

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**LA MIGRATION DES MÉDECINS QUÉBÉCOIS  
VERS LES AUTRES PROVINCES CANADIENNES  
ET VERS LES ÉTATS-UNIS :  
Étude qualitative**

par  
Mouna Bahtit

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise  
en Administration des services de la santé

Décembre, 2006

© Mouna Bahtit, 2006



Université de Montréal  
Faculté de médecine

Ce mémoire intitulé :

**LA MIGRATION DES MÉDECINS QUÉBÉCOIS  
VERS LES AUTRES PROVINCES CANADIENNES  
ET VERS LES ÉTATS-UNIS :  
Étude qualitative**

présenté par :  
Mouna Bahtit

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur :	Régis Blais
Directrice de recherche :	Nicole Leduc
Membre du jury :	Henriette Bilodeau

Mémoire accepté le :

## Résumé

---

Pour des effectifs de la main d'œuvre de la santé répondant de façon optimale aux besoins de notre système et aux nécessités des patients, nous avons étudié **qualitativement**, les facteurs professionnels de «*répulsion*» et d'«*attraction*», de la migration des médecins québécois, vers les autres provinces canadiennes et vers les États-Unis.

Dans nos résultats, les médecins croient que la reconnaissance de leur travail et qualifications doit se refléter au niveau de leur revenu. Que celui-ci est un argument majeur de migration, mais ni exclusif ni nécessaire. Aussi, comme importants facteurs de «*répulsion*» à la pratique au Québec, nous retrouvons les régimes de taxation, la rémunération différenciée et les plafonds des revenus ainsi que les différentes politiques gouvernementales en matière de rémunération de la main-d'œuvre médicale. Aussi, les facteurs relationnels des médecins avec les administrateurs et fonctionnaires de la santé, le manque de reconnaissance de la part du gouvernement provincial, le fait d'avoir été considérés par les employeurs (hôpitaux) uniquement comme des sources de dépense, ainsi que le climat politique général régnant au Québec des années 90 (le référendum, la Loi 101), constituent d'importants facteurs de «*répulsion*» à une pratique au Québec.

Également, les opportunités d'emploi avec de meilleures modalités et conditions, la disponibilité et qualité des équipements médicaux et des autres ressources professionnelles sont d'importants facteurs d'«*attraction*» vers l'Ontario, mais encore plus vers les États-Unis. Comme facteurs d'«*attraction*» spécifiques aux États-Unis, nous retrouvons une plus grande stabilité financière, une plus grande disponibilité de poste dans toutes les spécialités, plus d'opportunités de carrières, de meilleures modalités et styles de pratique et enfin de meilleures perspectives d'avenir avec plus d'accessibilités aux postes à responsabilité. De plus, l'environnement professionnel qui comprend le cadre de travail, le leadership et le niveau de stress, sont aussi d'importants facteurs d'«*attraction*» aux États-Unis.

**Mots clés** : Migration, médecins, professionnels, santé, facteurs d'attraction, facteurs de répulsion, qualitative, Québec, provinces, États-Unis.

## Summary

---

For health-care related manpower to be more in line with the system requirements and needs of patients, we have examined, in a qualitative study, all the professional «push» and «pull» factors leading to the migration of Quebec physicians to practice in other Canadian provinces as well as in the U.S.

We conclude that physicians believe that the recognition of their often life-saving work, advanced studies and qualifications should be reflected on their levels of income. This factor alone is a major inducement for migration although it isn't an exclusive causing factor nor a necessary one. Also, recurring as a «push» factor to practice in Quebec, we list direct and indirect taxation schemes and policies, the differentiated income and statutory income caps as well as many other policies related to income of medical practitioners.

Also, «the relationship-related» factors between physicians and health-care administrators and ministry policymakers, the lack of recognition of their contribution to society by the Quebec government when they were considered by their superiors as a «cost» rather than as an asset and the political and social climate in the 1990' (the language issue , Bill101 and the referendum uncertainty) were important «push» factors.

Also, the «pull factors» were better career opportunities with enhanced terms and conditions, the availability and quality of medical equipment as well as the professional support and resources, especially benefitting Ontario, but even more so the U.S. Amongst the specific «pull factors» of the U.S., we can cite greater financial security, a greater availability of positions in all specialties, more job opportunities, better conditions and style of practice and a brighter future with greater access to positions of responsibility. Also, the professional environment that includes the work framework, leadership and stress levels were also considered as «pull factors» benefiting the U.S.

**Key words** : Immigration, physicians, health-care professionals, push factor, pull factor, qualitative, Canada, United states, Ontario, Non-Quebec, policies.

## Remerciements

---

Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien et la présence d'amis, de membres de ma famille, de collègues et de professeurs qui, chacun à leur manière, m'ont fait part de leur confiance en ma démarche. Pour cela, je les en remercie sincèrement.

J'aimerais toutefois souligner ma reconnaissance envers les personnes qui ont directement contribué à la finalisation de mes travaux de mémoire.

Nicole Leduc, ma directrice de recherche, a joué un rôle essentiel dans cette initiative. Elle a su m'orienter dans l'exploration de nouveaux champs de connaissances et dans l'acquisition de nouvelles manières de faire. J'ai beaucoup apprécié nos discussions. Par ailleurs, j'ai bénéficié d'une écoute sensible et attentive, à la fois sérieuse et teintée d'humour, qui témoigne de l'essentielle qualité humaine de cette personne que j'apprécie beaucoup. C'est non sans regret que j'entrevoie l'aboutissement de notre collaboration. Sa présence me manquera.

Mes parents, Rabéa et Mokhtar, mes deux petites sœurs et leurs familles, à partir de ma si chère et lointaine méditerranée, ont également contribué à ce projet à travers leur encouragement et leur amour incontestable, inconditionnel. De plus, ils m'ont procuré un soutien financier essentiel pour lequel je leur suis profondément redevable et reconnaissante. Leur croyance indéfectible en ma capacité de mener ce projet, et tous mes rêves, à terme et de relever de nouveaux défis constitue une base vitale de mon devenir.

Enfin, ce travail n'aurait pu voir le jour sans l'appui de mon conjoint, André. Sa patience, son aide, sa présence soutenue et sa volonté de traverser ces dernières années parfois tumultueuses à mes côtés sont exemplaires.

