. Certains critères sont établis

pour identifier les hôpitaux éligibles. Les communautés éligibles étaient celles avec moins de 25 000 patients à l'urgence par année, ayant une seule salle d'urgence et étant situées à moins de 40km d'un « centre majeur » [22]. Ce programme a été modifié en 1999 mais, selon certains observateurs, il ne favorise pas les régions éloignées car la rémunération horaire est maintenant fonction du volume de patients [21].

Des mesures ont également été adoptées par le UAP pour encourager le recrutement des étudiants et des résidents (foires de recrutement, visites en milieu rural, agents de recrutement).

Plusieurs programmes financés par le ministère de la santé ont été développés depuis les années 70 afin d'encourager les stages de formation des étudiants et des résidents ainsi que de formation complémentaire adaptées à la pratique en régions éloignées. Ces programmes sont gérés par des organismes indépendants mis sur pied dans les trois grandes régions éloignées. La composition de ces organismes varie mais comprend des représentants de la communauté, des associations de médecins et de résidents et de l'université d'affiliation [55-57].

Cependant, malgré l'ampleur des mesures adoptées, la persistance des problèmes de disponibilité de médecins dans plusieurs communautés a contraint la province à adopter au cours des dernières années des programmes visant à permettre et à faciliter l'entrée de médecins formés à l'étranger pour atténuer les pénuries à court terme [53].

Pour les solutions à moyen et long termes, on a misé sur l'augmentation des admissions dans les facultés de médecine et, surtout, sur la création d'une faculté de médecine en milieu nordique. Comme en Colombie-Britannique et dans d'autres pays, on a voulu ainsi miser sur la sélection des étudiants et une exposition à la pratique en milieu rural pendant leur formation afin d'améliorer l'attraction et la rétention. Cette faculté ouvrira ses portes en 2004 et recevra une première cohorte de 55 étudiants [58]. C'est une faculté de médecine « sans murs » affiliée à deux universités qui repose essentiellement sur la vidéo conférence et l'utilisation de l'internet et vise à développer un programme de formation centré sur les réalités des milieux ruraux et nordiques [59]. On espère ainsi recruter des étudiants provenant des milieux ruraux et nordiques et que, étant donné qu'ils sont très peu exposés pendant leur formation à la vie dans les grands

centres urbains, ils auront un taux d'installation et de rétention en milieu éloigné supérieur à ce que l'on connaît avec les programmes actuels.

La situation actuelle

La plupart des mesures d'attraction et de rétention sont gérées par le *Underserviced Area Program* du ministère de la santé et des soins de longue durée [53]. Le programme comprend principalement des mesures d'incitations financières dont la plus importante est une prime d'installation pour une période de quatre ans. Une autre mesure, l'exemption de plafonds de revenu, vise à améliorer la rétention. Ce programme accorde aussi un soutien financier et technique aux communautés pour favoriser le recrutement. Des mesures de soutien à la pratique ont également été développées comme le recours à des médecins remplaçants, une année supplémentaire de formation pour les résidents en MF et l'accès à des programmes de formation continue.

Quant aux mesures visant à exposer les étudiants et les résidents à la pratique lors de leur formation, elles sont assumées par des organismes autonomes financés par le ministère de la santé. Ces organismes offrent des programmes visant à amener des étudiants et des résidents à faire des stages de quelques semaines ou quelques mois en région éloignée ainsi qu'une formation complémentaire pour les résidents en MF ou en spécialité adaptée à la pratique dans ces milieux.

Cependant, malgré toutes ces mesures, l'Ontario a dû développer des programmes pour recruter et intégrer des médecins formés à l'étranger au cours des dernières années. La création d'une faculté de médecine dans le nord de la province est une mesure qui, espère-t-on, sera plus fructueuse pour améliorer l'attraction et la rétention des médecins à moyen et long termes, car elle permettrait de recruter les étudiants les plus disposés à travailler en région éloignée et à les maintenir dans ces milieux pendant leur formation.

A- MESURES D'ATTRACTION

A.1 Exposition pendant la formation

Plusieurs programmes financés par le ministère de la santé ont été développés depuis les années 70. Ces programmes sont gérés par des organismes indépendants mis sur pied dans les trois grandes régions éloignées. La composition de ces organismes varie mais comprend des représentants de la communauté, des associations de médecins et de résidents et de l'université d'affiliation [55-57]. On retrouve plusieurs programmes qui ressemblent à ceux des autres provinces :

- Le travail d'été dans un établissement en milieu rural pour les étudiants;**
- Les stages de formation en milieu rural pour les étudiants et les résidents;**
- La formation complémentaire des résidents en MF (Troisième année de résidence)**
- La formation complémentaire des résidents en médecine interne.**

Faculté de médecine dans les régions du nord (The Northern Ontario Medical School) :

L'ouverture du Northern Ontario Medical School est prévue pour 2004 et accueillera une première cohorte de 55 étudiants [58]. C'est une faculté de médecine « sans murs » affiliée à deux universités (Laurentien à Sudbury et Lakehead à Thunder Bay) qui repose essentiellement sur la vidéo conférence et l'utilisation de l'internet et vise à développer un programme de formation centrée sur les réalités des milieux ruraux et nordiques [59].

A.2 Incitations financières pendant la formation

Bourses et remboursement des frais de scolarité pour les étudiants, les résidents et les nouveaux spécialistes (Free Tuition Program) : Ce programme, institué en 2000, accorde jusqu'à 40 000\$ (ou 10 000\$ par année) aux : 1) étudiants à leur dernière année de formation pré-doctorale et qui ont été acceptés dans un programme de résidence; 2) résidents; 3) nouveaux médecins qui viennent de compléter leur formation; 4) aux médecins étrangers; et 5) aux médecins qui participent au Re-Entry Program. Ce programme s'adresse aux médecins en médecine familiale et à ceux des spécialités désignées. Ceux-ci s'engagent en retour à exercer

dans les localités éligibles pendant le nombre d'années correspondant à la prime reçue. On vise ainsi à encourager les médecins ayant une formation dans les spécialités identifiées comme en pénurie dans les régions sous-desservies. Ce programme a deux composantes. Le *Tuition Grant* qui rembourse les frais de scolarité et le *Location Incentive Fund* qui fournit la différence entre le montant alloué de 10 000\$ et les frais de scolarité payés. Les bénéficiaires de la bourse doivent effectuer une année supplémentaire en milieu sous-desservi en plus de celle pour le *Tuition Grant* [53] [60].

A.3- Marketing et démarche de recrutement

Foire de recrutement (Health Professionals Recruitment Tour) : Ce programme permet à toutes les communautés de la province (pas seulement celles des milieux ruraux) de rencontrer les étudiants des cinq centres universitaires de santé de la province [53].

Les agents de recrutement (Community Development Officers) : On veut aider les communautés des régions sous-desservies à recruter des médecins en finançant l'embauche d'un agent de recrutement. Il y en a six couvrant ces territoires[53].

Remboursement des visites en milieu rural (Community Visit Program) : Les médecins (et certains autres professionnels) peuvent être remboursés pour les frais de transport et de séjour afin de visiter une localité désignée comme sous-desservie [53].

A.4- Incitations financières à l'installation

Les primes d'installation (Incentive Grant Programs) : Le programme accorde aux omnipraticiens et aux psychiatres qui sont déjà en exercice dans la province une prime de 40 000\$ payée trimestriellement sur une période de quatre ans, soit 10 000\$ par année, pour les régions du Nord. Pour les régions du sud, la prime est de 15 000\$. Pour les spécialistes dans le nord de la province la prime est de 20 000\$ et une prime additionnelle de 20 000\$ s'appliquent à ceux qui offrent des services pendant au moins 12 jours par année dans une localité située à plus de 40 km de leur lieu principal de pratique (OMHLTC, 2003b). Ce programme offre donc

sensiblement les mêmes avantages que le *Free Tuition Program* qui s'adresse aux étudiants, aux résidents et aux médecins débutants (voir le point A.2).

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Résidence en spécialité pour les omnipraticiens (Physician Re-Entry Program) : Ce programme permet à 20 omnipraticiens de faire une troisième année de résidence en MF et à 20 autres de faire une formation en spécialité. L'engagement de retour de pratique correspond au nombre d'années financées. [29].

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Les médecins étrangers : Il y a trois programmes, dont deux ont été établis récemment, pour supporter la formation de médecins diplômés de l'étranger pour qu'ils obtiennent les compétences requises afin de pouvoir exercer en Ontario; l'autre s'adresse à ceux qui ont une formation plus avancée mais qui doivent entreprendre une période d'évaluation de six mois. Chaque programme peut financer 50 médecins qui sont financés pour cette formation en retour d'un engagement d'exercer l'équivalent de cette période de temps de formation dans les localités sous-desservies [60].

- Le *International Medical Graduate Program* s'adresse aux médecins formés à l'étranger qui ont obtenu la citoyenneté canadienne ou le statut d'immigrant reçu et qui doivent faire entre trois et quatre de formation pré-doctorale entre 36 et 48 semaines, suivi d'une résidence de deux ans en MF ou dans une spécialité en pénurie.
- Le *Repatriation Program* s'adresse aux médecins canadiens ou immigrants reçus ayant obtenu leur diplôme et complété une formation post-doctorale dans une faculté étrangère reconnue par les organismes d'accréditation canadiens mais qui doivent compléter une formation additionnelle allant jusqu'à deux ans pour respecter les exigences du Collège royal de médecins et chirurgiens du Canada. Jusqu'à deux ans de formation additionnelle sont prévus.

- Le *Assessment Program for International Medical Graduation* vise les médecins qui exercent ou qui sont actuellement inscrits en formation post-doctorale dans leur pays mais dont le programme de formation n'est pas reconnu par les organismes d'accréditation canadiens. Six mois d'évaluation clinique et jusqu'à deux ans de formation additionnelle sont prévus.

B- RÉTENTION

B.1- Soutien professionnel

Médecins remplaçants : Il y a trois programmes visant à assurer le remplacement de médecins. Le *OMA Locum Tenens Program* s'adresse aux médecins généralistes et est géré par l'OMA [61]. Les médecins éligibles pour recevoir des remplaçants doivent travailler à plein temps dans une communauté de moins de 10 000 habitants ayant moins de 8 omnipraticiens à plein temps et situées à plus de 80km d'un centre ayant une population de plus de 50 000 habitants. Le médecin doit signer un contrat avec le ministère de la santé et doit s'assurer que le remplaçant a toutes les qualifications pour exercer. Les remplaçants reçoivent un montant forfaitaire par jour plus un pourcentage des revenus à l'acte. L'OMA recommande 50%-50%, ce qui permet d'assumer les frais de fonctionnement de la clinique. Ils doivent voir eux-mêmes aux arrangements professionnels (privilèges dans les hôpitaux, horaires, etc.) et personnels (transport, logement, etc.) Ces frais de transport et de logement sont remboursés. Les deux autres programmes s'adressent aux spécialistes. Le *Specialist Respite Locum Program* est similaire à celui des omnipraticiens visant à assurer un répit de moyen terme (vacances, etc.) alors que le *Specialist Urgent Locum Program* s'adresse aux situations d'urgence où les spécialistes assurent la couverture des services dans les localités situées à plus de 40km de leur lieu de pratique, pour une période maximale de trois mois consécutifs. Les spécialistes peuvent être payés à l'acte ou recevoir un montant forfaitaire de 590\$ par jour en plus des frais de déplacement et de séjour (comprenant la location d'une auto pour les médecins assurant la garde sur appel) (OMHLTC, 2003b).

Ressourcement (Rural CME) : Les médecins situés à plus de 100 km des grands centres peuvent recevoir un remboursement allant jusqu'à 5 000 \$ par année pour des frais d'éducation médicale continue. Ce programme est administré par l'OMA [53].

Bibliothèque virtuelle (Northern Ontario Virtual Library) : Ce programme a été développé pour tous les professionnels de la santé qui travaillent dans le nord de la province. Il leur permet d'avoir accès en tout temps à des bases de données biomédicales à des fins de formation ou de consultation [53].

B.2- Support social et familial

Il n'y a actuellement aucun programme.

B.3 Incitations financières

Non application des plafonds de revenu (Service Retention Initiative Program) : Ce programme vise à la fois à assurer un nombre suffisant de médecins en régions sous-desservies et à conserver dans la province les médecins des sur-spécialités en difficultés en ne pénalisant pas les médecins à haut volume de pratique [22]. Les médecins peuvent demander d'être exemptés de l'application du plafond de revenu qui était de 455 000\$ en 2003-2004 autant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes [62]. En régions sous-desservies, les médecins doivent s'engager à supporter les initiatives de recrutement de nouveaux médecins afin d'alléger leur tâche tout en gardant un niveau de revenu acceptable.

La couverture de la salle d'urgence (Emergency Room Alternate Payment Plan Program) : Ce programme vise à assurer la couverture des salles d'urgence dans près 100 communautés de la province depuis 1999. Il ne vise donc pas seulement les communautés sous-desservies. Les médecins sont payés pour leur disponibilité hors des heures de jour en semaine sur une base horaire de 71\$ à 153\$ selon le volume de patients à l'urgence au cours de l'année précédente sans facturation à l'acte. Les services peuvent être assurés sur appel dans les plus petites urgences [63]

Certains soutiennent que les communautés rurales ne sont pas nécessairement celles qui en profitent le plus car la rémunération horaire varie selon le volume de patients [21].

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Il y a deux programmes qui rémunèrent les médecins pour un montant forfaitaire annuel et de plusieurs autres avantages en contrepartie d'un engagement des médecins à assurer les services requis à la population.

1- Le *Northern Group Funding Plan* est en vigueur depuis 1998. Ce programme a peu varié depuis [64] [21]. Il s'adresse aux médecins des localités nécessitant entre trois et sept médecins, ayant une population inférieure à 10 000 habitants et situées à plus de 80km d'un centre urbain majeur. Treize communautés du nord de la province sont actuellement éligibles. Le contrat contient les avantages suivants :

- un salaire annuel est de 128 000\$ (sans facturation à l'acte, sauf exception);
- 60 000\$ par année pour les dépenses diverses (overhead);
- 30 000\$ pour assurer les services d'urgence 24 heures par jour dans les localités sans hôpital ou 70\$/heure pour assurer la couverture des salles d'urgence la nuit et la fin de semaine là où il y a un hôpital;
- un supplément annuel pour assurer des services de chirurgie mineure, accouchements et d'anesthésie (5 000\$ pour chacun) ainsi que 2 500\$ pour l'assistance chirurgicale; plus la facturation à l'acte pour ces services la nuit et les fins de semaine;
- possibilité de remplacement jusqu'à 37 jours par année;
- congé de maternité payé à 50% du salaire pendant 17 semaines;
- une prime de rétention de 10 000\$ après trois ans.

2- Le *Community-Sponsored Contacts (CSC)* est plus généreux et s'adresse uniquement aux localités du nord désignées comme étant en pénurie sévère. Il y en avait 24 en 2000. Le programme vise à faciliter le recrutement d'un ou deux médecins supplémentaires(s). Le contrat contient les avantages suivants :

- un salaire annuel entre 174 000\$ et 194 000\$ (sans facturation à l'acte, sauf exception)
- 60 000\$ par année pour les dépenses diverses (overhead)
- 30 000\$ pour assurer les services d'urgence 24 heures par jour dans les localités sans hôpital ou 70\$/heure pour assurer la couverture des salles d'urgence la nuit et la fin de semaine là où il y a un hôpital
- possibilité de remplacement jusqu'à 37 jours par année
- congé de maternité payé à 50% du salaire pendant 17 semaines
- la durée du contrat peut varier entre un et trois ans, comprenant une prime de 10 000\$ après deux ans et de 25 000\$ après trois ans.