Ma belle-mère, Brigitta

**Merci à tous.**

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

---

AGCS :	Accord Général sur le Commerce des Services
ALENA :	Accord De Libre- Échange Nord-Américain
AFMC :	Association des facultés de médecine du Canada
AMA :	Association Médicale Américaine
AMC :	Association Médicale Canadienne
BDMS :	Base de Données Médicales Southam
BDNM :	Base de Données Nationale sur les Médecins
CCS :	Conseil Canadien de la Santé
CMA :	Canadian Medical Association
CMFC :	Collège des Médecins de Famille du Canada
CSPC :	Centre Syndical et Patronal du Canada
CPS :	Current Population Survey
CVD :	Contre- Vérification des Dossiers
ETP :	Équivalent Temps Plein
FCRSS :	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FMC :	Forum médical canadien
GATT :	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
HHRU :	Health Human Resources Unit
ICIS :	Institut Canadien d'Information sur la Santé
INS :	Immigration and Naturalization Service
IRSS :	Institut de recherche en services de santé

MSO:	Ministère de la santé de l'Ontario
NAFTA:	North American Free Trade Agreement
NOIE:	National Office for the Information Economy
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unis
PAIRO:	Professional Association of Internes and Residents of Ontario
RCRPP :	Réseau Canadien de Recherche en Politiques Publiques
USAID:	United States Agency for International Development.
SISPFC :	Système Informatisé sur les Stagiaires Post-MD en Formation Clinique.
SMRC :	Société de la médecine rurale du Canada

## Table des matières

---

Résumé.....	iii
Summary.....	iv
Remerciements.....	v
Liste des signes et abréviation.....	vi
Tables des matières.....	viii
<b>CHAPITRE I : PROBLÈME DE RECHERCHE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE II : ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>8</b>
A. <u>Migration de la main-d'œuvre médicale</u> .....	8
A-a) <i>Migration de la main-d'œuvre médicale internationale</i> .....	8
A-b) <i>Migration de la main-d'œuvre médicale canadienne</i> .....	13
1. <i>Migration internationale des médecins canadiens</i>	
2. <i>Migration des médecins canadiens vers les États-Unis</i>	
3. <i>Migration interprovinciale des médecins canadiens</i>	
B. <u>Indicateurs potentiels</u> .....	21
B-a) <i>Indicateurs potentiels et bases de données des effectifs</i> .....	21
B-b) <i>Indicateurs potentiels et bases de données sur la migration</i> .....	29
C. <u>Définitions et particularités</u> .....	33
C-a) <i>Ratio médical</i> .....	34
C-b) <i>Densité médicale</i> .....	36
C-c) <i>Disparités géographique</i> .....	37
D. <u>Déterminants de la migration</u> .....	38
D-a) <i>Déterminants de la migration à l'Internationale</i> .....	39
D-b) <i>Déterminants de la migration en Interprovinciale</i> .....	41
D-c) <i>Déterminants de la migration des médecins québécois</i> .....	48
<b>CHAPITRE III : OBJECTIF DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>52</b>
<b>CHAPITRE IV : MÉTHODES DE RECHERCHE .....</b>	<b>54</b>
A) <u>Stratégie et devis de recherche</u> .....	54
B) <u>Population à l'étude et échantillon</u> .....	54
C) <u>Méthodes de collecte des données</u> .....	55
D) <u>Description des thèmes</u> .....	56
E) <u>Considérations éthiques</u> .....	58
<b>CHAPITRE V : ANALYSE DES DONNÉES.....</b>	<b>59</b>
<b>CHAPITRE VI : RÉSULTAT.....</b>	<b>62</b>

A) <u>Caractéristiques démographiques des répondants</u> .....	62
B) <u>Principales raisons professionnelles de migration hors- Québec</u> .....	64
<i>B-a) Opportunités et conditions de travail</i> .....	65
<i>B-b) Postes de résidence</i> .....	66
<i>B-c) Réformes du système de santé et politiques gouvernementales québécoises en matière de main-d'œuvre médicale</i> .....	67
C) <u>Étude approfondie des raisons professionnelles :</u> .....	69
<i>C-a) Revenu</i> .....	69
<i>C-b) Disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles</i> .....	76
<i>C-c) Financement</i> .....	79
<i>C-d) Options ou possibilités au moment du choix du lieu de pratique</i> .....	81
<i>C-e) Attrait vers le nouveau lieu de pratique</i> .....	83
<i>C-f) Plus value de la pratique hors Québec</i> .....	85
<i>C-g) Choix d'une pratique aux États-Unis vs Canada</i> .....	88
<i>C-h) Milieu professionnel stimulant</i> .....	94
<i>C-i) Aspects moins agréables d'une pratique hors- Québec</i> .....	98
1. Inconvénients professionnels :.....	99
<u>Provinces Canadiennes :</u>	
Inconvénients communs à toutes les provinces	
Particularités provinciales	
<u>États- Unis</u>	
Poursuites médico-légales	
Compagnies d'assurance	
Pratique défensive	
2. Inconvénients contextuels.....	107
<i>C-j) Bons côtés d'une pratique au Québec</i> .....	109
<i>C-k) Liberté dans les décisions cliniques</i> .....	114
<i>C-l) Charges administratives</i> .....	118
1. Pratique privée.....	118
2. Pratique universitaire et hospitalière.....	119
D) <u>Catégories émergentes</u> .....	121
<b>CHAPITRE VII : DISCUSSION</b> .....	129
A) <u>Limites de l'étude</u> .....	129
B) <u>Contribution de notre étude</u> .....	132
C) <u>Implications de notre étude</u> .....	143
<b>CHAPITRE VIII : CONCLUSION</b> .....	147
<b>CHAPITRE IX : BIBLIOGRAPHIE</b> .....	150
<b>CHAPITRE X : ANNEXE-1</b> .....	I
ANNEXE-2.....	IV
ANNEXE-3.....	VIII

## **I. PROBLÈME DE RECHERCHE**

Il est évident que les ressources humaines sont capitales pour les systèmes de santé, cependant, actuellement, ces ressources font face aux effets de la mondialisation avec son lot d'accords tels, l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA), l'Accord général sur le commerce des services (AGCS). Ces multiples accords encouragent la libre circulation des biens et services entre les pays. Néanmoins, un de leurs effets pervers est la migration du personnel hautement qualifié dont celui des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, techniciens, pharmaciens, laborantins). Cette forme de migration demeure de nos jours, la plus controversée et la plus contestée (Bundred, Levitt, 2000). Du reste, il n'est pas sans dire que cette migration du personnel hautement qualifié a des avantages, des bénéfices, des inconvénients mais aussi et foncièrement des coûts (IOM, 2005). Ainsi, lors de la conférence des Nations Unies, en 2003, sur le thème du commerce et du développement, il a été estimé que pour chaque professionnel de pays en voie de développement âgé entre 25 et 35 ans, 184 000 USD sont épargnés en coûts de formation par les pays hôtes. Par exemple, considérant que les 27 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont une main-d'oeuvre immigrante hautement qualifiée d'environ 3 millions, ceci pourrait avoir comme conséquence un gain d'environ 552 milliards de USD, capitalisés par les pays de l'OCDE (Public Health Conference, 2003).

Effectivement, la perte de professionnels compétents est coûteuse pour les pays donneurs, particulièrement ceux en voie de développement (IOM, 2004), et cela non seulement en termes de pertes d'aptitude mais également en coûts fiscaux et en subventions éducatives (Commander, Kangasniemi, Winters, 2001; Iredale, 2003). Dans cette même veine, les responsables du monde des soins de santé, sont eux aussi

unanimement préoccupés par la migration de leur main-d'œuvre spécialisée telles les médecins et les infirmiers. Migration non seulement internationale et s'opérant entre pays pauvres et riches mais aussi entre territoires et provinces au sein d'un même pays (Dovlo et Nyongator, 1999).

D'ailleurs, dans le cas des professionnels de la santé, leur migration implique une lourde perte pour les systèmes de santé de leurs pays d'origine ainsi que pour leurs collègues restants mais par surcroît, cette migration semble aussi atteindre directement la propre santé des populations (OMS, 2003). En effet, les professionnels de la santé restant aux pays d'origines se voient attribuer des charges de travail supplémentaires, dues au nombre décroissant de leurs effectifs. Ces charges génèrent du stress subsidiaire à celui engendré par les situations initiales de ces professionnels, où ils sont, et ceci concerne particulièrement les professionnels des pays en voie de développement, mal payés, pauvrement équipés, inadéquatement supervisés et sans, pour ainsi dire, pratiquement aucune opportunité de carrières. Ainsi, selon la United States Agency for International Development (USAID, 2001), ceci aurait comme répercussions majeures, des professionnels négligeant le secteur public et convergeant massivement vers le secteur privé. Ils déserteraient aussi les zones rurales pour se concentrer dans les zones urbaines, aggravant de ce fait les déséquilibres préexistants des effectifs de la main-d'œuvre de la santé, ou tout au moins, engendreraient de nouveaux déséquilibres (Mutizwa-Mangiza, 1998). De plus, s'il y a une perte nette d'effectifs imputable à cette migration, le propre fonctionnement des systèmes de santé serait menacé et sujet d'inquiétude supplémentaire, aussi bien dans les pays développés souffrant de pénurie, que et surtout dans les pays en voie de développement, où l'émigration excède l'immigration et où certaine pandémie telle le Sida et la Tuberculose, font des ravages (Stilwell, Diallo, Zurn et al., 2003).

Le Canada aussi n'échappe pas à ce phénomène de migration de la main-d'œuvre de la santé, surtout celle des médecins, où l'importance de l'exode de ces cerveaux est

une source continue de controverses, de polémiques et de débats dans les milieux politiques et les médias (Barer et Webber, 1999; Chan, 2002; FCRSS, 2005).

La perception quasi générale est que le pays perd sa main-d'œuvre en santé au profit des États-Unis (Skinner, 2002), main-d'œuvre représentant surtout des médecins et infirmier(e)s. En effet, il semble que légèrement plus de la moitié des médecins qui quittent le Canada choisissent les États-Unis pour s'y établir. Selon l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS, 2000-2005), institut qui assure le suivi de la destination des médecins depuis 1992, il apparaît que plus de la moitié des médecins qui émigrent du Canada, se dirigent vers notre voisin du Sud. Ainsi, vers le milieu des années 90, le nombre de médecins partant vers les États-Unis se situait environ entre 400 et 500 par année. Toutefois, ce chiffre est en baisse et le nombre de médecins partis pour les États-Unis en 2003 n'était que de 169 (FCRSS, 2005).

De plus, cet aspect de la migration des médecins semble récurrent et non démenti dans la problématique de la main-d'œuvre de la santé canadienne ; et effectivement, pour un certain nombre de médecins canadiens, les États-Unis sont et resteront une destination de choix, très affectivée (Barer et Webber, 1999; Barer et Webber, 2000; Skinner, 2002). En effet, les États-Unis incarnent un plus large horizon professionnel et des rémunérations plus avantageuses\*, tenant compte de la différence salariale, qui est essentiellement probante chez les médecins et les professionnels de la santé des États-Unis. Ces derniers touchent généralement des salaires de 40 % plus élevés que leurs homologues canadiens, et ceci selon la parité des pouvoirs d'achat (Industrie Canada, 1999).

En outre, un taux d'imposition plus bas, la présence d'infrastructures et d'équipements de haute technologie plus facilement accessibles et l'impression de pouvoir bénéficier d'un système de soins plus avantageux, continuent d'exercer un attrait indéniable sur les praticiens canadiens. Au demeurant, les médecins canadiens se déplacent aussi au sein même du Canada, en interprovinciale mais aussi des zones

\* (PIB des E-U : 35.807 \$US vs PIB du Qc : 26.224\$US : statistique canada. US Département of commerce, Institut économique de Montréal)

desservies vers celles plus peuplées, et des régions rurales vers les zones urbaines. En effet, il n'existe pas de réglementation interprovinciale empêchant ou tout du moins régulant le déplacement des médecins d'une région à l'autre du pays. De ce fait, il va sans dire, qu'il se crée un déséquilibre d'effectifs, surtout dans les régions rurales et les territoires éloignés. Aussi, selon le Conseil canadien de la santé (2007) dans son Rapport Annuel aux Canadiens 2006 (CCS, 2007), la dure concurrence interprovinciale pour les ressources existantes de la santé reste une réalité, parfois troublante, au Canada. Chacun des secteurs de compétence planifie seul le recrutement et le maintien en poste de ses effectifs, sans aucun effort de coordination. Les statistiques corroborent cette réalité. Selon l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS, 2006), seules la Colombie-Britannique et l'Alberta ont gagné un certain nombre de médecins en 2005 grâce à la migration interprovinciale. Et c'est en Colombie-Britannique que les gains ont été les plus importants, avec 117 médecins nouvellement installés dans la province. La Saskatchewan, Terre-Neuve et- Labrador et le Manitoba ont été les plus durement frappés, avec des pertes respectives nettes de 37, 24 et 22 médecins. Et donc pour le CCS, cette concurrence entre les régions pour les ressources humaines de la santé ne fait qu'aggraver les problèmes d'apport et de répartition à travers tout le pays.

Quant au Québec, il a été longtemps la province canadienne où les revenus des médecins sont les plus faibles, où le système d'imposition semble préjudiciable pour les hauts salariés et où également les politiques linguistiques et de main-d'œuvre médicale sont les plus contraignantes. En fait, le Québec compte parmi les états, à travers le monde occidental, où la régulation de la profession médicale est qualifiée de maximale (Bourgueil, Durr et Roccamora-Houzard, 2001). De plus, les débats ne manquent pas sur la question de savoir si le pays souffre déjà d'une pénurie de professionnels de la santé, surtout en ce qui concerne les médecins, ou s'il la connaîtra dans un avenir plus ou moins proche (Chan, 2002; FCRSS, 2002; Evans, 1998).

Néanmoins, et quels que soient les points de vues sur la question de pénurie réelle ou perçue (Chan, 2002), il est évident qu'il y a un déséquilibre de répartition et/ou de concentration de la main-d'œuvre médicale dans certaines régions rurales et autres territoires éloignés, particulièrement pour certaines spécialités médicales (CCS, 2007 ; Fournier, Contandriopoulos et Trottier, 2004 ; Benarroch et Grant, 2004; Kazanjian, Reid, Pagliccia, Apland, & al., 2000; Blumenthal, 1994 ). En effet, la planification sévère des effectifs médicaux durant les dernières décennies, afin de diminuer le nombre de médecins pratiquants et de répartir les spécialistes et les omnipraticiens dans un ratio de 50/50, ont eu comme conséquence néfaste le déséquilibre actuel des ressources professionnelles d'autant plus fragile que selon plusieurs recherches, la migration des médecins est permanente et omniprésente (Fournier et Contandriopoulos, 1997; Barer et Webber, 1999; Skinner, 2002; Barer et Webber, 2000). De plus, de l'avis du Forum médical canadien (FMC), qui représente un partenariat entre les principaux organismes de la santé au pays, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les représentants des autres professions de la santé au Canada, dans son dernier rapport (2005) sur les effectifs médicaux et l'analyse de leurs tendances, ce forum soutient que la prestation des soins de santé, au Canada, est en continuelle évolution et entraîne incertitudes et questionnements. En effet, le FMC soutient, entre autres, que même si la migration interprovinciale aide les médecins à faire correspondre leurs préférences d'exercice médical au style de vie voulu et fournit aux autorités en matière de santé la souplesse en rapprochant la demande et l'offre, certaines provinces ont subi des pertes nettes importantes aux cours des dernières années. Ce forum avance aussi que la crise actuelle de notre système de santé, nous pousse, de gré ou de force, à explorer la multitude de facteurs impliqués dans la situation actuelle de notre système de santé (Centre syndical et patronal du Canada, 2005).