C- ÉVALUATION

Aucune évaluation n'a vraiment été faite de ces programmes. Ainsi, l'OMA, dans son document *Position Paper on Physician Workforce Policy Planning*, publié en mai 2002, souligne que seulement deux études empiriques ont traité de la question de la répartition géographique des médecins. Le document cite l'étude de Chan qui conclut que la répartition géographique des médecins ne s'est pas améliorée au cours des années 90 mais, qu'au contraire, elle a empiré en dépit de la variété des incitations financières adoptées y compris la réduction de tarifs pour les jeunes médecins hors des régions sous-desservies. L'autre étude, celle de Kralj, utilise le Gini Index, utilisé généralement par les chercheurs américains pour mesurer l'ampleur des variations dans la répartition des effectifs dans le temps. Il en conclut, lui aussi, que la situation des localités les plus défavorisées s'est détériorée au cours des années 90 [65]. On ne sait évidemment pas quelle aurait été la situation sans les mesures adoptées.

Par ailleurs, selon les résultats préliminaires d'une enquête réalisée par la section ontarienne de la SRPC auprès des médecins qui ont participé au *Northern Group Funding Plan*, seulement 11% des médecins avaient quitté après un an comparativement à leur estimation d'environ 25% dans des milieux comparables sans ce type de programme [21]. On doit constater que ces estimations ne sont pas scientifiquement fondées.

Le rapport McKendry [66] recommandait, pour sa part, d'établir, comme cela se fait à certains endroits, de développer des *index de ruralité* de façon à ce que les composantes des différents programmes soient mieux adaptées au niveau des besoins et de la difficulté de recrutement afin d'éviter que l'expansion des mesures actuelles à un plus grand nombre de localités rendent la situation encore plus difficile pour celles qui sont le plus en difficulté [22].

NOUVEAU-BRUNSWICK

La première initiative significative de répartition géographique des médecins au Nouveau-Brunswick remonte à 1987 avec le *Physician Recruitment Incentive Program* (Barer...). Ce programme prévoyait une prime d'installation de 10 000\$ pendant les trois premières années de pratique. Les régions désignées pour les omnipraticiens étaient celles dont le ratio population/médecin est inférieur à 1 500; pour les spécialistes, c'était la pénurie enregistrée dans chaque hôpital pour une spécialité donnée. Les médecins pouvaient recevoir un remboursement jusqu'à 8 000\$ pour les frais de déménagement et d'installation ainsi qu'un montant pouvant atteindre 3 500\$ par année pour couvrir les dépenses encourues et la perte de revenu pour des activités d'éducation médicale continue. De plus, les médecins à leur première année étaient assurés d'un niveau minimum de revenu garanti pour les omnipraticiens dans les localités comptant moins de quatre médecins. Des mesures s'adressaient aussi aux étudiants et résidents : stages d'été rémunérés et stages pour les résidents. En 1989, la Commission MCKelvey-Levesque conclut qu'il n'y a pas de pénurie de médecins dans la province mais qu'il y a un problème de répartition. Elle recommande d'abolir le programme de primes d'installation car environ 40% des bénéficiaires de ces primes quittaient pendant ou peu de temps après la période de trois ans et, de plus, peu d'entre eux s'installaient dans les localités les plus en besoin. On a donc aboli ce programme en 1990 pour le remplacer par un programme de rémunération différenciée pour les nouveaux médecins pendant trois ans : 75% des tarifs hors des trois centres urbains et 110% dans ces centres.

Dans la foulée de la restructuration du système de santé en 1992, le *Physician Resource Management Plan* (PRAC) a été mis en place et a été en vigueur jusqu'en 1999. Ce plan prévoyait un « processus de gestion de la croissance » afin d'atteindre les objectifs visés pour l'année 2001 dans chaque spécialité pour l'ensemble de la province et des objectifs de répartition entre les régions. Les Regional Health Corporation (RHC)⁵ qui étaient devenues la seule entité juridique et administrative de tous les établissements de santé d'une région, étaient responsables d'accorder des privilèges de pratique à tous les médecins désirant s'installer dans la région sur la base des besoins de la région et de la pertinence de l'ajout d'un médecin supplémentaire en

⁵ Les RHC sont devenues les Regional Health Authority (RHA) en 2002.

fonction des objectifs de la région pour 2001. Les RHC devaient transmettre au ministère l'information sur tout remplacement ou ajout d'effectifs.

Le programme comprenait aussi des mesures contraignantes. Un RHC qui accordait un privilège à un médecin sans l'approbation du ministère devait lui rembourser l'équivalent du revenu moyen de la spécialité du médecin pendant la première année et le revenu du médecin par la suite.

La mise en place de ce « billing number » était accompagnée d'incitations et de compensations financières pour les médecins [22] :

- remboursement de frais de déménagement et d'aménagement jusqu'à 10 000\$
- remboursement des frais pour l'EMC : inscription, transport, séjour et 50% des pertes de revenu de pratique (trois mois après cinq ans de pratique et six mois après dix ans sous condition de retour de service d'un an par mois de financement
- paiement de vacances : deux semaines rémunérées à 40% du revenu de l'année précédente après cinq ans de pratique en région éligible et trois semaines après dix ans.

Ces mesures ont été abolies en 1996 (St-Pierre-Ellis L, communication personnelle). Mais nous n'avons pas d'information pour en expliquer la raison.

Barer et al [22] rapportent les résultats d'une évaluation du programme faite par Reamy, en 1995, qui a effectué une enquête auprès de huit RHC pour savoir si des médecins à qui ont refusé le privilège de s'installer dans une région en surplus d'effectifs se sont dirigés par la suite dans des régions en pénurie ou s'ils ont quitté la province ou encore dans la même ou une autre région en surplus. Les résultats rapportés indiquent que parmi les 56 médecins qui se sont vu refuser des privilèges au cours des trois années, les RHC en ont accordés à cinq d'entre eux lors d'une deuxième demande et savent que sept ont obtenu des privilèges dans une autre région mais on ne sait pas ce qui est advenu des 44 autres. Les auteurs en concluent que le programme a atteint les objectifs visés puisque moins de 10% des médecins qui ont été refusés pour respecter le quota de la région ont obtenu des privilèges par la suite.

De plus, deux programmes visaient à encourager l'installation dans les régions en besoins : 1) des stages d'été rémunérés pour les étudiants et le financement de la résidence en spécialité pour les omnipraticiens déjà en exercice et les médecins étrangers en retour d'une année de service pour les deux premières années de résidence financées et de six mois pour les années de formation subséquentes [67].

En 1997, un nouveau rapport du PRAC a été présenté au ministre qui révisait les méthodes utilisées et les objectifs à la base du plan provincial en tenant du compte du contexte de l'offre, de la répartition des effectifs et des conditions de travail. Selon Barer et al [22], les 59 recommandations ont été bien reçues et certains ajustements ont été faits particulièrement dans les processus adoptés pour atteindre les objectifs (repoussés de 3 ans) de meilleure répartition des effectifs. Le ministère a développé une approche plus globale de l'attraction et la rétention des médecins qui contenait des mesures permettant d'atteindre des objectifs de court, moyen et long termes et qui éliminait une bonne partie des mesures alors en vigueur [67] Le nouveau plan adopté en 2000 prévoyait :

- L'embauche, au sein du ministère, d'un responsable du recrutement afin de gérer l'ensemble des programmes de recrutement et de rétention et les initiatives de marketing pour amener des médecins dans la province par le recrutement de médecins étrangers et ceux d'autres provinces
- La mise en place d'un pool de médecins remplaçants
- Le financement d'initiatives développées par les communautés
- Des primes d'installation de 25 000\$ pour les omnipraticiens et de 40 000\$ pour les spécialistes en retour de cinq ans de pratique (Ces primes sont inférieures à celles de 1987 qui étaient de 10 000\$ par année d'engagement pour les omnipraticiens; ce programme avait été abandonné en 1992 [22])
- L'augmentation du nombre de stages d'étudiants et de résidents
- L'augmentation de 20% la rémunération des médecins salariés afin d'être concurrentielle avec les autres provinces des Maritimes
- Des vacances payées à 3,8% du revenu de la dernière année après trois ans et 5,7% après cinq ans.

En 2000, afin de contrer la pénurie croissante de médecins dans plusieurs régions de la province, le gouvernement a adopté de nouvelles mesures pour recruter et retenir les médecins dans la province et particulièrement en milieu rural. Alors que le plan de 1992 visait à mieux répartir les effectifs entre les régions dans un contexte où on avait la conviction que la province connaîtrait un surplus de médecins qui irait en croissant si on ne prenait des mesures pour y faire face, celui de 2000 vise avant tout à faire face à la pénurie croissante d'effectifs. Ainsi, en 1993, on a réduit l'achat du nombre de places dans les facultés de médecine des autres provinces pour former des médecins (il n'y a pas de faculté de médecine dans la province). En 2000, on revient au niveau de 1993 en 2000 et on les augmente encore de plus de 10% par année par la suite [67] et on met beaucoup d'énergie maintenant pour recruter des médecins de l'extérieur. De nouveaux objectifs régionaux ont été fixés pour 2005.

Situation actuelle

La principale caractéristique du Nouveau-Brunswick est qu'il est une des rares provinces avec le Québec à avoir une forme de quotas régionaux d'effectifs médicaux. Chaque région a des objectifs d'effectifs à atteindre pour 2005 et chaque remplacement de départ ou arrivée de nouveaux médecins doit être justifié afin de respecter ces objectifs. Il doit être approuvé par le ministère sinon la région doit assumer le salaire du médecin.

Comme les autres provinces, le NB a dû adapter ses politiques de répartition géographique à la fin des années 90. Les politiques des années 80 et du début des années 90 visaient à réduire la croissance des effectifs et à mieux les répartir sur le territoire.

Le NB n'a pas de faculté de médecine et a donc moins de levier d'action pour développer des politiques cohérentes et efficaces de main-d'œuvre. Elle doit subventionner des étudiants et des résidents originaires de la province et « acheter » des places de formation pour ceux-ci dans les facultés en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve ainsi qu'au Québec pour les étudiants francophones. La province a réduit de façon importante le nombre de ces étudiants financés au cours des années 90 mais les pénuries croissantes des dernières l'a amené à adopter une politique plus agressive de recrutement de médecins canadiens ou étrangers et à augmenter le nombre d'étudiants financés.

Un responsable du recrutement a été embauché et on a développé un programme de financement de formation d'appoint pour les médecins étrangers. On mise principalement sur des primes d'installation de 25 000\$ pour les omnipraticiens et de 40 000\$ pour les spécialistes en retour de cinq ans de pratique dans les régions en besoin. Les programmes d'exposition au milieu rural pendant la formation sont peu développés et les mesures de rétention se limitent à chercher à assurer un certain support par des médecins remplaçants. Plusieurs mesures ont été abolies en 1996, dont le financement de l'EMC, la rémunération différenciée et un revenu minimum garanti pour les jeunes médecins et le remboursement des frais d'installation.

A- ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Stages d'été (Summer Rural Preceptorship Program) : Trente positions sont maintenant offertes (comparativement à 12 avant 2003) aux étudiants de première et de deuxième année. Les étudiants reçoivent 4 000\$ pour 10 semaines de stages [68].

A.2- Incitations financières pendant la formation

Aucun programme

A.3- Marketing et efforts de recrutement

Responsable du recrutement et de la rétention : Le ministère de la santé a embauché un responsable afin d'élaborer des politiques, de promouvoir et de coordonner toutes les activités de recrutement et de rétention dans la province [67].

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation (Location Grants) : Depuis 1999, la province offre une prime d'installation de 25 000\$ pour les nouveaux certifiés en MF et 40 000\$ aux nouveaux

spécialistes qui s'installent dans les « hard to recruit areas » en retour d'un engagement de cinq ans [67].

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Soutien financier aux résidents (Supernumerary Residency Training Program) : Ce programme apporte un soutien financier aux omnipraticiens déjà en exercice et aux médecins étrangers qui veulent compléter une formation en spécialité en retour d'une année de service par année de financement pour les deux premières années de résidence et de six mois pour les années de formation subséquentes [67].

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Soutien financier (Supernumerary Residency Training Program) : Le programme qui apporte un soutien financier aux omnipraticiens déjà en exercice s'applique aussi aux médecins étrangers qui veulent compléter une formation en spécialité en retour d'une année de service par année de financement pour les deux premières années de résidence et de six mois pour les années de formation subséquentes [67].

B- RÉTENTION

B.1- Soutien professionnel

Médecins remplaçants : Le responsable du recrutement et de la rétention assure la gestion de ce programme afin de faire le lien entre les besoins des médecins en régions et les médecins remplaçants [68]. Nous n'avons pas plus de détails sur ce programme.

B.2- Support social et familial

Aucun programme n'existe en ce moment.

B.3- Incitations financières

Rémunération pour la garde sur appel : Les chirurgiens généraux et les anesthésistes peuvent recevoir 120\$/heure pour la garde sur appel en milieu rural [21] dont un montant forfaitaire de 400\$ pour assurer les services dans les petites salles d'urgence entre minuit et 8h00 par contre la rémunération de la garde sur appel est actuellement en négociation (Kelly N, communication personnelle).

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Il n'y a pas de modes alternatifs spécifiquement pour les régions rurales sauf pour les services d'urgence. Certaines spécialités et types d'activités peuvent être rémunérés à salaire ou à tarif horaire [68].

C- ÉVALUATION

La seule évaluation qui a été faite a été celle de Reamy en 1995 sur le «billing number» qui montrait son efficacité relative. Une évaluation du plan instauré en 2000 est prévue pour 2004 (Saint-Pierre-Ellis L, communication personnelle).

NOUVELLE-ÉCOSSE

On ne peut pas parler de régions éloignées en Nouvelle-Écosse étant donné que la presque totalité des localités sont à courte distance d'un hôpital régional. Jusqu'au milieu des années 1990, l'accès aux services médicaux n'étaient pas considéré comme un problème majeur, sauf quelques cas isolés. En 1995, cependant, le ministère de la santé a restreint l'octroi de permis de facturation aux omnipraticiens pour la région de Halifax jusqu'à ce que le ratio population/médecin dépasse 1170. [22]. Cette restriction ne semble plus être en vigueur.

En 1997, le ministère de la santé et l'association médicale, la Medical Society of Nova-Scotia (MSNB) se sont entendus pour engager un responsable du recrutement pour les régions rurales qui connaissent des problèmes d'effectif et le Collège des médecins a commencé à émettre un permis restrictif de pratique pour les médecins recrutés à l'étranger qui n'étaient pas éligibles à un permis régulier.

Également en 1997, le ministère de la santé et la MSNS ont décidé, dans le cadre de la négociation de la rémunération, de mettre en place un ensemble de mesures financières pour attirer et retenir des omnipraticiens en milieu rural. Ces mesures sont encore en vigueur aujourd'hui [22] [21] [69].

Situation actuelle

Les mesures actuellement en vigueur sont le résultat d'entente entre le ministère de la santé et la MSNB dans le cadre de leur négociation générale sur la rémunération. Ces mesures comprennent deux programmes de primes d'installation, les frais de déménagement, un niveau de revenu garanti, des modes alternatifs de rémunération pour les services à l'urgence et un programme de médecins remplaçants et d'éducation médicale continue. D'autres mesures d'adressent aux étudiants et résidents : un programme de bourses pour les étudiants remboursement des dettes scolaires et un programme de soutien à l'emploi pour les conjoints

A- ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Aucun programme

A.2- Incitations financières pendant la formation

Aucun programme

A.3- Marketing et efforts de recrutement

Responsable du recrutement : Un poste du responsable du recrutement a été en 1997 [22].