Somme toute, nous pouvons présumer que si le Canada et le Québec éprouvent, à l'instar des autres pays industrialisés mais aussi de plusieurs pays en voie de développement, des difficultés à gérer et à maintenir des effectifs adéquats de leurs

professionnels de santé, surtout les médecins et infirmier(e)s, il serait très important de connaître les conséquences, mais surtout les causes et les facteurs déterminant cette migration.

Pour les conséquences, elles sont reliées d'une part, au fait de la multitude de facteurs macro-économiques consécutifs à l'exode de ces compétences de la santé, par exemple les pertes de contributions au produit intérieur brut (PIB) et aux taxes. Aussi, quand ces médecins migrent, l'investissement public fait lors de leur formation (de l'enseignement primaire au supérieur) devient de facto, une subvention faite à l'industrie de santé du pays qui les reçoit. Par ailleurs, cette migration représente une perte importante en capital social, vu le haut niveau d'éducation de ces professionnels par rapport à la société. D'autre part, attendu l'inévitable déséquilibre de la densité médicale engendré par cette migration, elle affecterait aussi et sans aucun doute, l'accessibilité et la qualité des soins de santé. Elle affecterait aussi les coûts provoqués par la substitution d'un personnel moins qualifié pour combler les postes vacants.

Quant aux causes déterminant cette migration des professionnels de la santé, surtout des médecins, elles peuvent être de plusieurs ordres, notamment d'ordre économique, social, politique, professionnel voire même personnel. De plus et à notre connaissance, d'après les quelques études à avoir exploré les facteurs déterminants la migration des médecins québécois, vers les provinces ou vers les États-Unis (Leduc, Bilodeau, Contandriopoulos et coll., 2001 ; McKendry et coll. ; Wells, Dale et coll., 1996), ce sont surtout les facteurs professionnels qui sont les plus incriminés dans ce genre de migration.

Compte tenu des besoins actuels et futurs du Canada, la relève en médecine suscite de plus en plus de préoccupations. L'augmentation du nombre de départs est attribuée notamment à la retraite des membres de la génération du baby-boom et à la migration continue des médecins canadiens, surtout vers les États-Unis (Barer et Webber, 2000).

De plus, la migration internationale retient souvent l'attention des médias, alors que l'importance de la migration à l'intérieur du Canada n'est pas bien comprise, et elle

est potentiellement importante pour les activités de gestion des ressources humaines en santé. Effectivement, le fait de comprendre les caractéristiques de cette migration constitue la première étape pour influencer les facteurs qui amènent vers celle-ci.

Tous les intervenants dans le système de santé ont besoin d'une information avérée sur le personnel de la santé afin d'améliorer la planification à court, moyen et long terme. Ceci, combiné avec de meilleures données quant aux besoins de santé changeant de la population, leur permettra d'obtenir une meilleure synthèse quant aux stratégies et politiques disponibles, avec comme objectif une planification des ressources en santé qui s'avérera viable et durable.

En effet, dans cette étude qualitative, nous avons choisi d'examiner plus en profondeur ces facteurs professionnels entrant en jeu lors de la migration des médecins québécois, vers une autre province ou vers les États-Unis.

Notre démarche vise à mieux percevoir ces facteurs autrement que juste les inventorier ou les classer par ordre de fréquence. Et de ce fait, nous contribuerons à élargir et améliorer les connaissances de la nature, de l'ampleur et de l'incidence économique, de l'exode des médecins. Notre contribution soutiendra les élaborateurs des politiques de santé ainsi que les gestionnaires, au Québec comme au Canada mais aussi à l'international, à mieux appréhender le problème de gestion et planification des ressources humaines de la santé, particulièrement celui des médecins, pour des effectifs mieux intégrés, plus stables et qui répondent à la fois, aux besoins du système et aux attentes des médecins et aux nécessités des patients.

## II. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans un souci de compréhension et de mise en contexte de la migration de la main-d'œuvre médicale québécoise, il nous appert pertinent de situer l'ampleur inhérente à ce phénomène à l'échelle internationale puis canadienne. Il nous semble aussi opportun de souligner l'importance des différents indicateurs et méthodes de mesure des effectifs médicaux, à l'international et au Canada, de même que les principales banques de données canadiennes sur la main-d'œuvre médicale et leurs particularités. De plus, nous consacrons une section de chapitre à certaines définitions et spécificités, essentielles à la bonne compréhension et interprétation, relatives aux effectifs de la main-d'œuvre médicale, mais aussi relatives à sa dynamique de migration. Et finalement, nous étayons les différents déterminants de la migration de la main-d'œuvre médicale au niveau international, interprovincial et québécois.

### A. Migration de la main-d'œuvre médicale

Nous abordons dans ce chapitre la migration de la main-d'œuvre médicale à l'échelle internationale, puis nous étudions plus précisément la situation au Canada puis spécifiquement celle du Québec.

#### A- a : Migration internationale de la main-d'œuvre médicale

À l'instar de la mobilité des effectifs dans tous les secteurs, la mobilité des effectifs médicaux est un mécanisme important d'adaptation au marché du travail. Le secteur de la santé représente une part importante de cette mobilité. En effet, la migration internationale des professionnels de la santé est devenue une sérieuse réalité de la mondialisation du marché du travail. L'impact de celle-ci est très complexe pour les pays impliqués et pour leurs systèmes de santé (OMS, 2003 ; Mutizwa-Mangiza, 1998; Stilwell et al., 2003).

Au demeurant, cette migration soulève des appréhensions depuis quelques années et les craintes se sont nettement aggravées subséquemment, reflétant particulièrement les pénuries de personnel et de compétence dans le domaine de la santé de nombreux pays. De ce fait, tandis que les pays «hôtes», industrialisés, souffrant du cruel problème de manque de personnel de la santé, recrutent activement à l'étranger, l'immigration de la main-d'œuvre qualifiée des pays "donneurs", très souvent en voie de développement, mine le fonctionnement de leur système de santé et de leur économie.

L'étude de Mejía et Pizurki (1976), traitant de la migration des médecins et des infirmier(e)s vers la fin des années 70, demeure à notre connaissance et à date, une des premières analyses détaillées des flux migratoires internationaux de la main-d'œuvre de la santé. Ces auteurs abordent les données de plus de 40 pays. Dans leur rapport, l'équipe a avisé l'OMS et les pays concernés de la gravité de la situation et du risque de dérapage et d'abus, qui risquent inévitablement d'arriver. Ils ont lancé un appel pour une approche plus bilatérale et mutuellement profitable, tant aux pays recruteurs qu'aux pays donneurs.

Dans une étude faite en 1998 dans sept pays africains, (Dovlo, 1999) montre que la pénurie de professionnels de la santé se reflète dans le nombre de postes vacants. Par exemple au Ghana, les taux de postes inoccupés dans les services de santé s'aggravent de plus en plus, passant de 43% de vacance en 1998 à 47% en 2002 (Akosah, 2002). Le Malawi marque un niveau de plus de 50% de postes vacants pour ses infirmier(e)s. L'auteur rapporte que de tels niveaux de postes inoccupés et par conséquence de pénurie d'effectifs, mènent inévitablement à la non satisfaction de plusieurs besoins vitaux en soin de santé des populations de ces pays (Dovlo, 1999).

Plus récemment encore et selon le même auteur (Dolvo, 2003), les raisons de la fuite des cerveaux révèlent un certain nombre de facteurs, que le chercheur qualifie de facteurs de «départ» et facteurs d'«attrait». Les facteurs de «départ» sont ceux qui se manifestent dans le pays d'origine, et qui motivent les professionnels à partir. Par contre, les facteurs d'«attrait» sont les actions délibérées et/ou involontaires qui

attirent les professionnels de santé, et qui découlent des actes et politiques du pays de destination. Dans une autre étude encore plus récente, Dovlo et Martineau (2004) montrent que ces facteurs peuvent aussi être qualifiés de facteurs de «répulsion» ou «push factors» et de facteurs d'«attraction» ou «pull factors». Comme exemples de facteurs de «départ» ou de «répulsion» du pays d'origine, il y a la faible rémunération, les mauvaises conditions et la faible satisfaction procurées par le travail, les problèmes politiques et ethniques ainsi que les dissensions civiles et la précarité de la sécurité générale dans le pays concerné (Dovlo, 2002). Aussi, la mauvaise gouvernance (ou ce qui est perçu comme tel) est un problème important pour pousser les professionnels à migrer. Également, le manque de technologie et d'équipement pour accomplir les tâches professionnelles pour lesquelles le personnel est formé va réduire la satisfaction que procure le travail. Relativement aux facteurs d'«attraction» du pays de destination, ils interviennent, par exemple, en raison de la demande accrue de professionnels de santé dans les pays développés, les populations vieillissantes qui nécessitent de plus en plus de soins. L'utilisation d'une langue commune telle que l'Anglais et les similarités dans les systèmes professionnels, sont aussi des facteurs d'«attrait» dans la migration internationale des professionnels de la santé (Dovlo, 2003).

Pour certains auteurs, il existe un véritable carrousel de la migration médicale autour duquel les médecins migrent. Ainsi pour Mullan (2005), les médecins font une rotation entre les quatre principaux pays anglophones, à savoir, le Canada, le Royaume Uni, les États-Unis et l'Australie. Bundred et Levitt (2000) quant à eux, pensent que les médecins de certains pays, pour la plupart en voie de développement, migrent vers les pays offrant les meilleurs niveaux de formation, des salaires et conditions de travail plus attrayants et une qualité de vie supérieure. Ainsi par exemple, les médecins de Tanzanie, Kenya ou Nigeria, migrent vers l'Afrique du Sud. Les médecins de l'Afrique du Sud migrent vers le Royaume Uni. Les médecins britanniques migrent vers le Canada et les États-Unis. Et les médecins canadiens migrent vers les États-Unis, produisant un véritable carrousel de migration autour du globe.

En 2003, Stephen Bach dans un document ayant trait à la migration internationale des travailleurs de la santé, indiquait que le Royaume Uni est depuis longtemps l'un des principaux pays de destination des médecins et du personnel infirmier. En 2002, plus de la moitié de ses médecins agréés avaient été formés dans d'autres pays. Il déplore aussi le cas de l'Afrique décimée par les ravages du VIH/SIDA et dont l'exode de ses travailleurs de la santé n'a eu pour effets que d'accroître l'ampleur du désastre. En Afrique du Sud, beaucoup de médecins sont recrutés activement par le Canada et depuis 1991, le nombre de départs du personnel infirmier a été multiplié par huit. Pour Bach, la solution repose sur des ententes de gouvernement à gouvernement et il recommande que les recrutements obéissent à des règles éthiques offrant des avantages mutuels aux pays concernés.

En 2004, de son Bureau régional de l'Afrique, l'Organisation Mondiale de la Santé, a procédé à des recherches importantes dans six pays africains pour expliciter les raisons de la migration des personnels de santé, tant aux niveaux internes qu'internationaux (Awases, Nyoni, Gbary et al., 2004). La principale raison était que les salaires sont insuffisants et la migration constituait une perspective d'amélioration de ceux-ci. Les incitations non financières sont aussi des sources de motivation importantes pour les personnels de santé. Ces incitations comprennent, par exemple, des possibilités de formation, des congés pour études et le travail en équipe. Récemment, selon un des rapports de l'OMS (2006), au cours de la dernière décennie, la migration du personnel de santé qualifié s'est complexifiée, s'est généralisée et est devenue plus préoccupante pour les pays, qui perdent des agents de santé indispensables. Ce rapport ajoute même que certains pays souffrent des conséquences de cette migration de façon tout à fait disproportionnée. En effet, lorsqu'un grand nombre de médecins et d'infirmier(e)s émigrent, les pays qui ont financé leur éducation subventionnent, en général contre leur gré, les pays plus riches qui reçoivent ces professionnels de la santé. Alors, si un pays a un système de santé fragile, la perte d'une partie de ce personnel formé constitue une charge additionnelle. L'impact est dramatique dans les zones rurales et mal desservies où l'émigration des personnels de santé est souvent la plus forte.

Bourassa-Forcier, Simoens et Giuffrida (2004) considèrent que les pays de l'OCDE perçoivent de plus en plus les médecins immigrants comme une manière de maintenir à niveau leurs effectifs médicaux. Ils recommandent, qu'à long terme, ces pays devraient prévoir des politiques plus adéquates en matière de formation et d'éducation, ce qui les soutiendrait à pallier à leurs pénuries. Les auteurs recommandent aussi à ces pays de ne pas se fier uniquement à la migration des médecins étrangers pour remédier à leurs besoins futurs. Certains pays de l'OCDE ont d'ailleurs entériné des accords internationaux afin de régler cette migration.

Donc, nous pouvons alléguer que la migration internationale des médecins est préoccupante et est d'actualité. Les mouvements de cette migration s'effectuent, électivement des pays donneurs, généralement en voie de développement, vers les pays riches, recruteurs. Cependant, les pays donneurs ayant pris en charge les frais de formation de ces médecins, ne reçoivent en contre partie, aucune compensation quand ceux-ci migrent. Par contre, le pays qui recrute gagne ainsi une main-d'œuvre précieuse, une compétence, ainsi qu'une économie de formation. En bref, le flot de migration du personnel sanitaire des pays en voie de développement vers les pays développés est susceptible de se poursuivre ou même de s'accroître, à moins que par exemple, selon certains auteurs (McDonald et Kippen, 2001), il n'y ait un engagement des pays destinataires pour former du personnel sanitaire suffisant pour satisfaire leurs propres besoins au lieu de recruter dans d'autres pays.