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation (Signing bonus) : La province offre une prime d'installation de 10 000\$ par année pendant cinq ans en milieu rural [69].

Primes aux médecins débutants (Dept Assistance Plan) : Ce s'ajoute au précédent pour les communautés en grande difficulté de recrutement. La prime est de 15 000\$ par année pendant trois ans [69].

Remboursements des frais d'installation : Les médecins ont droit jusqu'à 5 000\$ pour couvrir les frais de déménagement [69].

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

Poste de résidents : Douze postes sont offerts aux omnipraticiens déjà en exercice qui veulent compléter une formation en spécialité en retour d'un engagement de deux ans en milieu rural [21].

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Aucun programme

B- RÉTENTION

B.1- Soutien professionnel

Médecins remplaçants (Locum Contract) : La province offre des contrats de six mois ou d'un an aux médecins qui veulent faire du remplacement (128 000\$ pour six mois). Le ministère de la santé paie les frais de bureau (maximum de 800\$ par semaine) en plus d'un per diem de 100\$ [69].

B.2- Support social et familial

Il y a un programme qui vise à aider les conjoints à trouver un emploi [21]

B.3- Incitations financières

Rémunération pour la garde (Rural Stabilization Fund) : Ce programme offre 59\$/l'heure pour assurer 12 heures de garde. Dans les plus petites communautés, les généralistes peuvent avoir un contrat 24 000\$ par an pour être disponible en tout temps pour leurs patients [69].

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Voir les mesures pour les médecins remplaçants et la rémunération de la garde.

C- ÉVALUATION

Aucune évaluation n'a été faite.

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

Il y a peu d'information disponible sur la situation dans la province. C'est probablement qu'elle connaît peu de problème de répartition des effectifs, en bonne partie parce qu'il y a une faculté de médecine pour desservir une population peu nombreuse. À cause des bas niveaux de rémunération comparativement aux autres provinces, de plus en plus de médecins quittent la province [21].

La province a adopté au cours des dernières années quelques mesures pour recruter et maintenir des médecins en milieu rural : stages de formation, bourses, primes de rétention, majoration tarifaire et rémunération à salaire.

A- ATTRACTION

A.1- Exposition pendant la formation

Stages pour les étudiants : Il y a un stage obligatoire de deux semaines en milieu rural pour les étudiants de première année et il y a des stages disponibles en médecine familiale pour les étudiants de troisième et quatrième année [57].

A.2- Incitations financières pendant la formation

Bourses aux étudiants : Les étudiants de deuxième à la quatrième année peuvent bénéficier d'une bourse de 20 000\$ en retour d'un engagement d'un an par bourse [21] [70]. Une assistance financière est également disponible pour les résidents mais aucun détail n'est disponible.

A.3- Marketing et efforts de recrutement

A.4- Incitations financières pour l'installation

Primes d'installation (voir les primes de rétention).

A.5- Résidence en spécialité pour les généralistes

A.6- Recrutement de médecins étrangers

Le ministère de la santé offre un service d'accueil pour les médecins étrangers [70].

B- RÉTENTION

B.1- Soutien professionnel

Médecins remplaçants : Il ne semble pas y avoir de programme.

B.2- Soutien social et familial

B.3- Incitations financières

Primes de rétention : Les médecins en milieu rural ont droit à une prime de 30 000\$ par année. Les médecins salariés reçoivent une entre 2 000\$ et 10 000\$ [21].

Majoration tarifaire : Il y a majoration des tarifs de 20% dans les hôpitaux [21]

Rémunération pour la garde et l'urgence : Il ne semble pas y avoir de programme.

B.4- Modes alternatifs de rémunération

Il y a un nombre important (non spécifié) d'omnipraticiens qui sont payés à salaire [21].

C- ÉVALUATION

Aucune évaluation n'a été faite.

5- SYNTHÈSE DES POLITIQUES ET LEÇONS À TIRER POUR LE QUÉBEC

Les mécanismes mis en place

La plupart des provinces ont adopté des mesures visant à améliorer l'accès aux services médicaux dans les régions sous-desservies au cours des années 1970. Ces mesures visaient alors essentiellement le recrutement de nouveaux médecins. Ces initiatives faisaient partie des programmes courants des ministères de la santé, sauf en Ontario. Devant le succès limité de ces mesures, on a cherché au cours des années 1980 et 1990, d'une part, à développer des mesures de rétention et, d'autre part, à impliquer les autres acteurs concernés (association médicale, facultés de médecine, etc.) dans le processus d'élaboration des politiques et de gestion des programmes.

Le tableau 1 présente schématiquement les mécanismes que se sont données les provinces pour élaborer et gérer leurs programmes de recrutement et de rétention. Dans les provinces maritimes et au Manitoba, il n'y a aucun mécanisme formellement responsable de l'élaboration des programmes. C'est le gouvernement qui en est le seul responsable à travers les différentes politiques de leur ministère de la santé. L'Ontario on a mis sur pied, dès 1969, un organisme gouvernemental autonome responsable à la fois de l'élaboration et de la gestion des programmes. Le Québec a sensiblement la même approche que la Colombie-Britannique. La majeure partie de leurs programmes, particulièrement ceux touchant le recrutement, sont sous la responsabilité du ministère de la santé alors que ceux portant sur la rétention sont élaborés conjointement avec les représentants des médecins dans le cadre de la négociation de la rémunération. De plus, ces deux provinces ont mis sur pied récemment des comités conjoints pour assurer l'efficacité des mesures incitatives adoptées. Ce comité a une portée plus large en Colombie-Britannique où il a aussi la responsabilité de l'élaboration des programmes liés à la formation des étudiants et des résidents en milieu rural.

Enfin, la Saskatchewan et surtout l'Alberta se distinguent des autres provinces en confiant à un organisme autonome multipartite (ministère de la santé, représentants des régions, associations médicales, facultés de médecine, etc.) la responsabilité d'élaborer et de gérer l'ensemble des politiques d'attraction et de rétention.

Tableau 1
Organismes responsables de l'élaboration des politiques et de la gestion
des programmes dans les provinces canadiennes

	C.-B.	Alberta	Sask.	Manitoba	Ontario	Québec	N.-B.	N.-É.	T.-N/L
Élaboration des programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Comité Gouv./Ass des MD • Négo de la rémunération 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisme autonome multipartite 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisme autonome multipartite 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv. 	<ul style="list-style-type: none"> • Org. Gouv. • Négo de la rémunération 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv. • Négo de la rémunération 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv • Négo de la rémunération 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv
Gestion des programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Org. Gouv./Ass. des MD 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisme autonome multipartite 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisme autonome multipartite • Ass. méd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Org. géré par ass. des régions • Fac. méd. • Ass. méd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Org. Gouv. • Org : régions /fac. méd./ass. méd. • Ass. méd. 	Gouv	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouv

L'organisme de la Saskatchewan vise essentiellement à élaborer les politiques alors que les organismes membres assurent la gestion des programmes adoptés, principalement l'Association médicale de la Saskatchewan qui gère les programmes de formation continue et de médecins remplaçants même si ces programmes sont totalement ou partiellement financés par le gouvernement. Les associations médicales jouent d'ailleurs ce rôle dans plusieurs provinces.

L'approche de l'Alberta est tout à fait originale. Elle a mis sur pied, au début des années 1990, le *Rural Physician Action Plan (RPAP)* qui est un organisme dont le mandat est d'élaborer, gérer et évaluer un ensemble de programmes portant sur tous les facteurs qui peuvent influencer le recrutement et la rétention des médecins en milieu rural. L'Alberta avec le RPAP est la seule province à avoir développé un ensemble intégré de programmes pour encourager et soutenir techniquement et financièrement les étudiants, les enseignants et les responsables de la formation, les établissements, les communautés et les organismes régionaux ainsi que les médecins et leur famille. Fait à souligner, l'Alberta n'utilise pas d'incitations financières comme les primes d'installation et de rétention ou de majoration tarifaire pour favoriser la rétention depuis 1998.

Les mesures adoptées

Le tableau 2 montre que parmi les 40 mesures répertoriées dans les différentes provinces, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont adopté environ la moitié d'entre elles. Le Québec se distingue de ces provinces, d'une part, par le peu de ressources consacrées au soutien des milieux de formation en région éloignée et, d'autre part, par l'importance des mesures financières tant pour favoriser l'installation que la rétention. Non seulement le Québec a un plus grand éventail d'incitations financières, mais l'ampleur de ces incitations est beaucoup plus importante. Par exemple, la Colombie-Britannique et le Manitoba sont les seules autres provinces à avoir des mesures de majoration des tarifs. Alors que cette majoration peut atteindre 40% au Québec, elle n'est que de 10% au Manitoba.

Pour améliorer les probabilités que les étudiants en médecine s'installent en milieu rural ou éloigné, plusieurs études ont montré que le fait de provenir de ces milieux et d'avoir une formation qui prépare bien les futurs médecins pour le type de pratique qu'on y trouve sont les facteurs les plus déterminants dans la prise de décision de s'y installer. Trois provinces ont ainsi créé des facultés de médecine ou des campus régionaux en milieu rural et certaines ont allongé la durée des stages en milieu rural ou ont développé des programmes spéciaux de formation, comme une troisième année de résidence en médecine familiale spécifiquement pour la pratique rurale. Le Québec n'a pas adopté de telles mesures. Il est cependant la seule province à adopter une mesure visant à favoriser les candidats à l'admission en médecine provenant des régions éloignées en réduisant les exigences de la cote R de 0,5 point pour ces derniers.

Tableau 2 : Mesures actuellement en vigueur dans les provinces canadiennes

	C.-B.	Alberta	Sask.	Manitoba	Ontario	Québec	N.-B.	N.-É.	T.-N./L.
A. MESURES DE RECRUTEMENT									
A1. Exposition pendant la formation									
Travail d'été d'étudiants		✓	✓		✓	✓			
Stage formation des étudiants	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
Stage formation des résidents		✓		✓	✓	✓			
Mentorat		✓							
Financement des précepteurs	✓				✓				
Soutien tech. à la formation	✓				✓				
Formation complète des résidents en MF en milieu rural		✓							
3 ^e année de résidence en MF		✓	✓		✓				
Faculté de médecine	✓				✓				
A2. Incitations financières pendant la formation									
Bourses aux étudiants		✓	✓	✓	✓	✓			✓
Bourses aux résidents	✓		✓	✓	✓	✓			✓
Prêts aux étud. et rés. en difficultés financières			✓						
A3. Marketing et initiatives de recrutement									
Foire de recrutement		✓			✓	✓			
Visites en région		✓			✓				
Soutien fin. ou tech. aux régions et communautés	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
A4. Incitations financières à l'installation									
Primes d'installation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Remb. des frais d'installation						✓		✓	
Rémunération différenciée pour les jeunes médecins						✓			
Niveau de revenu garanti								✓	
Remb. des frais de scolarité					✓				
A5. Résidence en spécialité pour les omnipraticiens									
Financement de la formation	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
A6. Recrutement de médecins étrangers									
Soutien tech. aux régions	✓	✓	✓						
Programme de recrutement			✓	✓	✓	✓	✓		
B. RÉTENTION									
B1. Soutien à la pratique									
Médecins remplaçants	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Éducation médicale continue	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Perfectionnement	✓	✓	✓	✓		✓			
Soutien médical à distance								✓	
Biblio virtuelle/Télé-médecine					✓				
B2. Soutien social et familial									
Soutien ind. et aux conjoints		✓						✓	
B3. Incitations financières									
Prime de rétention	✓				✓	✓		✓	✓
Exemption plafond de revenu	✓				✓	✓			
Garde et urgence	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Congé sabbatique	✓	✓							
Majoration tarifaire	✓			✓		✓			✓
Frais de sortie						✓			
B4. Modes alternatifs de rémunération									
Salariat	✓			✓	✓	✓			✓
Vacation		✓				✓		✓	
Contrat/forfait		✓			✓	✓		✓	

Bien que presque toutes les provinces aient un programme de primes d'installation et des programmes visant à alléger la charge de travail (médecins remplaçants et bonification de la rémunération pour les heures de garde et de couverture de l'urgence), l'ampleur des mesures varie d'une province à l'autre. Par exemple, dans certaines provinces, le programme de médecins remplaçants vise à assurer un remplacement pour l'ensemble de la pratique, incluant celle en cabinet, pour de courtes absences ou des congés sabbatiques alors qu'au Québec, le programme ne vise qu'à éviter la rupture de services en milieu hospitalier ou récemment ceux des services de garde intégrée.

Malgré l'ampleur et la diversité des mesures adoptées dans chaque province au cours des 30 dernières années, on doit constater que la pénurie de médecins dans plusieurs localités rurales ou éloignées des grands centres urbains perdure. Il en faut pour preuve, le recours au recrutement important de médecins formés à l'étranger qui s'est amplifié considérablement au cours des dernières années même dans les provinces les mieux pourvues en effectifs médicaux comme le l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec.

Les mesures dont le Québec pourrait s'inspirer

Bien que l'expérience des 30 dernières années des autres provinces ne semble pas plus fructueuse que celle du Québec, on peut se demander quelles sont les mesures que contribueraient à améliorer les politiques québécoises. L'expérience de l'Alberta est sûrement la plus inspirante. La mise sur pied d'un organisme autonome RPAP avec un budget suffisamment important pour élaborer, financer et gérer un ensemble cohérent de mesures avec une vision et une démarche intégrée permet de toucher à toutes les dimensions qui affectent la décision des médecins de s'installer ou de rester en région éloignée. De plus, l'implication de représentants des groupes d'acteurs concernés et l'embauche de personnel suffisant permet de mieux identifier les besoins et les mesures à adopter car les décisions peuvent s'appuyer sur une connaissance concrète du terrain, ce qui permet aussi de faire rapidement les ajustements nécessaires. Un apport important du RPAP est le soutien technique qu'il offre pour faciliter le fonctionnement des différents programmes (ex. soutien logistique pour les stages, la formation continue ou les médecins remplaçants).

De façon plus concrète, le RPAP a beaucoup misé sur l'exposition à la pratique en milieu rural. On vise ainsi deux objectifs : 1) permettre aux étudiants et aux résidents de mieux connaître le type de pratique et d'être préparés à ce type de pratique; 2) leur permettre de connaître l'environnement social et culturel afin de pouvoir mieux s'y intégrer une fois installés. Aussi, le programme de médecins remplaçants est grandement apprécié et constitue pour plusieurs médecins la principale raison de leur maintien en milieu rural. Le programme a trois composantes : 1) permettre aux médecins des communautés de moins de cinq médecins de bénéficier de quatre semaines de congés par année, incluant la pratique en cabinet dont les remplaçants assument 70% des frais de fonctionnement; 2) ne pas travailler à l'urgence plus d'une fin de semaine sur quatre; 3) permettre aux médecins de 33 ans ou plus de réduire ou d'abandonner la garde sur appel. Le RPAP a aussi un programme de soutien aux conjoints ainsi qu'un projet-pilote visant à encourager les médecins qui ont besoin d'aide psychologique ou médical à chercher cette aide et à obtenir un suivi si nécessaire. Un autre programme vise à chercher à impliquer davantage les communautés et les régions en les encourageant techniquement et financièrement par divers moyens, dont le financement de projets innovateurs. Enfin, une des caractéristiques fondamentales est qu'il effectue de façon régulière une évaluation interne ou fait faire par une firme externe une évaluation de l'ensemble du programme et des programmes particuliers. Malgré les limites méthodologiques de ces évaluations, elle contribue de façon significative à l'amélioration de ces programmes.

Pour sa part, la Colombie-Britannique a développé des mesures visant à faciliter et à améliorer la formation en milieu rural en rémunérant les médecins enseignants pour l'encadrement des stagiaires ainsi qu'un médecin coordonnateur des stages à temps partiel dans chaque site de stages. Un autre programme permet aux médecins qui en sont à leur première année de pratique d'être financés pour des stages de perfectionnement (ex. soins intensifs).

Des expériences du Manitoba, on peut souligner les mesures visant, d'une part, à sensibiliser et à soutenir financièrement les jeunes des milieux ruraux pour qu'ils s'orientent vers une carrière en médecine et d'autre part, à soutenir les communautés pour qu'elles demeurent en contact avec ces jeunes qui font ces études.

RÉFÉRENCES

1. McDonald, J., L. Bibby, and S. Carroll, *Recruiting and retaining general practitioners in rural areas: improving outcomes through evidence-based research and community capacity building*, 2002, Centre for Health Research and Practice, University of Ballarat, Australia (online) <http://www.rwav.com.au>
2. Pathman, D.E., T.R. Konrad, and T.C. Ricketts, *The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians*. JAMA, 1992. **268**: p. 1552-15558.
3. Cutchin, M.P., et al., *To stay or not to stay: issues in rural primary care physician retention in Eastern Kentucky* *. J Rural Health, 1994. **10**: p. 273-278.
4. Brooks, R.G., et al., *The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature*. Academic Medicine, 2002. **77**(8): p. 790-798.
5. Rabinowitz, H.K., et al., *Demographical, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania*. The Journal of Rural Health, 1999. **15**(2): p. 212-218.
6. Rabinowitz, H.K. and e. al, *Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians*. JAMA, 2001a. **286**(9): p. 1041-48.
7. Verby, J.E., et al., *Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care* *. JAMA, 1991. **266**: p. 110-113.
8. Pathman, D.E., et al., *Preparing and retaining rural physicians through medical education* *. Acad Med, 1999. **74**(7): p. 810-820.
9. Bowman, R.C. and J.D. Penrod, *Family Practice residency programs and the graduation of rural family physicians*. Fam Med, 1998. **30**: p. 288-292.
10. Rosenthal, T.C., M.H. McGuigan, and G. Anderson, *Rural residency tracks in family practice: graduate outcomes*. Fam Med, 2000. **32**(3): p. 174-177.
11. Rosenthal, T.C., et al., *One-two rural residency tracks in family practice: are they getting the job done?* *. Fam Med, 1997. **30**: p. 90-93.
12. Felix, H., J. Shepherd, and M.K. Stewart, *Recruitment of rural health care providers: a regional recruiter strategy*. The Journal of Rural Health, 2003. **19**(S): p. 340-346.
13. Beachler, M., C. Holloman, and J. Herman, *Southern Rural Access Program: An Overview*. The Journal of Rural Health, 2003. **19**(Suppl.): p. 301-307.
14. Shannon, C.K., *A community development approach to rural recruitment*. The Journal of Rural Health, 2003. **19**(S): p. 347-353.

15. Pope, A., et al., *Retention of rural physicians: tipping the scales*. Canadian Journal of Rural Medicine, 1998. **3**(4): p. 209-16.
16. Feeley, T.H., *Using the theory of reasoned action to model retention in rural primary care physicians*. The Journal of Rural Health, 2003. **19**(3): p. 245-251.
17. Pathman, D.E., T.R. Konrad, and T.C. Ricketts, *Medical education and the retention of rural physicians**. Health Serv Res, 1994. **29**: p. 38-58.
18. Pathman, D.E., T.R. Konrad, and C.R. Agnew, *Predictive accuracy of rural physicians' stated retention plans*. The Journal of Rural Health, 2003. **19**(3): p. 236-244.
19. Easterbrook, M., et al., *Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location*. CMAJ, 1999. **160**(8): p. 1159-1163.
20. Wallis, S., *Recruiting and retaining general practitioners in rural areas: a community resource manual for community capacity building*, 2003, University of Ballarat, Australia (online) http://www.ballarat.edu.au/centres/chrp/documents/recruiting_manual.pdf
21. SRPC, *Regional information*, 2003, Society of Rural Physicians of Canada (online) <http://www.srpc.ca/regions.html>
22. Barer, M.L., L. Wood, and D.G. Schneider, *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*. 1999, Center for Health Services and Policy Research The University of British Columbia: Vancouver. p. 138.
23. BC Government, *Subsidiary Agreement for Physicians in Rural Practice (RSA)*, 2003, British Columbia Government (online) <http://www.healthservices.gov.bc.ca/rural/pdf/ruralagr.pdf>
24. JSCRI, *Rural Programs 02-04: A guide for rural physician programs in British Columbia*, The Joint Standing Committee on Rural Issues, Vancouver <http://www.bcma.org/public/newspublications/publications/03.pdf>
25. BCMHS, *Rural retention program: policy framework for health authorities*. 2002, Ministry of Health Services, British Columbia, Canada.
26. BCMAE, *UNBC health centre to increase northern doctors*, 2002, British Columbia Ministry of Advanced Education (online) http://www2.news.gov.bc.ca/nrm_news_releases/2002MAE0053-000986.htm
27. BCMHS, *Rural Education Action Plan Programs*, 2003, British Columbia Ministry of Health Services (online) <http://www.healthservices.gov.bc.ca/rural>
28. BCMHS, *Incentive programs for rural B.C. doctors*, 2003, British Columbia Ministry of Health Services (online)

http://www2.news.gov.bc.ca/nrm_news_releases/2003HSER0010-000168-Attachment1.htm

29. C.A. MacDonald & Associates, *Physician retention in rural Alberta: An update of pockets of good news (1994)*. 2002, C. A. MacDonald & Associates. p. 45.
30. Thompson, J. and D. O'Neil, *Focus on Alberta*. Can J Rural Med, 1996. **1**(2): p. 87-89.
31. RPAP, *2nd Three-year business plan: 2002-2003 to 2004-2005*, 2002, Alberta Rural Physician Action Plan (online) <http://www.rpap.ab.ca/publications/>
32. ARFMN, *Program overview*, 2003, Alberta Rural Family Medicine Network (online) <http://www.arfmn.ab.ca>
33. Kay, D., *Integrated rural physician recruitment and retention - Alberta's rural physician action plan (RPAP)*, 2003, ABC Rural Online, World Rural Health Conference (online) file://A:\Rural%20physicians%20incentive\ABC%20Rural%20Online.htm
34. RPAP, *The Annual Report of the Alberta Rural Physician Action Plan : Enhancing Physician Recruitment & Retention*, 2003, Alberta Rural Physician Action Plan <http://www.rpap.ab.ca>
35. RPAP, *November 2003 RPAP News*, 2003, Alberta Rural Physician Action Plan (online) <http://www.rpap.ab.ca>
36. NADC, *Northern Alberta Development Council Bursary for Medical Student*, 2003, Northern Alberta Development Council
37. Kay, D., *Hotsheet*, 2002, Alberta Rural Physician Action Plan, December Issue, (online) <http://www.ruralnet.ab.ca>
38. RPAP, *Recruitment Expenses Reimbursement Program*, 2003, Alberta Rural Physician Action Plan (online) <http://www.rpap.ab.ca/regionalhealth/recexpenses.htm#>
39. AMA, *Rural Locum*, 2003, Alberta Medical Association (online) <http://www.albertadoctors.org/benefits/locum.html>
40. RPAP, *Additional skills training*, 1999, Alberta RPAP Co-ordinating Committee additional skills Technical Working Group (online) <http://rpap.ab.ca>
41. RPM Planning Associates, *Evaluation of the RPAP additional skills training program and the enrichment program*. 2000, Rural Physician Action Plan Coordinating Committee.
42. C.A. MacDonald & Associates, *Rural On-Call Remuneration Program Evaluation*. 2001, Presented to the RPAP Coordinating Committee.
43. MacDonald, C.A. and e. al, *Evaluation of the Rural Physician Action Plan **. 1996, Prepared for Alberta Health.

44. Howard Research, *Rural Locum Program Evaluation Program*. 2003.
45. SMA, *Committee on rural & regional practice*, 2003, Saskatchewan Medical Association (online) <http://www.pairo.org/whatsnew/eliminate2.html>
46. NMU, *J.A. Hildes Northern Medical Unit Mission Statement*, 2003, University of Manitoba J.A. Hildes Northern Medical Unit
47. Manitoba, *Manitoba to train and keep more new doctors: ministers*, 2000, Manitoba Government
(online) <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2000/12/2000-12-14-02.html>
48. ORNH, *Office of Rural and Northern Health Website*, 2003(online) <http://www.ornh.mb.ca/>
49. Manitoba, *Health minister appoints medical director for new office of rural and northern health*, 2002, Manitoba Government News Release
(online) <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2002/06/2002-06-20-04.html>
50. Manitoba, *Manitoba Medical Students and Residents Offered Financial Assistance to Promote Physician Retention*, 2001, Manitoba Government
51. Manitoba Health, *Medical Student/Resident Financial Assistance Program*, 2001, Manitoba Health News Release
52. Manitoba, *Manitoba Announces Recruitment Changes for Foreign-Trained Doctors*, 2003, Manitoba Government News Release
53. OMHLTC, *Underserviced Area Program*, 2003b, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
54. PAIRO, *OMA/Government agree to eliminate discounts for new physicians*, 2000, Professional Association of Interns and Residents of Ontario (online) <http://www.pairo.org/whatsnew/eliminate2.html>
55. NOMECC, *Northeastern Ontario Medical Education Corporation*, 2003, Northeastern Ontario Medical Education Corporation (Online)
56. NOMP, *Northwestern Ontario Medical Program*, 2003, Northwestern Ontario Medical Program (Online)
57. SRPC, *Rural Electives in Ontario*, 2003, Society of Rural Physicians of Canada (Online)
58. Sullivan, P. and M. O'Reilly, *BC doctors deal hopes to solve surgeon shortage*. CMAJ, 2002. **166**(4): p. 488.

59. Ebman, A.J., *Northern medical school's sights remain set on opening*. CMAJ, 2003. **168**(4): p. 471.
60. OMHLTC, *Health Care Providers*, 2003, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care http://www.health.gov.on.ca/english/providers/providers_mn.html
61. OMA, *OMA Locum Program for Rural Physicians*, 2003, Ontario Medical Association (online) http://www.oma.org/career/loc_about.html
62. OHIP, *OHOP Bulletins*, 2003, Ontario Health Insurance Plan http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/bulletins/bulletin_mn.html
63. SRPC, *The ER APP*, 2003, Society of Rural Medicine Of Canada <http://www.srpc.ca/>
64. OMHLTC, *List of Areas Designated as Underserved for General/Family Practitioners*, 2003, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
65. Kralj, B., *Physician distribution and physician shortage intensity in Ontario*. Canadian Public Policy, 2001. **XXVII**(2): p. 167-178.
66. McKendry, R., *Physicians for Ontario: Too many? Too few? For 2000 and beyond*. 1999, Report of the Fact Finder on Physician Resources in Ontario, Ontario Ministry of Health and Long Term Care: Toronto.
67. NBHW, *Physician-Friendly New Brunswick: A Comprehensive Approach to Physician Recruitment and Retention*, 2003, New Brunswick Health and Wellness
68. NBHW, *New Brunswick Physician Recruitment and Retention Online!*, 2003, New Brunswick Health and Wellness <http://www1.gnb.ca/0396/e/001e.asp>
69. NSDH, *Physician Recruitment*, 2003, Nova Scotia Department of Health <http://www.gov.ns.ca/health/physicians/benefits.htm>
70. GNL, *Health and Community Services*, 2003, Government of Newfoundland and Labrador <http://www.gov.nl.ca/health/divisions/support/HR.htm>

ANNEXE 1

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Acosta, D A (2000). "Impact of rural training on physician work force: the role of postresidency education." The Journal of Rural Health **16**(3): 254-261.
- Adams, G L, Holloman, C, et al. (2003). "A Description of the Southern Rural Access Program's Practice Management Strategies." The Journal of Rural Health **19**(Suppl.): 314-320.
- Adkins, R J and al, e (1987). "Geographic and Specialty Distributions of WAMI Program Participants and Nonparticipants." J Med Educ **62**: 810-17.
- Allan, G M and Innes, G (2002). "Family Practice Residents' Awareness of Medical Care Costs in British Columbia." Fam Med **34**(2): 104-9.
- AMA (2003). Rural Locum, Alberta Medical Association.
- Anderson, M and Rosenberg, M W (1990). "Ontario's underserved area program revisited: an indirect analysis." Soc Sci Med **30**(1): 35-44.
- Anonyme (2003). "New Share program pays MDs to stay in Manitoba." CMAJ **168**(10): 1308.
- ARFMN (2003). Program overview, Alberta Rural Family Medicine Network.
- Baer, L D, Gesler, W M, et al. (2000). "The wineglass model: tracking the locational histories of health professionals." Social Science and Medicine **50**: 317-329.
- Baker, P (2002). Rural general practitioner preceptors- How can effective undergraduate teaching be supported or improved, Rural and Remote Health Journal.
- Baldor, R A and Weiss, B D (1999). "Family Medicine Training Grants as a Method of Faculty Development: Are we Doing Right?" Fam Med **31**(3): 205-6.
- Barer, M L (1988). "Regulating Physician Supply: The Evolution of British Columbia's Bill 41." Journal of Health Politics, Policy and Law **13**(1): 1-25.
- Barer, M L and Stoddart, G L (1991). Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada: Background Document. Hamilton: Center for Health Economics and Policy Analysis McMaster University.
- Barer, M L and Wood, L (1997). Common problems, different "solutions": Learning from international approaches to improving medical services access for underserved populations. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, Health Human Resources Unit Research Reports, The University of British Columbia, Canada.

Barer, M L, Wood, L, et al. (1999). *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*. Vancouver, Center for Health Services and Policy Research The University of British Columbia: 138.

Basco, W T, Buchbinder, S B, et al. (1998). "Association between primary care-oriented practices in medical school admissions and the practice intentions of matriculates." Acad Med **73**: 1207-1210.

Basco, W T, Gilbert, G E, et al. (2002). "Determining the Consequences for Rural Applicants When Additional Consideration is Discontinued in a Medical School Admission Process." Acad Med **77**: S20-S22.

Basco, W T and Reigart, J R (2001). "When Do Medical Students Identify Career-influencing Physician Role Models?" Acad Med **76**: 380-382.

BC Government (2003). *Subsidiary Agreement for Physicians in Rural Practice (RSA)*. Rural Health, British Columbia Government.

BCHSP (2002). *2001 Working agreement*, British Columbia Health Services Plan.

BCMA (1998). *Attracting and retaining physicians in rural British Columbia*, British Columbia Medical Association Rural Issues Committee.

BCMA Rural Issues Committee (1998). "Attracting and Retaining Physicians in Rural British Columbia."

BCMAE (2002). *UNBC health centre to increase northern doctors*, British Columbia Ministry of Advanced Education.

BCMHS (2002). *Rural retention program: policy framework for health authorities*, Ministry of Health Services, British Columbia, Canada.

BCMHS (2003). *Incentive programs for rural B.C. doctors*, British Columbia Ministry of Health Services.

BCMHS (2003). *Rural Education Action Plan Programs*, British Columbia Ministry of Health Services.

Beachler, M, Holloman, C, et al. (2003). "Southern Rural Access Program: An Overview." The Journal of Rural Health **19**(Suppl.): 301-307.