Les raisons de migration de ces médecins sont regroupées en deux types de facteurs, soit les facteurs d'«attraction» ou «pull factors» et les facteurs de «répulsion» ou «push factors». Ces facteurs peuvent être en relation, entre autres, avec des raisons économiques telles que l'augmentation des revenus, des facteurs professionnels telles la recherche de meilleures perspectives d'avenir, échapper à de mauvaises conditions de travail ou des raisons politiques telles les guerres.

A- b : Migration de la main-d'œuvre médicale canadienne

Au Canada, la part du lion des dépenses publiques est assignée à l'éducation, les services sociaux et la santé. Ces dépenses sont nécessaires pour permettre aux citoyens d'être productifs, instruits et en bonne santé (Treff et Perry, 1999). De ce fait, chaque diplômé canadien est fortement subventionné par les deniers publics ou les recettes fiscales. Quand ces diplômés, surtout les diplômés de haut niveau, migrent vers d'autres pays, ils créent indubitablement un déséquilibre significatif dans les comptes publics canadiens (Iqbal, 2000). L'étude préparée par Don DeVoretz et Samuel Laryea (1998) sur l'exode des compétences affirme que ce phénomène bien réel coûte des millions de dollars aux contribuables canadiens. Si l'on examine le flux migratoire des professionnels et des chefs d'entreprise entre le Canada et les États-Unis, on constate qu'il y a eu une hausse considérable du taux d'émigration de ces spécialistes vers les États-Unis depuis le début des années 80. Le coût de cet exode des compétences, disent les auteurs, est considérable. En se fondant sur la valeur totale de la formation professionnelle de ces émigrants, ils évaluent à près de 7 milliards de dollars le coût net de l'exode des professionnels canadiens aux États-Unis entre 1982 et 1996, et quelques évaluations suggèrent que par exemple, cela coûterait plus de \$200.000,00 pour remplacer un professionnel canadien de haut niveau, par un professionnel étranger nouvellement arrivé.

Tandis que pour Skinner (2002) et par rapport à la main d'œuvre de la santé, la valeur totale des services perdus à cause de la migration de ces compétences médicales canadiennes, de 1990 à 2001, est de près de 835 millions de dollars.

a) Migration internationale des médecins canadiens

En ce qui concerne la migration internationale des médecins canadiens, les tendances sont demeurées à peu près les mêmes entre 1996 et 2000. En effet, en 2000, 420 médecins contre 584 en 1999 ont quitté pour l'étranger, ce qui représente une baisse de 28,1 %. De plus, en 2000, 256 médecins contre 340 en 1999 sont revenus de

l'étranger, soit une baisse de 24,7 %. Depuis 1996, le nombre de médecins qui sont partis pour l'étranger équivaut à environ 0,7 % du nombre total de médecins tandis que le nombre de médecins qui sont revenus de l'étranger représentait entre 0,4 % de la population de médecins. En 2000, le nombre de médecins qui ont quitté pour l'étranger dépasse le nombre de médecins qui sont revenus de l'étranger (420 en direction de l'étranger contre 256 de retour de l'étranger). À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nunavut qui n'ont enregistré aucun déplacement des médecins que ce soit pour partir ou revenir de l'étranger, le nombre de médecins en partance pour l'étranger est supérieur au nombre de médecins de retour au Canada. (ICIS, 2001-a). De plus, au cours des années 90, ces départs nets ont augmenté chez les médecins en formation postdoctorale qui ne pratiquent jamais au Canada (Chan 2002).

Le nombre de médecins qui quittent le pays varie aussi selon les spécialités et l'étape de la carrière. Parmi ces médecins, on compte proportionnellement plus de spécialistes que de médecins de famille sauf en 1995 et 1996. En 2002, les spécialistes étaient deux fois plus nombreux que les médecins de famille à quitter le Canada (ICIS, 1999-2003). Il y aurait aussi une corrélation entre l'étape de la carrière et la probabilité que le médecin canadien migre. Par exemple, les médecins qui pratiquent depuis longtemps et donc qui sont bien établis dans leur profession et leurs environnements, sont moins susceptibles de quitter le Canada que les jeunes médecins fraîchement diplômés (Watanabe, 2002).

En 2000, selon l'ICIS (2001-a), 70,1 % (297) d'hommes médecins contre 28,6 % (120) de femmes médecins ont quitté le Canada pour l'étranger. Pour cette année-là, 60,7 % (255) des médecins qui sont partis pour l'étranger étaient des spécialistes, et 39,3 % (165), des médecins de famille. Environ 41,2 % (173) des médecins en partance pour l'étranger ont obtenu leur doctorat en médecine il y a moins de 10 ans, 35,7 % (150) il y a entre 11 et 20 ans, et les autres, il y a plus de 20 ans. Trois quarts (314) des médecins qui ont quitté le Canada pour l'étranger ont fait leurs études dans

une école de médecine canadienne tandis que le quart restant (101) ont fait leurs études de médecine à l'étranger. L'âge moyen des médecins qui se sont déplacés vers l'étranger était de près de 40 ans, tant médecins de famille que spécialistes.

Les caractéristiques (sexe, catégorie de médecins, années depuis l'obtention du doctorat en médecine) des 256 médecins de retour au Canada en 2000 sont sensiblement les mêmes que celles des médecins en direction de l'étranger. Environ 71 % (181) d'entre eux étaient des hommes, et 29 % (75), des femmes.

Plus récemment encore, entre 2000 et 2004, selon l'ICIS (2005-a) le nombre total de médecins au Canada est passé de 57 803 à 60 612. Cette hausse est attribuée principalement à une augmentation du nombre de médecins de famille. Alors que le nombre de spécialistes a augmenté de 2,2 % durant la période de cinq ans, le nombre de médecins de famille s'est accrue de 7,5 %.

Le ratio de médecins de famille par rapport aux spécialistes est passé de 50/50 en 2000 à 52/48 en 2004. Au cours des cinq dernières années, la croissance du nombre total de médecins a suivi la croissance de la population. Durant la même période, le nombre de médecins de famille par 100 000 habitants est passé de 94 à 98 et le nombre de spécialistes par 100 000 habitants a diminué, de 93 à 91.

Bien que la majorité des médecins au Canada soient des hommes, les femmes constituent une proportion croissante de la main-d'oeuvre médicale. Le nombre d'hommes médecins est passé de 40 841 en 2000 à 41 071 en 2004, une hausse de 0,6 %. Durant la même période, le nombre de femmes médecins a augmenté de 16 945 en 2000 à 19 365 en 2004, soit une hausse de 14,3 %. Ce phénomène a eu pour effet de diminuer le ratio des hommes médecins par rapport aux femmes médecins de 71/29 à 68/32 de 2000 à 2004. Il y a eu aussi une diminution dans le nombre de médecins de moins de 40 ans et une hausse dans le groupe d'âge de 50 à 59 ans. De plus, le nombre de médecins de 60 ans et plus a continué d'augmenter.

De 2001 à 2003, l'écart entre le nombre de médecins qui ont déménagé à l'étranger et le nombre de médecins qui sont de retour au pays a diminué. En revanche, dans les

cinq dernières années, 2004 est la seule année où le nombre de médecins de retour de l'étranger dépassait le nombre de médecins qui ont déménagé à l'étranger, au niveau du Canada où ce gain migratoire fut de 55 médecins, mais aussi au niveau du Québec, où le gain fut de 39 médecins.

Quant au nombre de médecins migrants (émigrants et immigrants), nous retrouvons qu'un nombre croissant de médecins de famille diplômés à l'étranger a joint la main-d'oeuvre canadienne des médecins durant les cinq dernières années (une hausse de 11,9 %). Par contre, au cours de la même période, le nombre de spécialistes diplômés à l'étranger a diminué (une baisse de 9,4 %). La croissance du nombre de médecins diplômés au pays a été presque semblable pour les médecins de famille et pour les spécialistes (5,1 % et 5,9 % respectivement) (ICIS, 2005-a).

Dans cette même veine, ne négligeons pas d'insister sur le fait que le Canada lui aussi, à l'instar des autres pays occidentaux tels l'Australie et surtout le Royaume Uni, importe très activement des médecins d'autres pays, soulevant même un tollé le priant d'arrêter cette pratique (Sullivan, 1999; Ehman et Sullivan, 2001; Spurgeon, 2001; Mullan, 2005; Katikireddi, 2005). Par exemple, en 1999, non seulement le Canada avait près de 1338 médecins diplômés des écoles sud-africaines, mais il essayait activement d'en recruter plus (Mullan, 2005; Sullivan, 1999; Ehman & Sullivan, 2001; Spurgeon, 2001; Katikireddi, 2005). De plus, environ vingt cinq pour cent des médecins y pratiquant ont reçu leur formation en dehors du Canada. La principale source de ces diplômés internationaux canadiens est le Royaume Uni. Mais récemment, l'Afrique du Sud et l'Inde sont devenus les principaux fournisseurs canadiens en médecins, avec l'Inde comme source notable de spécialistes et l'Afrique du Sud, de médecins de famille (dont plusieurs sont recrutés dans les zones rurales), (Barer et Webber, 1999).

#### *b) Migration des médecins canadiens vers les États-Unis*

Bien qu'au Canada il y ait une grande polémique au sujet de l'ampleur réelle de l'exode de ses médecins vers les États-Unis (Evans, 1998; Ryten, Thurber & Buske,

1998), un accord absolu est établi que ces médecins font partie du bassin des ressources humaines canadiennes, les plus qualifiées (Schwanen, 2000). Ainsi, par exemple pour la promotion de 1995, environ 44 pour cent des diplômés ayant migré aux États-Unis disaient être arrivés parmi les premiers 10 % de leur promotion dans leur champ d'études. En outre, ils étaient plus susceptibles que leurs homologues restés au Canada de recevoir des bourses d'études ou d'autres types de prix (Frank & Bélair, 2000).

D'après Chan (2002), le pays est un exportateur net de médecins aux États-Unis et il y aurait actuellement quelques 8000 diplômés de facultés de médecine canadiennes qui pratiquent aux États-Unis, dont un peu plus de 2400 gardent leur licence au Canada. Quant à l'American Medical Association (AMA), elle estime à 9800 les diplômés des facultés de médecine canadienne qui sont actuellement (en 2001) actifs aux États-Unis (employés, suivant ou donnant une formation). Quant à l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS), il mentionne que les destinations les plus populaires des médecins canadiens migrant vers nos voisins du Sud sont la Californie, New York, et le Texas (ICIS 2001-b).

Le départ de ces médecins affecterait négativement la productivité, la croissance économique du pays et finalement le niveau de vie des autres Canadiens. Il conduirait aussi, entre autres effets, à une érosion des revenus du gouvernement alors que ceux-ci sont essentiels pour financer les programmes sociaux canadiens.

Le Robert Graham Center (2003), centre américain d'étude sur les politiques de santé familiale et de soins primaires, rapporte lors d'une étude qu'environ un médecin formé au Canada sur dix déménage et reste aux États-Unis. Selon lui, les États-Unis restent les bénéficiaires majeurs du système d'éducation médical canadien et de la migration des médecins canadiens. Au moment de cette étude, 10 568 médecins canadiens habitaient aux États-Unis. Ceci est près de la moitié des 19 056 qui y ont eu leur formation ou y ont déjà pratiqué, ce qui représentent selon cette étude 173 médecins canadiens qui émigrent et vont s'installer chaque année aux États-Unis.

Cependant, ce chiffre de 173 nous semble beaucoup trop bas, compte tenu des 10 568 médecins habitant aux États-Unis. Si cette migration a eu lieu sur 10 à 15 ans, on devrait avoir de 500 à 1000 médecins canadiens migrants chaque année. Ce chiffre plus élevé de migration, nous semble aussi plus vraisemblable vu qu'il y a environ 500 médecins à chaque année qui entreprennent des études post-doctorales aux États-Unis. Une autre hypothèse pour expliquer le chiffre de 173 pourrait être qu'une partie de ces 10568 médecins continueraient de maintenir leur statut professionnel et personnel intact au Canada pour des raisons de flexibilité, de possibilité de retour ou pour des raisons fiscales, alors qu'ils seraient installés aux États-Unis.

Donc, d'après la multitude de ces résultats approximatifs voire contradictoires, nous percevons l'importance de la crédibilité et de l'uniformité des bases de données, sur lesquelles les chercheurs s'appuient pour étayer leurs recherches.

#### *c) Migration interprovinciale des médecins canadiens*

Au Canada, nous pouvons prétendre que grâce à la migration interprovinciale, les médecins peuvent choisir les éventualités d'emploi qui correspondent le plus à leurs objectifs de carrière et qui satisfont au mieux leurs besoins personnels et familiaux. Cependant, la migration de ces médecins d'un bout du pays à l'autre peut contribuer à des pertes ou à des gains nets de médecins dans une province ou un territoire donné.

Selon ICIS (2001-a), la migration interprovinciale est passée de 988 en 1996 à 1139 en 1998, soit un accroissement de près de 7,3 % par année. Cependant, le nombre des médecins qui se sont déplacés entre les provinces a diminué de 7,0 % en passant de 1087 en 1999 à 1011 en 2000. Les 1011 médecins qui ont élu domicile dans une autre province en 2000 se répartissent comme suit : 37,4 % (378) étaient des spécialistes, 37,2 % (376) des médecins de famille et 25,7% (257) des résidents. L'âge moyen de tous ces médecins était de près de 38 ans. Sont compris les résidents avec un âge de près de 32 ans, les médecins de famille près de 38 ans et les spécialistes près de 39 ans. La majorité des médecins ayant migré vers une autre province en 2000 étaient des hommes qui ont obtenu leur doctorat en médecine d'une école de médecine

canadienne il y a au maximum dix ans. En 2000, 63,7 % (644) des médecins qui se sont déplacés entre les provinces étaient des hommes et 36,2 % (366), des femmes. Environ 74,8 % (756) d'entre eux ont obtenu leur doctorat d'une université canadienne comparativement à 24,9 % (252) qui l'ont obtenu d'une université étrangère ou aux États-Unis. De plus, 59,6 % des médecins qui ont changé de province ont obtenu leur doctorat il y a dix ans ou moins.