Beaudoin, R and Charrette, A (1990). *Évaluation des effets des mesures incitatives sur le recrutement et la rétention des effectifs médicaux dans l'Outaouais*. Hull, Conseil régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Beran, R L and Lawson, G E (1998). "Medical student financial assistance." JAMA

280(9): 819-820.

Berry, D E and Seavey, J W (1994). "Assuring access to rural health services: The case for revitalizing small rural hospitals." Health Care Manage Rev **19(2)**: 32-42.

Blumenthal, D S, Gokhale, M, et al. (2001). "Preparedness for Clinical at Academic Health Centers: Reports of Graduating Residents at Academic Health Centers." JAMA **286(9)**: 1027-1034.

Blumenthal, D S, McNeal-Steel, M S, et al. (1983). "Introducing Preclinical Students to Primary Care Through a Community Perceptorship Program." J Med Educ **58**: 179-185.

Bodenheimer, T (1999). "Physicians and the Changing Medical Marketplace." The New England Journal of Medicine **340(7)**: 584-588.

Bowman, R, Haynes, R, et al. (1996). "Characteristics of medical students by level of interest in family practice." Fam Med **28**: 713-719.

Bowman, R C and Penrod, J D (1998). "Family Practice residency programs and the graduation of rural family physicians." Fam Med **30**: 288-292.

Brazeau, N K, Potts, M J, et al. (1990). "The Upper Peninsula Program: A Successful Model for Increasing Primary Care Physicians in Rural Areas." Fam Med **22**: 350-355.

Brooks, C H (1991). "The influence of medical school clinical experiences on career preferences: a multidimensional perspective." Soc Sci Med **32(3)**: 327-332.

Brooks, J (1994). "Australia develops national strategy for bringing physicians to rural areas." CMAJ **150(4)**: 576-578.

Brooks, R G, Walsh, M, et al. (2002). "The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature." Academic Medicine **77(8)**: 790-798.

Brown, M (2002). Health-care choices - the right of all Australians, Rural and Remote Health 2.

Brown, M C (1993). "Do physicians locate as spatial competition models predict? Evidence from Alberta." Can Med Assoc J **148(8)**: 1301-1307.

Bruce, T A (1990). "Professional Preparation for Rural Medicine." J Rural Health **6**: 523-6.

Burfield, W B, Hough, D E, et al. (1986). "Location of Medical Education And Choice of Location of Practice." Journal of Medical Education **61**: 545-554.

Buske, L M, Yager, S N, et al. (1999). Rural community development tools from the medical perspective: A national framework of rurality and projections of physician workforce supply in rural and remote areas of Canada, Canadian Medical Association Project Advisory Group on Rural Remote Practice Issues, Report to Health Canada.

C.A. MacDonald & Associates (2001). Rural On-Call Remuneration Program Evaluation, Presented to the RPAP Coordinating Committee.

C.A. MacDonald & Associates (2002). Physician retention in rural Alberta: An update of pockets of good news (1994), C. A. MacDonald & Associates: 45.

Cameron, I (1998). "Retaining a medical workforce in rural Australia." eMJA **169**: 293-294.

Campos-Outcalt, D, Senf, J, et al. (1995). "The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature." Acad Med **70**(7): 611-619.

Cantor, J C, Miles, E L, et al. (1996). "Physician service to the underserved: implications for affirmative action in medical education." Inquiry **33**: 167-180.

Carter, R (1995). "Training for rural practice: what's needed? *." Canadian Family Physicians **33**: 1713-1715.

CDHA (2002). The Report of the Review of the Impact of Part IV of the Trade Practices Act 1974 on the Recruitment and Retention of Medical Practitioners in Rural and Regional Australia, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, Australia.

CFPCB (1999). Postgraduate education for rural family practice: Vision and recommendations for the New Millennium, A report of the Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice, College of Family Physicians of Canada Board (online) <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/education/rural/rural599.pdf>.

Chen, F M, Phillips, R L, et al. (2002). "Accounting for Graduate Education Funding in Family Practice Training." Fam Med **34**(9): 663-8.

CHSRF (2003). Planning human resources in health care: Towards an economic approach, An international comparative review. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation.

CLBC (2003). Physician workforce in Canada: Literature review and gap analysis, Final report, Task Force Two: A physician Human Resource Strategy for Canada, Canadian Labour and Business Centre.

CMA (1992). Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in Underserved Regions. Ottawa, Canadian Medical Association.

- CMA (2000). "Rural and Remote practice issues." Can Med Assoc J **163**(8): 1047-1050.
- CMA (2000). "CMA policy: Rural and remote practice issues." CMAJ **163**(8): 1047-1050.
- CMA (2001). Rural and Remote Health in Canada. S. a. T. Presentation to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Canadian Medical Association.
- CMAJ (2003). "Northern medical school's sights remain set on 2004 opening." CMAJ **18**: 471.
- Colwill, J M (2003). "Education for and retention in rural practice." The Journal of Rural Health **19**(3): 233-235.
- Commonwealth of Australia (2000). More doctors, more services, Canberra, Australia.
- Connor, R A, Hillson, S D, et al. (1994). "Association between Rural Hospitals' Residencies and Recruitment and Retention of Physicians." Academic Medicine **69**(6): 483-488.
- Connor, R A, Hillson, S D, et al. (1995). "Competition, Professional Synergism, and Geographic Distribution of Rural Physicians." Med Care **33**(11): 1067-1078.
- Connor, R A, Hillson, S D, et al. (1995). "An analysis of physician recruitment strategies in rural hospitals." Health Care Manage Rev **20**(1): 7-18.
- Contandriopoulos, A-P, Fortin, B, et al. (1995). Évaluation des mesures incitatives visant l'amélioration de la répartition géographique des médecins au Québec. Montréal, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, et Département d'économie et Groupe de recherche en politique économique de l'Université Laval: 14.
- Contandriopoulos, A-P, Fournier, M-A, et al. (1984). Attitude des médecins résidents et internes du Québec face au choix du lieu de pratique. Montréal, GRIS Université de Montréal: 120.
- Contandriopoulos, A-P, Fournier, M-A, et al. (1986). Choix du lieu d'exercice : attitude des médecins résidents et internes du Québec en 1986. Montréal, GRIS Université de Montréal.
- Coombs, D W, Miller, H L, et al. (1995). "Predictive Validity of Medical Student Choices of Practice Location." Southern Medical Journal **88**(2): 190-194.
- Copeman, W J (1987). "The underserved area program of the Ministry of Health of Ontario *." Canadian Family Physicians **33**: 1683-1685.

Costa, A J, Schrop, S L, et al. (1996). "To Stay or Not to Stay: Factors Influencing Family Practice residents' Choice of Initial Practice Location *." Fam Med **28**(3): 214-9.

Couper, I and Worley, P S (2002). The ethics of international recruitment, Rural and Remote Health 2.

Coyte, P C, Catz, M, et al. (1997). "Distribution of physicians in Ontario: Where are there too few or too many family physicians and general practitioners? *." Canadian Family Physicians **43**: 677-83.

Crosson, J, Heaton, C J, et al. (2003). "The Summer Assistantship in Patient Education: A Preclinical Preceptorship." Fam Med **35**(1): 15-7.

Cullen, T, Hart, L, et al. (1997). "The National Health Service Corps: rural physician service and retention." J Am Board Fam Pract **10**: 272-279.

Cullison, S, Reid, C, et al. (1976). "Medical school admissions, specialty selection, and distribution of physicians *." JAMA **235**: 502-600.

Cutchin, M P, Norton, J C, et al. (1994). "To stay or not to stay: issues in rural primary care physician retention in Eastern Kentucky *." J Rural Health **10**: 273-278.

Dale, D C, Wallace, J F, et al. (1981). "Restructuring an Internal Residency Programs to Meet regional and National Needs to General Internists." Am J Med **70**: 1085-90.

David Simmons, L E B, Grant J. Phelps, Rob Ziffer, Gary J. Disher (2002). "Dispelling the myths about rural consultant physician practice:." MJA **176**: 477- 481.

Dawes, D R (2002). Physician Workforce Policy and Planning, OMA Human Resource Committee (OHRC).

del Mundo, W F B, Shepherd, W C, et al. (2002). "Use of Alternative Medicine by Patients in a Rural Family Practice Clinic." Fam Med **34**(3): 206-12.

Demmy, T L, Kivlahan, C, et al. (2002). "Physicians' Perceptions of Institutional and Leadership Factors Influencing Their Job Satisfaction at One Academic Medical Center." Acad Med **77**(12): 1235-1240.

Dennis, T (1988). "Changes in the Distribution of Physicians in Rural Areas of Minnesota, 1965-85." AJPH **78**(12): 1577-1579.

Department of Health and Ageing (2001). Evaluation of strategies to support the rural specialist workforce: summary of a consultancy commissioned by the Commonwealth, Australia (online).

Descours, C (2003). Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de

santé sur le territoire. France, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Dever, G E A and Lawley, J B (2000). "Improving Recruitment and Retention of Medical Scholarship Recipients in Rural Georgia." Journal of Health Care for the Poor and Underserved **11**(2): 135-143.

DeWitt, D E, Migeon, M, et al. (2001). "Insights from Outstanding Rural Internal Medicine Residency Rotations at the University of Washington." Acad Med **76**(3): 273-281.

DHAC (2001). The Australian medical workforce, Department of Health and Aged Care, Australia.

Dunbabin, J and Levitt, L (2003). "Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia." Rural and Remote Health Journal.

Dunbabin, J and Levitt, L (2003). Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia, Rural and Remote Health 3 no. 212.

Easterbrook, M, Godwin, M, et al. (1999). "Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location." CMAJ **160**(8): 1159-1163.

Ebman, A J (2003). "Northern medical school's sights remain set on opening." CMAJ **168**(4): 471.

Ernst, R L and Yett, D E (1985). Policies to influence physician's speciality and practice location choices. Ann Arbour, Health Administration Press.

Expert panel on health professional human resources (2001). Shaping Ontario's physician workforce: Building Ontario's capacity to plan, educate, recruit and retain physicians to meet health needs, Report to the Ontario Minister of Health.

Feeley, T H (2003). "Using the theory of reasoned action to model retention in rural primary care physicians." The Journal of Rural Health **19**(3): 245-251.

Felix, H, Shepherd, J, et al. (2003). "Recruitment of rural health care providers: a regional recruiter strategy." The Journal of Rural Health **19**(S): 340-346.

Ferrier, B, Woodward, M, et al. (1996). The Employed Spouse: Impact on Physicians' Career and Family Decisions *. Hamilton, Ontario, McMaster University Center for Health Economics and Policy Analysis.

Flegel, K M and Palepu, A (2003). "Training on the internal medicine teaching wards." CMAJ **168**(8): 997-998.

Fooks, C, Duvalko, K, et al. (2002). Health Human Resource Planning in Canada. Physician and Nursing Work Force issues. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Fournier, A M (1998). "Medical Education in Underserved Communities: Experience from an Urban Area Health Education Center." Journal of Health Care for the Poor and Underserved **9**(2): 109-116.

Frenzen, P D (1991). "The Increasing Supply of Physicians in US Urban and Rural Areas, 1975 to 1988." American Journal of Public Health **81**(9): 1141-1147.

Fryer, G E, Stine, C, et al. (1994). "Geographic benefit from decentralized medical education: student and preceptor practice *." J Rural Health **10**: 193-198.

Fryer, G E, Stine, C, et al. (1997). "Predictors and Profile of Rural Versus Urban Family Practice *." Fam Med **29**(2): 115-8.

Gérvás, J (2000). "Supply and distribution of family physicians." Canadian Family Physicians **46**(1): 39-40.

Geyman, J, Hart, L, et al. (2000). "Education generalist physicians for rural practice: how are we doing?" Rural Health **16**: 56-80.

GNL (2003). Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador.

Godwin, M, Hodgetts, G, et al. (1998). "Practice choice of graduating family medicine residents." Canadian Family Physicians **44**: 532-6.

Gold, M R, Hurley, R, et al. (1995). "A National Survey of the Arrangements Managed-Care Plans Make with Physicians." The New England Journal of Medicine **333**(25): 1678-1683.

Gravelle, H and Sutton, M (2001). "Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales: 1974-1995 *." Journal of Health Services Research and Policy **6**(1): 6-13.

Greenwood, G and Cheers, B (2002). Doctors and nurses in outback Australia: living with bush initiatives, Rural and Remote Health **2**.

Griffith, C H, Georges, J C, et al. (2000). "Specialty Choices of Students Who Actually Have Choices: The Influence of Excellent Clinical Teachers." Acad Med **75**: 278-282.

Grumbach, K, Osmond, D, et al. (1998). "Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems." The New England Journal of Medicine **339**(21): 1516-1521.

- Gutkin, C and Rainsberry, P (2002). "Innovative new program: Enhanced skills for family practice." CJRM **7**(2): 77-8.
- Hampton, M (1998). "Healthcare in rural Nova Scotia improves with support for physicians." Hospital Quarterly **1**: 66-67.
- Harper, P G, Baker, N J, et al. (2000). "Implementing Community-oriented Primary Care Projects in an Urban Family Practice Residency Program." Fam Med **32**(10): 683-90.
- Harrold, H (1997). "Healthcare delivery in rural Canada, Part I: Ontario's new policy." Hospital Quarterly **1**: 50-1, 53.
- Hays, R B (2001). Rural Practice in Australia. Textbook of Rural Medicine. J. Geyman, T. E. Norris and L. G. Hart, McGraw-Hill, Medical Publishing Division.
- Hegney, D, Alexandra, M, et al. (2002). "Retaining Rural and Remote Area Nurses: The Queensland, Australia Experience." Journal of Nursing Administration **32**(3): 128-135.
- Henderson, N, Grzybowski, S, et al. (2001). "Procedural skills practised by British Columbia family physicians." CJRM **6**(3): 179-85.
- Hoffman, H and Vu, D (1997). "Virtual reality: teaching tool of the twenty-first century." Acad Med **72**(12): 1076-1081.
- Högli, V (1990). Physician's occupation *. Public Health. Tromso, University of Tromso Norway.
- Horner, R D, Samsa, G P, et al. (1993). "Preliminary evidence on retention rates of primary care physicians in rural and urban areas *." Med Care **31**: 640-648.
- Howard Research (2003). Rural Locum Program Evaluation Program.
- HSIF (1996-97). Annual Report, Health Services Insurance Fund, Manitoba Health. **2003**.
- Humphreys, J S, Jones, M A, et al. (2002). "Workforce retention in rural and remote Australia: determining the factors that influence length of practice." MJA **176**: 472-476.
- Humphreys, J S, Jones, M P, et al. (2002). "Workforce retention in rural and remote Australia: determining the factors that influence length of practice." MJA **176**(May): 472-476.
- Hurley, J (1990). "Simulated Effects of Incomes-Based Policies on the Distribution of Physicians." Med Care **28**(3): 221-238.
- Hurley, J E (1989). "Physicians' Choices of Speciality, Location, and Mode." The Journal

of Human Resources **26**(1): 47-71.

Hutten-Czapski, P (2001). The state of rural healthcare, Society of Rural Physicians of Canada.

Hutten-Czapski, P (2002). "President's message: rural doctors are crazy." CJRM **7**(2): 75.

Hutten-Czapski, P and Thurber, A D (2002). "Who makes Canada's rural doctors?" CJRM **7**(2): 95-100.

Hutten-Czapski, P and Thurber, D (2002). "Who makes Canada's rural doctors? *." Can J Rural Med **7**(2): 95-100.

Iglesias, S, Strachan, J, et al. (1999). "Advanced skills by Canada's rural physicians." Canadian Journal of Rural Medicine **4**(4): 227-31.

Iglesias, S and Thompson, J (1998). "Shared skills: a model for the training and acedritator of rural advanced skills." CJRM **3**(4): 217-22.

Incitti, F, Rourke, J, et al. (2003). "Rural women family physicians. Are they unique?" Canadian Family Physicians **49**: 320-7.

Jackson, J, Shannon, C K, et al. (2003). "A comparative assessment of West Virginia's financial incentive programs for rural physicians." The Journal of Rural Health **19**(S): 329-339.

Johns, M M E (2001). "The Time Has Come to Reform Graduate Medical." JAMA **286**(9): 1075-1076.

Johnston, M (2000). Roots, Rotations or Residencies: Producing MD's - What Matters, Family Medicine Forum 2000 Ottawa. **2001**.

Jones, A R, Oster, R A, et al. (2000). "Influence of rural primary care clerkship on medical student's intentions to practice in a rural community." The Journal of Rural Health **16**(2): 155-161.

JSCRI Rural Programs 02-04: A guide for rural physician programs in British Columbia, The Joint Standing Committee on Rural Issues, Vancouver.

Kahn, N B, Garner, J G, et al. (1998). "Results of the 1998 National Resident Matching Program: Family Practice." Fam Med **30**(8): 564-70.

Kamien, M (1998). "Staying in or leaving rural practice:1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions." eMJA **169**: 318-321.

Kamien, M (1998). "Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors'

1986 intentions." MJA **169**: 318-321.

Katekar, L V (2003). Value of hospital-employed medical officers in rural Australia, Rural and Remote Health **2**.

Kay, D (2002). Hotsheet, Alberta Rural Physician Action Plan, December Issue, (online) <http://www.ruralnet.ab.ca>.

Kay, D (2003). Integrated rural physician recruitment and retention - Alberta's rural physician action plan (RPAP), ABC Rural Online, World Rural Health Conference.

Kazanjian, A (1988). "La planification des personnels de santé au Canada: faits et tendances dans la province de la Colombie Britannique." Cah Socio Démo Méd **28**(1): 65-98.

Kazanjian, A and al., e (1991). Study of rural physicians supply: Practice location decisions and problems in retention. Vancouver, Center for Health Services and Policy Research University of British Columbia.

Kazanjian, A and Pagliccia, N (1996). "Key factors in physicians' choice of practice location: findings from a survey of practitioners and their spouses*." Health and Place **2**(1): 27-34.

Kent, H (2003). "BC seeks upper hand in national recruiting for rural MDs." CMAJ **168**(9): 1173.

Kindig, D A, Schmelzer, J R, et al. (1991). "Age Distribution and Turnover of Physicians in Nonmetropolitan Counties of the United States." Health Serv Res **27**(4): 565-578.

Kingsmill, S (1997). "National rural critical care course: rural docs teaching rural docs." Can J Rural Med **2**(2): 143.

Koehn, N N, Fryer, G E, et al. (2002). "The Increase in International Medical Graduates in Family Practice Residency Programs." Fam Med **34**(6): 429-35.

Konrad, T, Williams, E, et al. (1999). "Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment *. SGIM Career Satisfaction Study Group. Society of General Internal Medicine*." Med Care **37**: 1174-1182.

Kors, F P, Mainous III, A G, et al. (2001). "Family Medicine Faculty Development Fellowships and the Medically Underserved." Fam Med **33**(2): 124-7.

Kralj, B (2001). "Physician distribution and physician shortage intensity in Ontario." Canadian Public Policy **XXVII**(2): 167-178.

Kristiansen, I S and Forde, O H (1992). "Medical Specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway." Soc Sci Med **34**(1): 57-62.

- Lahaie, U (1991). "Country roads take me home *." Canadian Family Physicians **37**: 726-32.
- LaRavia, D, Calvert, J, et al. (2002). "Keeping Physicians in Rural Practice." American Academy of Family Physicians Rural Recruitment and Retention Position Paper.
- Laurence, C O M (1995). The General Practice Rural Incentives Program: the South Australian Experience. Achieving a balance- Beyond City Limits Conference, DHS.
- Laven, G A, Beilby, J, et al. (2003). "Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners." MJA **179**(2): 75-79.
- Laven, G A, Beilby, J J, et al. (2003). "Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners." MJA **179**(July): 75-79.
- Lawson, K A, Chew, M, et al. (2000). "A revolution in rural and remote Australia: bringing health education to the bush." eMJA **173**: 618-624.
- Levy, D and Bergevin, Y (1982). "La loi 27, le nouveau marché médical et la distribution des médecins au Québec." L'Union médicale du Canada **111**(Juin): 523-528.
- Löchen, M L (1991). "University Medical School in Tromso Norway *." Scandinavian Journal of the Society of Medicine **19**: 205-7.
- Longlett, S K, Phillips, D M, et al. (2002). "Prevalence of Community-oriented Primary Care Knowledge, Training, and Practice." Fam Med **34**(3): 183-9.
- Looney, S W, Blondell, R D, et al. (1998). "Which medical school applicants will become generalists or rural-based physicians *." Kentucky Med J **96**: 189-1993.
- Loveridge, P (1996). "Rural practice: Challenging but endangered? A Nova Scotia perspect." Can J Rural Med **1**(1): 29.
- MacDonald, C A and al, e (1996). Evaluation of the Rural Physician Action Plan *, Prepared for Alberta Health.
- MacLellan, K (2001a). "A primer on rural medical politics." CJRM **6**(3): 205-6.
- MacLellan, K (2001b). "A primer on rural medical politics. 2: Federal/provincial jurisdictions." CJRM **6**(4): 282-4.
- MacLellan, K (2002a). "A primer on rural medical politics: 3. Action in Ottawa." CJRM **7**(1): 41-3.
- MacLellan, K (2002b). "A primer on rural medical politics: 4. Association of Canadian Medical Colleges." CJRM **7**(2): 117-9.

- MacLellan, K (2002c). "A primer on rural medical politics: 5. College of Family Physicians of Canada." CJRM **7**(3): 212-4.
- MacPherson, T (2002). "How physicians in BC are compensated." British Columbia Medical Journal.
- Magnus, J H and Tollan, A (1993). "Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas?" Medical Education **27**: 250-3.
- Mai, D (1999). "Third-year family medicine residency programs in Canada *." Canadian Family Physicians **45**: 2423-5.
- Malaty, W and Pathman, D E (2002). "Factors Affecting the Match Rate of Rural Training Tracks in Family Practice." Fam Med **34**(4): 258-61.
- Manitoba (2000). Manitoba to train and keep more new doctors: ministers, Manitoba Government
(online) <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2000/12/2000-12-14-02.html>.
- Manitoba (2001). Manitoba Medical Students and Residents Offered Financial Assistance to Promote Physician Retention, Manitoba Government.
- Manitoba (2002). Health minister appoints medical director for new office of rural and northern health, Manitoba Government News Release
(online) <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2002/06/2002-06-20-04.html>.
- Manitoba (2003). Manitoba Announces Recruitment Changes for Foreign-Trained Doctors, Manitoba Government News Release.
- Manitoba Health (2001). Medical Student/Resident Financial Assistance Program, Manitoba Health News Release.
- Mathews, M and Lockhart, A J (2003). "Impact of alternate payment plans on the practice patterns of fee-for-service physicians in the Northwest Territories." CJRM **8**(2): 89-93.
- Maynard, A and Walker, A (1997). The physician workforce in the United Kingdom: Issues, prospects and policies. London, The Nuffield Trust.
- McDonald, J, Bibby, L, et al. (2002). Recruiting and retaining general practitioners in rural areas: improving outcomes through evidence-based research and community capacity building, Centre for Health Research and Practice, University of Ballarat, Australia.
- McKendry, R (1999). Physicians for Ontario: Too many? Too few? For 2000 and beyond. Toronto, Report of the Fact Finder on Physician Resources in Ontario, Ontario Ministry of Health and Long Term Care.

McKendry, R J, Busing, N, et al. (2000). "Does the site of postgraduate family medicine training predict performance on summative examinations? A comparison of urban and remote programs." JAMC **163**(6): 708-711.

MCSC (2003). Orientation Manual, Manitoba Civil Service Commission.

MGT of America Inc. (1999). A study of best models for training and retaining physicians for service in underserved areas. Tallahassee, Florida, Submitted to Florida State University Tallahassee.

Miller, J B and Crittenden, R A (2001). "The effects of payback and loan repayment programs on medical student career plans." The Journal of Rural Health **17**(3): 160-164.

Miller, K (2000). Rural Doctors as Teachers: A Survey of Ontario's Rural Physician's Attitudes, Family Medicine Forum 2000 Ottawa. **2001**.

Morrissey, M A, Alexander, J A, et al. (1990). "Physician Integration Strategies and Hospital Output: A Comparison of Rural and Urban Institutions." Med Care **28**(7): 586-603.

Mueller, C, Franco, S J, et al. (2000). "Medicare reforms: the rural perspective." Policy Analysis Brief W Series, **3**(3).

Mugford, B and Martin, A (2001). "Rural rotations for interns: a demonstration programme in South Australia*." Aust J Rural Health **9**(Suppl 1): S27-31.

NADC (2003). Northern Alberta Development Council Bursary for Medical Student, Northern Alberta Development Council.

NBHW (2003). New Brunswick Physician Recruitment and Retention Online!, New Brunswick Health and Wellness.

NBHW (2003). Physician-Friendly New Brunswick: A Comprehensive Approach to Physician Recruitment and Retention, New Brunswick Health and Wellness.

Nigenda, G (1997). "The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment." Health Policy **39**: 107-122.

NMU (2003). J.A. Hildes Northern Medical Unit Mission Statement, University of Manitoba J.A. Hildes Northern Medical Unit.

NOMECC (2003). Northeastern Ontario Medical Education Corporation, Northeastern Ontario Medical Education Corporation.

NOMP (2003). Northwestern Ontario Medical Program, Northwestern Ontario Medical

Program.

Norris, T E, Coombs, J B, et al. (1996). "An educational needs assessment of rural family physicians *." J Am Board Fam Pract **9**: 86-93.

Norton, P G, Dunn, E V, et al. (1994). "Family practice in Ontario: how physicians demographic affect practice patterns *." Canadian Family Physicians **40**: 249-56.

NRHA (1998). Physician recruitment and retention, National Rural Health Association.

NSDH (2003). Physician Recruitment, Nova Scotia Department of Health.

Office of Rural Health (2002). Definitions of "Rural", Summary.

OHIP (2003). OHOP Bulletins, Ontario Health Insurance Plan.

OHRC (2002). Physician workforce policy and planning, Ontario Medical Association, Ontario.

OMA (2003). OMA Locum Program for Rural Physicians,, Ontario Medical Association.

OMHLTC (2003). List of Areas Designated as Underserved for General/Family Practitioners, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

OMHLTC (2003). Health Care Providers, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

OMHLTC (2003a). Additional postgraduate medical training positions in Ontario, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. **2003**.

OMHLTC (2003b). Underserved Area Program, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

O'Reilly, M (1997). "Medical recruitment in rural Canada: Marathon breaks the cycle." Can Med Assoc J **156**(11): 1593-1596.

O'Reilly, M (1997). "Take some action, take some risk, conference on rural recruiting told *." Canadian Medical Association Journal **157**(7): 936-937.

ORNH (2003). Office of Rural and Northern Health Website.

Owen, J A, Hayden, G F, et al. (2002). "Can Medical School Admission Committee Members Predict Which Applicants Will Choose Primary Care Careers?" Acad Med **77**: 344-349.

PAIRO (1996). Answering the call: towards an effective recruitment and retention

program for communities and physicians in Ontario's underserved areas, Professional Association of Interns and Residents of Ontario.

PAIRO (2000). OMA/Government agree to eliminate discounts for new physicians, Professional Association of Interns and Residents of Ontario.

Pathman, D, Steiner, B, et al. (1998). "The four community dimensions of primary care *." J Fam Pract **46**: 293-303.

Pathman, D E, Konrad, T R, et al. (2003). "Predictive accuracy of rural physicians' stated retention plans." The Journal of Rural Health **19**(3): 236-244.

Pathman, D E, Konrad, T R, et al. (2000). "Medical training debt and service commitments: the rural consequences." The Journal of Rural Health **16**(3): 264-272.

Pathman, D E, Konrad, T R, et al. (2000). "Medical training debt and service commitments: the rural consequences *." J Rural Health **16**: 264-272.

Pathman, D E, Konrad, T R, et al. (1992). "The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians." JAMA **268**: 1552-1558.

Pathman, D E, Konrad, T R, et al. (1994). "Medical education and the retention of rural physicians*." Health Serv Res **29**: 38-58.

Pathman, D E, Steiner, B D, et al. (1999). "Preparing and retaining rural physicians through medical education *." Acad Med **74**(7): 810-820.

Pathman, D E, Steiner, B D, et al. (1999). "Preparing and retaining rural physicians through medical education." Academic Medicine **74**(7): 810-820.

Pathman, D E, Taylor Jr, D H, et al. (2000). "State scholarship, loan forgiveness, and related programs." JAMA **284**(16): 2084-2092.

Pathman, D E, Thaker, S, et al. (2003). "Use of Program Logic Models in the Southern Rural Access Program Evaluation." The Journal of Rural Health **19**(Suppl.): 308-313.

Pathman, D E, Williams, E S, et al. (1996). "Rural physician satisfaction: it sources and relationship to retention." The Journal of Rural Health **12**(5): 366-377.

Pearson, S A, Rolfe, I, et al. (2002). " A comparison of practice outcomes of graduates from traditional and non-traditional medical schools in Australia." Medical Education **36**: 985-991.

Pereira, A G and Pearson, S D (2001). "Patient Attitudes Toward Physician Financial Incentives." Arch Intern Med **161**: 1313-1317.

Perkin, R (1994). "Rural practice (progress notes) *." Canadian Family Physicians **40**:

632.

Phillips, R L, Kinman, E L, et al. (2000). "Using Geographic Information Systems to Understand Health Care Access." Arch Intern Med **9**: 971-978.

Plescia, M, Konen, J C, et al. (2002). "The State Community Medicine training in Family Practice Residency Programs." Fam Med **34**(3): 177-82.

Politzer, R M, Cultice, J M, et al. (1998). "The geographic distribution of physicians in the United States and the contribution of international medical graduates." Medical Care Research and Review **55**(1): 116-130.

Pong, R (2000). "Rural Health research in Canada: at the crossroads." Australian Journal of Rural Health **8**: 261-265.

Pong, R W (2002). *La santé rurale et télésanté*. Ottawa, FASS, Santé Canada: 33.

Pong, R W and Russell, N (2003). *A Review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce*.

Pong, R W and Russell, N (2003). *A Review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce*. Ontario, Centre for Rural and Northern Health Research Laurentian University.

Pope, A, Grams, G D, et al. (1998). "Retention of rural physicians: tipping the scales." Canadian Journal of Rural Medicine **3**(4): 209-16.

Praszek, K, Taylor, A, et al. (1998). "Family Medicine: A Call to the Front Line." JAMA **279**(17): 1403.

Probst, J C, Moore, C G, et al. (2002). "Rural-Urban Differences in Visits to Primary Care Physicians." Fam Med **34**(8): 609-15.

Rabinowitz, H K (1986). "Estimating the Percentage of Primary Care Rural Physicians Produced by Regular and Special Admissions Policies." Journal of Medical Education **61**: 598-600.

Rabinowitz, H K (1988). "Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas." The New England Journal of Medicine **319**(8): 480-486.

Rabinowitz, H K (1993). "Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas." The New England Journal of Medicine **328**(13): 934-939.

Rabinowitz, H K (1999). "The role of the medical school admission in the production of generalist physicians." Acad Med **74**(1): S39-S44.

Rabinowitz, H K and al, e (2001a). "Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians." JAMA **286**(9): 1041-48.

Rabinowitz, H K and al, e (2001b). "Innovative approaches to educating medical students for practice in a changing health care environment: The national UME-21 project." Academic Medicine **76**(6): 587-97.

Rabinowitz, H K, Diamond, J J, et al. (1999). "Demographical, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania." The Journal of Rural Health **15**(2): 212-218.

Rabinowitz, H K, Diamond, J J, et al. (1999a). "Demographical, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural *." J Rural Health **15**: 212-8.

Rabinowitz, H K, Diamond, J J, et al. (1999b). "A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas." JAMA **281**(3): 255-260.

Rabinowitz, H K, Diamond, J J, et al. (2000b). "The Impact of Multiple Predictors on Generalist Physicians' Care of Underserved Populations." American Journal of Public Health **90**(8): 1225-1228.

Rabinowitz, H K and Paynter, N P (2000). "The role of the medical school in rural graduate medical education: pipeline or control valve." The Journal of Rural Health **16**(3): 249-253.

Rabinowitz, H K and Paynter, N P (2000a). "The role of the medical school in rural graduate medical education: pipeline or control valve?" J Rural Health **16**(3): 249-253.

Rabinowitz, H K and Rattner, S (1997). "Factors Influencing Physicians' Choices to Practice in Inner-city or Rural Areas *." Acad Med **72**(12): 1076.

RARARI (2002). What can Scotland learn from Australia's experience of remote and rural healthcare policy?, Remote and Rural Areas Resource Initiative, NHS Scotland.

Reamy, J (1994). "Physician recruitment in rural Canada: programs in New Brunswick, Newfoundland, and Nova Scotia*." J Rural Health **10**(2): 131-6.

Rheault, S, Pronovost, L, et al. (1996). Synthèse des études réalisées sur la rémunération des médecins, plus particulièrement au Québec et au Canada et suggestion de certaines pistes de recherche. Québec, MSSS: 46.

RHOMHS (2002). Rural Programs 02/04, Rural Health Office Ministry of Health Services, BC Health Care et British Columbia Medical Association: 24.

Richmond, J (2003). "Rural medical workforce publications in Canada, Australia, USA

and South Africa." Rural and Remote Health Journal.

Ricketts, T C (2000). "The changing nature of rural health care." Annu Rev Public Health **21**: 639-657.

Ricketts, T C (2000). "The Changing Nature of Health Care." Annu Rev Public Health **21**: 639-57.

Rolfe, I E, Pearson, S E, et al. (1995). "Finding solutions to the rural doctors shortage: the role of selection versus undergraduate medical education at Newcastle *." Aust N Z Med **25**(5): 512-517.

Rosenblatt, R A (2002). "Family medicine training in Rural Areas." JAMA **288**(9): 1063-1064.

Rosenblatt, R A and Hart, L G (1999). Physicians and Rural America. Rural Health in the United States. T. C. Ricketts. New York, Oxford University Press.

Rosenblatt, R A, Saunders, G, et al. (1996). "Beyond retention: National Health Service Corps participation and subsequent practice location of a cohort of rural family physicians *." J Am Board Fam Pract **9**: 23-30.

Rosenblatt, R A, Whitcomb, M E, et al. (1992). "Which medical schools produce rural physicians?" JAMA **268**(12): 1559-1565.

Rosenthal, M M and Frederick, D (1984). "Physician Maldistribution in Cross-Cultural Perspective: United States, United Kingdom, and Sweden." Inquiry **21**(Spring): 60-74.

Rosenthal, M P, Turner, T N, et al. (1992). "Income expectations of first-year students at Jefferson Medical College as a predictor of family practice specialty choice." Acad Med **67**(5): 328-331.

Rosenthal, T C (2000). "Outcomes of rural training tracks: a review." The Journal of Rural Health **16**(3): 213-216.

Rosenthal, T C, McGuigan, M H, et al. (2000). "Rural residency tracks in family practice: graduate outcomes." Fam Med **32**(3): 174-177.

Rosenthal, T C, McGuigan, M H, et al. (1997). "One-two rural residency tracks in family practice: are they getting the job done? *." Fam Med **30**: 90-93.

Rosser, W (1999). "Application of evidence from randomised controlled trials to general practice *." The Lancet **353**: 661-664.

Rourke, J T B (1993). "Politics and rural health care: recruitment and retention of physicians." CMAJ **148**(8): 1281-84.

Rourke, J T B (2000). "Postgraduate medical education for rural family practice in Canada." The Journal of Rural Health **16**(3): 280-287.

Rourke, J T B and Strasser, R (1996). "Education for rural practice in Canada and Australia *." Academic Medicine **71**(5): 464-9.

RPAP (1999). Rural medical education, Alberta RPAP Co-ordinating Committee additional skills Technical Working Group (online) <http://rpap.ab.ca>.

RPAP (1999). Additional skills training, Alberta RPAP Co-ordinating Committee additional skills Technical Working Group (online) <http://rpap.ab.ca>.

RPAP (2000). Additional skills implementation plan, Alberta RPAP Co-ordinating Committee additional skills Technical Working Group (online) <http://rpap.ab.ca>.

RPAP (2001). Retention of rural physicians, Alberta Rural Physician Action Plan (online) <http://rpap.ab.ca>.

RPAP (2002). 2nd Three-year business plan: 2002-2003 to 2004-2005, Alberta Rural Physician Action Plan.

RPAP (2003). Future Directions: RPAP's 2003 workplan, Alberta Rural Physician Action Plan.

RPAP (2003). November 2003 RPAP News, Alberta Rural Physician Action Plan.

RPAP (2003). The Annual Report of the Alberta Rural Physician Action Plan : Enhancing Physician Recruitment & Retention, Alberta Rural Physician Action Plan.

RPAP (2003). Recruitment Expenses Reimbursement Program, Alberta Rural Physician Action Plan.

RPM Planning Associates (2000). Evaluation of the RPAP additional skills training program and the enrichment program, Rural Physician Action Plan Coordinating Committee.

RUSCDHSH (1994). Rural Doctors: Reforming undergraduate medical education for rural practice. Caberra Australia, Rural Undergraduate Steering Committee for the Department of Human Services and Health.

Sanmartin, C A and Snidal, L (1993). "Profile of Canadian physicians: results of the 1990 Physician Resource Questionnaire *." CMAJ **149**(7): 977-84.

Seifer, S D, Vranizian, K, et al. (1995). "Graduate Medical Education and Physician Practice Location: Implications for Physician Workforce Policy." JAMA **274**(9): 685-691.

Sempowski, I P, Marshall, G, et al. (2002). "Physicians who stay versus physicians who go: results of a cross-sectional survey of Ontario rural physicians." Canadian Journal of Rural Medicine **7**(3): 173-9.

Shack, J A and Baker, A D (1999). "Keeping Doctors North: Recruiting and Retaining Physicians in Underserved Areas." University of Toronto Medical Journal **76**(3): 174-178.

Shannon, C K (2003). "A community development approach to rural recruitment." The Journal of Rural Health **19**(S): 347-353.

Shugarman, L R and Farley, D O (2003). "Shortcomings in medicare bonus payments for physicians in underserved areas." Health Affairs **22**(4): 173-178.

Shugarman, L R and Farley, D O (2003). "Shortcomings in medicare bonus payments for physicians in underserved areas." Health Affairs **22**(4): 173-178.

Simmons, D, Bolitho, L E, et al. (2002). "Dispelling the myths about rural consultant physician practice: the Victorian Physicians Survey." MJA **176**(May): 477-481.

Single, P B, Jaffe, A, et al. (1999). "Evaluating Programs for Recruiting and Retaining Community Faculty." Fam Med **31**(2): 114-21.

Slifkin, R T (1999). State Laws and Programs That Affect Rural Health Delivery. Rural Health in the United States. T. C. Ricketts. New York, Oxford University Press.

Slifkin, R T, Popkin, B, et al. (2000). "Medicare graduate medical education funding and rural hospitals." Journal of Health Care for the Poor and Underserved **11**(2): 231-242.

SMA (2003). Committee on rural & regional practice, Saskatchewan Medical Association.

Somers, G T, Young, A E, et al. (2001). "Rural career choice issues as reported by first year medical students and rural general practitioners*." Aust J Rural Health **9**(Suppl 1): S6-13.

Spenny, M L and Ellsbury, K E (2000). "Perceptions of practice among rural family physicians: Is there a gender difference? *." J Am Board Fam Pract **13**(3): 183-7.

SRPC (2001). The State of Rural Healthcare, Society of Rural Physicians of Canada. **2003**.

SRPC (2003). The Québec Region, Society of Rural Physicians of Canada. **2003**.

SRPC (2003). Regional information, Society of Rural Physicians of Canada.

SRPC (2003). Regional Information, Society of Rural Physicians of Canada.

SRPC (2003). The ER APP, Society of Rural Medicine Of Canada.

SRPC (2003). Rural Electives in Ontario, Society of Rural Physicians of Canada.

Stembridge, A (1996). "To attract physicians to small, rural communities, professional and personal links can be the best incentives." Healthcare Executive **May/June**: 47.

Stewart, M and Bass, M (1982). "Recruiting and retaining physicians in Northern Canada *." Canadian Family Physicians **28**: 1313-8.

Strasser, R (2001). "Training for rural practice. Lessons from Australia." Canadian Family Physicians **47**: 2196-8.

Sturmberg, J P, Reid, A L, et al. (2003). A community based, patient-centred, longitudinal medical curriculum, Rural and Remote Health 3 no. 210.

Sullivan, P and O'Reilly, M (2002). "BC doctors deal hopes to solve surgeon shortage." CMAJ **166**(4): 488.

Szafran, O and al., e (2001). "Location of family medicine graduates' practices: What factors influence Albertans' choices? *." Canadian Family Physicians **47**: 2279-85.

Tavernier, L A, Connor, P D, et al. (2003). "Does exposure to medically underserved areas during training influence eventual choice of practice location." Medical Education **37**: 299-304.

Taylor, D H and al., e (1999). "Retention of young general practitioners entering the NHS from 1991-1992 *." British Journal of General Practice **49**: 277-80.

Tepper, J D and Rourke, J T B (1999). "Recruiting rural doctors: ending a Sisyphean task." CMAJ **160**(8): 1173-74.

The Government of the Province of British Columbia (2002). Subsidiary agreement for physicians in rural practice.

Thommasen, H V (2000). "Physician retention and recruitment outside urban British Columbia." BCMJ **42**(6): 304-308.

Thommasen, H V, Berkowitz, J, et al. (2000). "Community factors associated with long-term physician retention." BCMJ **42**(9): 426-429.

Thompson, J and O'Neil, D (1996). "Focus on Alberta." Can J Rural Med **1**(2): 87-89.

Thurber, M and Busing, N (1999). "Decreasing supply of family physicians and general practitioners: serious implications for the future *." Canadian Family Physicians **45**: 2084-9.

Turner, L A and al., e (1993a). "Work force planning in the 90s, Part 1: Efficiency, economy and political will - the need for a new approach *." Healthcare Management Forum **6(1)**: 34-40.

Turner, L A and al., e (1993b). "Work force planning in the 90s, Part II: Enough in the right place at the right time? *." Healthcare Management Forum **6(2)**: 34-40.

Tyrrell, L and Dauphinee, D (1999). Task force on physician supply in Canada, Canadian Medical Forum Task Force.

Ullian, J A, Shore, W B, et al. (2001). "What Did We Learn about the Impact on Community-based Faculty? Recommendations for Recruitment, Retention, and Rewards." Acad Med **76(4)**: S78-S85.

Verby, J E (1987). "Medical Education of the Future: A Prototype." Minn Med **70**: 31-32.

Verby, J E, Newell, J P, et al. (1991). "Changing the Medical School Curriculum to Improve Patient Access to Primary Care *." JAMA **266**: 110-113.

Wallis, S (2003). Recruiting and retaining general practitioners in rural areas: a community resource manual for community capacity building, University of Ballarat, Australia.

Wendling, W R, Werner, J L, et al. (1981). "Health Manpower Programs to Affect Physicians' Location: A regional Analysis." Journal of Health Politics, Policy and Law **6(1)**: 120-135.

West, P A, Norris, T E, et al. (1996). "The geographic and temporal patterns of residency-trained family physicians: University of Washington Family Practice residency network *." J Am Board Fam Pract **9**: 100-108.

Wilhide, S (1991). "Developing a physician compensation plan." MGM Journal **January/February**: 66-70.

Wilkingston, D (2000). "Social and Structural determinants of the inequitable distribution of general practitioners in Australia: an overview." Australian Epidemiologist **7 (3)**: 24-27.

Wilkingston, D (2000). "Association between Rural background and where South Australian general practitioners work." Med J Aust **173 (3)**: 137-140.

Wilkingston, D (2001). "Positive impact of Rural Academic Family Practices on Rural Medical Recruitment and Retention in South Australia." Australian Journal of Rural Health **9 (1)**.

Wilkinson, D (2003). Evidence-based rural workforce policy: an enduring challenge, *Rural and Remote Health* 3, 224.

Wilkinson, D, Laven, G, et al. (2003). "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: 809-814.

Wilson, D R, Whoodhead-Lyons, S C, et al. (1998). "Alberta's Rural Physician Action Plan: an integrated approach to education, recruitment and retention." *Can Med Assoc J* 158(3): 351-355.

Woloschuk, W and Tarrant, M (2002). "Does a rural educational experience influence students' likelihood of rural practice? Impact of student background and gender." *Medical Education* 36: 241-247.

Woodhead Lyons, S C, Moores, D G, et al. (1998). A six year report on the rural physician action plan at the University of Alberta. Edmonton, RPAP.

Woodward, C A and Hurley, J (1995). "Comparison of activity level and service intensity of male and female physicians in five fields of medicine in Ontario *." *Can Med Assoc J* 15(8): 1097-1106.

Wright, D S (1985). Factors Influencing the Location of Practice of Residents and Interns in British Columbia: Implications for Policy Making *. *Department of Health Care and Epidemiology*. Vancouver, university of British Columbia.

Xu, G, Veloski, J, et al. (1997). "Factors Influencing Primary Care Physicians' Choice to Practice in Medically Underserved Areas *." *Acad Med* 72(10): S109-S111.

Yang, J (2003). "Potential urban-to-rural physician migration: The limited role of financial incentives." *CJRM* 8(2): 101-106.

Young, R and Leese, B (1999). "Recruitment and retention of general practitioners in the UK: what are the problems and solutions? *." *British Journal of General Practice* 49: 829-33.

ANNEXE 2

SITES WEB

SITES WEB

Le répertoire présenté ici ne se veut pas exhaustif. On peut se référer aux adresses contenues dans le « Répertoire des sites » présentée à la fin de cette section pour avoir une liste plus complète. Pour le Canada, on se réfèrera particulièrement au site de la SRPC.

Sites gouvernementaux

Author: Alberta Rural Physician Action Plan

Title: Alberta Rural Physician Action Plan

URL: <http://www.rpap.ab.ca/supportphysicians/retention.htm>

Author: BC Ministry of Health

Title: Rural Retention program Policy Framework for Authorities

URL: <http://www.healthservices.gov.bc.ca/rural/index.html>

Author: Health Canada

Title: Canada Office of Rural Health

URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/ruralhealth/>

Author: Health Canada online

URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/>

Author: Manitoba Health

Title: Manitoba Health

URL: <http://www.gov.mb.ca/health/mlpimg/index.html>

Author: Minnesota Health Department

Title: Office of Rural Health & Primary Care

URL: http://www.health.state.mn.us/divs/chs/orh_home.htm

Author: National Health Service Corps (USA)

URL: <http://nhsc.bhpr.hrsa.gov/>

Author: New Brunswick Health and Wellness

Title: A Comprehensive Approach to Physician Recruitment and retention

URL: www.gov.nb.ca

Author: North-West Territories Health Department

Author: Physicians in the NWT

URL: www.hlthss.gov.nt.ca/

Author Address: linda_mcdonald@gov.nt.ca

Author: Nova Scotia Ministry of Health

Title: Physician Recruitment

URL: www.gov.ns.ca/health/physicians/

Author: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Title: Underserviced Area Program

URL: <http://www.health.gov.on.ca/>

Author: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Title: Recruitment-

URL: www.gov.on.ca/health/english/

Author: Prince Edward Island Government

Title: Enhanced Physician Recruitment Plan

URL: www.gov.pe.ca/hss/recruitment/index.php3

Author Address: tdling@ihis.org

Author: Québec, Ministère de la santé et des services sociaux

Title: Médecins en région- Québec

URL: www.msss.gouv.qc.ca/f/sujets/enregion.htm

Author Address: info@msss.gouv.qc.ca

Author: US Department of Health and Human Services

URL: <http://tasc.ruralhealth.hrsa.gov/>

Author: Yukon Health Department

Title: Recruitment - Yukon Health Care Professionals

URL: www.hss.gov.yk.ca/

Author Address: kelly.squire@gov.yk.ca

Organismes publics et privés

Author: Alberta Rural Family Medicine Network
Title: Alberta Rural Family Medicine Network Site
URL: <http://www.arfmn.ab.ca>

Author: Alberta Section of Rural Medicine
URL: <http://www.ruralnet.ab.ca/asrm>
Author Address: jillk@telusplanet.net

Author: Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)
Title: ACRRM research & Publications
URL: www.acrrm.org.au/acrrm.asp?Type=4

Author: Council of Ontario Faculties of Medicine (COFM)
Title: Educating physicians For Rural and Northern Communities
URL: http://www.cou.on.ca/Health/committees/COFM/COFM_publications.htm

Author: Dubbo Clinical School
Title: Rural Medicine
URL: www.dubbo.med.usyd.edu.au/welcome/ruralmed.html

Author: Health and Ageing,
Title: Rural, remote and regional Australia
URL: www.ruralhealth.gov.au

Author: Health Match BC
URL: www.healthmatchbc.org
Author Address: recruit@healthmatchbc.org

Author: MedConnexions.ca
URL: www.medconnexions.ca
Author Address: medconnexions@cma.ca

Author: National Centre for Rural Health
Title: National Centre for Rural Health projects
URL: www.chmeds.ac.nz/departments/ruralhealth/prog.htm

Author: National Rural Health Association
Title: Critical access Hospital
URL: <http://www.nrharural.org/>

Author: National Rural Health Network
URL: <http://www.nrh.org/>

Author: Newfoundland And Labrador Health Boards Association- Physician Recruitment,

URL: www.nlhba.nf.ca/PR.htm
Author Address: shann@mun.ca

Author: Northern Health Authority
Title: Northern Health Authority
URL: <http://www.northernhealth.ca/phs/news.asp?articleid=390&zoneid=1>

Author: Office of Rural and Northern Health (Manitoba)
URL: <http://www.ornh.mb.ca/>

Author: Professional Association of Interns and Residents of Ontario
Title: Physician Job Registry
URL: <http://www.pairo.org/>
Author Address: paipro@paipro.org

Author: Rarari Information Web Site
Title: Recruitment & Retention in Rural Areas
URL: <http://www.rararibids.org.uk/rarari/index.asp?TopicID=139>

Author: Rural Ontario Medical Program (ROMP)
Title: Rural Ontario Medical Program (ROMP)
URL: www.romponline.com
Author Address: romp@romponline.com

Author: Rural Workforce Agency, Victoria (Australie)
URL: <http://www.rwav.com.au>

Author: Saskatchewan Physicians Recruitment Project (SPRP)
URL: www.mdopportunity.org
Author Address: life@bordercity.com

Author: Scottish Faculty of Remote and Rural Healthcare
Title: Consultation for the creation of a Scottish faculty of remote and rural healthcare
URL: <http://sitiescape.rarari.org.uk/media/faculty-consult-results.pdf>

Author: Society of Rural Physicians of Canada
URL: <http://www.srpc.ca/regions.html>

Author: Victorian Universities Rural Health Consortium (VURHC)
URL: http://www.vurhc.org.au/about_vurhc/introduction.asp

Author: WONCA
URL: www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/
Author Address: write@cfpc.ca

Author: Western Australian Centre for Remote and Rural Medicine (wacrrm)
URL: <http://www.wacrrm.uwa.edu.au/>

Author: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)

URL: <http://www.globalfamilydoctor.com/>

Associations Professionnelles

Author: Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)

Title: Research and Publications

URL: www.acrrm.org.au/acrrm.asp?Type=4

Author: British Columbia Medical Association

URL: www.bcma.org/issuespolicy/

Author Address: communication@bcma.bc.ca

Author: California State Rural Health Association (CSRHA)

URL: <http://www.csrha.org>

Author: Canadian Association of Emergency Physicians

URL: <http://www.caep.ca/002.policies/002-00.main.htm>

Author Address: committee@caep.ca

Author: Canadian Medical Placement Services (CMPS)

URL: www.cmps.ca

Author Address: info@cmps.ca

Author: College of family Physicians of Canada

URL: www.cfpc.ca/programs/rural/ruralhome.asp

Author Address: info@cfpc.ca

Title: Comparative Regional Statistics

URL: <http://www.srpc.ca/numbers.html>

Author: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Title: Pénurie dans les régions éloignées: La FMOQ s'est acquittée de ses responsabilités

URL: www.fmoq.org/pres990506.htm

Author: National Rural Health Association

URL: <http://www.nrharural.org/pagefile/an.htm>

Author: Newfoundland and Labrador Medical Association

URL: www.nlma.nf.ca

Author Address: dMason@nlma.nf.ca

Author: Ontario Medical Association Placement Service (OMAPS)

URL: www.oma.org

Author: Ontario Medical Association

Author Address: cme_program@oma.org

Author: Ontario medical Association Locum Program for Rural Physicians

URL: http://www.oma.org/career/loc_about.html

Author: Saskatchewan Medical Association

URL: www.sma.sk.ca/

Author Address: sma@sma.sk.ca

Author: Société de la médecine rurale du Canada

URL: <http://www.srpc.ca>

Author: Society of Rural Physicians of Canada

URL: <http://www.srpc.ca>

Articles électroniques

Author: Adrienne Harris

Year: 1999

Title: Addressing the Issues in Rural General Practice by offering a "total package" Solution

Producer: Healthcare Review Online

URL: www.enigma.co.nz/hcro/website/index.cfm?fuseaction&FeatureID=

Author: Angela Durey, Bev McNamara, Juli Coffin

Year: 2003

Title: The social construction of place and identity as obstacles to male students from rural and remote areas choosing health careers

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/dureypaper.htm>

Author: Bill Coote

Year: 2003

Title: General Practice Education and Training - regionalisation integration and innovation

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/coote.pdf>

Author: Craig Veitch

Year: 2003

Title: Elements of rural practitioner retention: a synthesis of four related research projects

Producer: Australia's 7th National Rural Health conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/veitch.pdf>

Author: Christopher Bryg, Lisa Cameron

Year: 2003

Title: The Graduate Assistance and Partnership Program

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/bryg.pdf>

Author: David Lyle

Year: 2003

Title: How can education and training programs make an impact on rural and remote health workforce recruitment and retention

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/ARHEN%20symposium.pdf>

Author: Dennis Pashen

Year: 2003

Title: Professional support programs as a workforce strategy
Producer: Australia's 7th National Rural Health conference
URL:<http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/ARHEN%20symposium.pdf>

Author: Dr James D M Douglas

Year: 2002

Title: Proposal to enhance rural teaching for medical undergraduates

URL: <http://www.rararibids.org.uk/documents/Calman-Paper.pdf>

Author: Dr Pat Farry

Year: 1999

Title: An overview of Rural Health Policy from Major Political Parties

Producer: Healthcare Review Online

URL: www.enigma.co.nz/hcro/website/index.cfm?fuseaction&FeatureID

Author: George T Somers, Amanda E Young, Roger Strasser

Year: 2003

Title: The medical student's intention to practice in rural Australia: a questionnaire

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/somerspaper.htm>

Author: Gillian Durham

Year: 1999

Title: Building the Australian Rural Health Workforce

URL: www.enigma.co.nz/hcro/website/index.cfm?fuseaction&FeatureID=

Author: G Greenwood, B Cheers

Year: 2002

Title: Doctors and nurses in outback Australia: living with bush initiatives

Producer: Rural and Remote Health 2 (online) <http://rrh.deakin.edu.au>

URL: <http://rrh.deakin.edu.au>

Author: Helen Tolhurst, Mark Stewart

Year: 2003

Title: It depends what you expect from life - factors which influence medical student to choose a rural career

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/tolhurst.pdf>

Author: Ian Cameron

Year: 2003

Title: Towards Unity for Health applied- the pentagon of partnership as a basis for a regional workforce structure

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/cameron.pdf>

Author: I Couper, P S Worley,

Year: 2002

Title: The ethics of international recruitment

Producer: Rural and Remote Health 2 (online), <http://rrh.deakin.edu.au>

URL: <http://rrh.deakin.edu.au>

Author: Jane Mackereth, Roger Sexton

Year: 2003

Title: The Dr DOC program: doctors' "duty of care" to themselves, their families and their colleagues

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/mackerethposter.htm>

Author: John Beard

Year: 2003

Title: The impact of research programs an workforce recruitment and retention

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/ARHEN%20symposium.pdf>

Author: John McDonald, Louise Bibby, Steve Carroll

Year: 2003

Title: Recruiting and training rural general practitioners: a mismatch between the research evidence and current initiatives?

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL:http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/refereed%20I%20papers/mcdonald,%20john_1.pdf

Author: L V Katekar

Year: 2003

Title: Value of hospital-employed medical officers in rural Australia

Producer: Rural and Remote Health 2 (online), <http://rrh.deakin.edu.au>

URL: <http://rrh.deakin.edu.ca>

Author: Marilyn Prieditis

Year: 2003

Title: Rural hospital and metropolitan universities: forging new partnerships

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhpublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/prieditispaper.htm>

Author: Marlene Drysdale, Jason Mifsud

Year: 2003

Title: Health workforce issues for Aboriginal and Torres Strait Islander people in rural and remote areas

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference
URL:<http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/ARHEN%20symposium.pdf>

Author: Mike Seward, Linda Thorgersen, Geoff Paton

Year: 2003

Title: Rural retention payments: lessons from the front

Producer: Australia's 7th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/seward.pdf>

Author: Naarilla Hirsch, Gordon Calcino,Carolynn Fredericks

Year: 2003

Title: Rural doctors and retention

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL:<http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/hirschpaper.htm>

Author: Nikki McCallum

Year: 2002

Title: UNBC Health Centre to increase Northern Doctors

URL:http://www2.news.gov.bc.ca/nrm_news_releases/2002MAE0053-000986.htm

Author: Northern Health Authority

Year: 2003

Title: January Board Meeting: NHA Board approves key priorities for physician recruitment; hears financial update; receives first installment of Healthy Heart funding

URL: <http://www.northernhealth.ca/phs/news.asp?articleid=390&zoneid=1>

Author: Northern Health Authority

Year: 2003

Title: Health Authority pleased with new rural deal and specialist locum program; welcomes new action group on regional health care

URL: <http://www.northernhealth.ca/phs/news.asp?articleid=435&zoneid=1>

Author: Northern Health Authority

Year: 2003

Title: Board Meeting Update: Health Authority makes progress in physician recruitment; commits more funding to increasing capacity as medical recruitment continues; posts year-to-date surplus

URL: <http://www.northernhealth.ca/phs/news.asp?articleid=494&zoneid=1>

Author: NRHA Publications

Year: 2003

Title: "Community Service Obligations: Meaning, Impact, and Application"

Producer: Rural Health Information Paper No.3

URL: <http://www.ruralHealth.org.au/nrhaPublic/publicdocs/RHIP/RHIP3.pdf>

Author: Paul Worley, Anna Nichols

Year: 2003

Title: The Rural and Remote Area Placement Program: lessons learned in regional training delivery

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/worleypaper.htm>

Author: Richard Lawrance

Year: 2003

Title: What symbolises rural and remote general practice: the practitioner's perspective

Producer: Australia's 6th National Rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/lawrancepaper.htm>

Author: Richard Madden, Helena Britt, Ian Wronski

Year: 2003

Title: It's different in the Bush: a comparison of general practice activity in metropolitan and rural areas of Australia

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/6thnrhc/maddenaddress.htm>

Author: Tarun Sen Gupta, Richard Hays, Maggie Grant, Andrew McKenzie, Craig Veitch

Year: 2003

Title: Do medical schools have a role in recruitment and retention? Implementing the evidence at the James Cook University School of Medicine

Producer: Australia's 7th National rural Health Conference

URL: <http://www.nrha.net.au/nrhapublic/publicdocs/conferences/7thNRHC/Papers/general%20papers/sen%20gupta.pdf>

Groupes de Recherche

Title: British Columbia Rural and Remote Health Research Institute

URL: <http://www.unbc.ca/ruralhealth/background.html>

Author: Centre for Rural and Northern Health Research (CRaNHR)

URL: <http://www.laurentian.ca/cranhr/index.html>

Title: Centre for Rural Social Research

URL: www.csu.edu.au/research/crsr/index.htm

Title: Michigan Center for Rural Health

URL: <http://www.com.msu.edu/micrh/index.htm>

Title: North Carolina Rural Health Research Program

URL: http://www.shepscenter.unc.edu/research_programs/rural_program

Title: Rural Health Research Center

URL: <http://www.fammed.washington.edu/wwamirhrc/home/index3.html>

Title: University of Nebraska Medical Center

URL: <http://www.rupri.org/healthpolicy>

Title: Victorian Universities Rural Health Consortium (VURHC)

URL: <http://www.vurhc.org.au>

Répertoire de sites

Author: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA)

Title: CHEPA's link

URL: <http://www.chepa.org/links/links.asp>

Author: Centre for Rural and Northern Health Research (CRaNHR)

URL: <http://www.laurentian.ca/cranhr/index.html>

Author: Health, Rural and Remote

Title: www links & Forums

URL: <http://e-jrh.deakin.edu.au/resources/defaultnew.asp>

Author: International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy

URL: <http://e-jrh.deakin.edu.au/resources/defaultnew.asp>

Author: Maine Rural Health Research Center (MRHC)

URL: <http://www.fammed.washington.edu/wwamirhrc>

Author: National Rural Health Association

URL: <http://www.nrharural.org/>

Author: Rarari Information Web Site,

Year: 2003

Title: Useful links

URL: <http://www.rararibids.org.uk/rarari/links.asp>

Author: Société de la médecine rurale du Canada

URL: <http://www.srpc.ca/links.html>

Author: WWAMI (Washington, Wyoming, Alaska, Montana, & Idaho) Rural Health Research Center (RHRC)

URL: <http://www.fammed.washington.edu/wwamirhrc>

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>