Selon ICIS (2006), de 2001 à 2005, le nombre de médecins ayant élu domicile dans une autre province ou un autre territoire a accusé une baisse de 30,6 %. Par conséquent, un nombre accru de médecins a continué d'exercer dans la même province d'année en année vers la fin de la même période. De plus, on peut observer une tendance intéressante lorsqu'on compare la proportion de médecins de famille par rapport aux médecins spécialistes qui quittent une province ou un territoire pour s'établir ailleurs au Canada. En 2001, le ratio de médecins de famille par rapport aux spécialistes s'établissant dans une autre province ou un autre territoire était de 46/54. En 2005, les médecins de famille s'établissaient ailleurs au Canada en plus grand nombre que les spécialistes, avec un ratio de 59/41.

Quant au Québec, il a enregistré en 2005 des nombres totaux de médecins, de médecins de famille et de spécialistes par 100 000 habitants supérieurs aux taux nationaux, soit respectivement 215 contre 190, 109 contre 98 et 106 contre 92.

La province a également vu son nombre total de médecins croître de 3,1 %. De 2001 à 2005, le nombre de médecins de famille de sexe féminin a augmenté de 13,7 %, alors que le nombre d'hommes de la même profession a diminué de 0,3 %. Le nombre de femmes spécialistes a crû de 11,9 %, alors que le nombre d'hommes a baissé de 3,7 %, d'où de plus en plus une féminisation de la profession.

De plus, en comparant le Québec à la moyenne nationale, celui-ci compte une plus grande proportion de médecins de famille et de spécialistes de sexe féminin, soit respectivement 43,6 % de femmes médecins de famille au Québec contre 37,3 % au Canada et 30,4 % de femmes spécialistes au Québec contre 27,6 % au Canada.

Aussi, toutes proportions gardées, le Québec compte moins de médecins diplômés à l'étranger que l'ensemble du Canada. En 2005, 10,9 % des médecins québécois avaient été formés à l'étranger, contre 22,4 % de tous les médecins au Canada.

Par ailleurs, selon une étude récente du Centre syndical et patronal du Canada (2005), et malgré ces chiffres et les déductions qu'ils impliquent, pour bien saisir le concept de migration interprovinciale il faut l'examiner à partir de deux perspectives. Ces deux perspectives sont : le *taux de migration*, c'est-à-dire le nombre de médecins qui déménagent qui sert de ratio au nombre total de médecins dans cette province ou ce territoire, et le *nombre réel de médecins qui ont déménagé* dans une province ou un territoire. Par exemple, les 58 médecins (migration nette) qui ont migré à l'extérieur de Terre Neuve et Labrador en 2002 représentent plus de 6 % des effectifs de cette province tandis que les 44 médecins qui ont migré à l'extérieur de l'Ontario constituent une légère perte de 0,2 %. De la même façon, les fluctuations de migration inférieures à 10 médecins peuvent représenter jusqu'à 57 % des effectifs dans les Territoires.

Ces tendances renvoient à une situation qui pose un problème constant au Canada, à savoir l'inadéquante répartition géographique des médecins, mise en évidence entre autres, par les ratios médecin/habitants des provinces et des territoires, mais aussi et surtout par les disparités géographiques des médecins. Cette mauvaise répartition justifie une coordination provinciale et territoriale accrue parce que la mobilité des effectifs médicaux entrave les efforts de planification de la main-d'œuvre médicale (Kazanjian et al., 2000).

Nous traiterons plus loin, au chapitre Définitions et Particularités, quelques précisions et explications qui nous semblent pertinentes sur les spécificités des ratios, densités, disparités géographiques et déséquilibre des effectifs, et qui sont essentielles à la bonne compréhension et interprétation relatives aux effectifs de la main-d'œuvre médicale et au phénomène de migration.

Mais cependant, devant tous ces chiffres reflétant les effectifs de la main-d'oeuvre de la santé et leur migration, nous devons mettre en exergue l'importance de la méthode des mesures et de collecte des données, attendu que cela représente un point crucial et litigieux lors de l'interprétation de ces données-là. Pour cela, nous nous proposons de traiter dans la section suivante, «Indicateurs potentiels », les différents indicateurs et méthodes de mesure des effectifs médicaux, à l'international mais aussi et surtout au Canada, ainsi que les principales sources de données canadiennes sur la main-d'œuvre médicale. Subséquemment, nous consacrerons également un chapitre aux indicateurs et banques de données, les plus utilisés à notre connaissance, de l'immigration canado- états-unienne, pour mieux renseigner sur les échanges entre ces deux pays limitrophes.

## **B. Indicateurs potentiels**

Pour étudier le phénomène migratoire de la main-d'œuvre médicale, il nous semble pertinent de donner des précisions quant aux méthodes de mesure de cette migration mais aussi aux méthodes de mesure des effectifs médicaux. Ceci nous semble essentiel car pour analyser le phénomène de migration, son existence et ses éventuels impacts (déséquilibre d'effectifs), nous devrions avant tout nous assurer de la validité et de l'uniformité de nos bases de données ainsi que des méthodes de collecte des dites données. Toute divergence ou non homogénéité introduirait des biais et donnerait inévitablement des statistiques contestables et non significatives et donc des analyses et interprétations erronées.

### **B-a : Indicateurs potentiels et bases de données des effectifs**

Les planificateurs et les responsables de l'élaboration des politiques de santé doivent disposer d'une information homogène, fiable et en temps opportun afin d'assurer la présence continue d'un nombre adéquat de dispensateurs qui offrent des services

appropriés à tous les citoyens. Donc, pour planifier adéquatement leurs ressources humaines de la santé, des données de bonne qualité, comparables et exhaustives, sont prioritaires pour ces intervenants.

*i. à l'international*

Divers indicateurs ont été employés, à l'international, pour évaluer et mesurer les déséquilibres des effectifs médicaux (pénuries vs excédents, déséquilibre quantitatif vs qualitatif, etc), (Zurn, Dal Poz, Stilwell & al., 2002).

Ces indicateurs peuvent aussi être employés pour évaluer les déséquilibres des effectifs dans d'autres domaines que celui de la santé, par exemple dans l'éducation, l'information ou bien la télécommunication (NOIE, 1998; Hare, Nathan et Darland, 2000; Salzman, 2000).

Ces indicateurs sont classés en quatre catégories principales, soit :

1. Indicateurs d'emploi : congés, croissance de la main-d'oeuvre, taux de chômage.
2. Indicateurs d'activité : par exemple : les taux d'heures supplémentaires, les équivalents temps plein (ETP).
3. Indicateurs monétaires : taux de salaire réel, taux de rendement.
4. Indicateurs basés sur la population normative : ratio médecins /population, ratio infirmier(e)s / population, etc...

Cette liste n'est pas exhaustive. En effet, d'autres indicateurs moins communs existent, par exemple: l'utilisation du personnel soignant provisoire par des agences d'infirmier(e)s, le nombre de requérants acceptables par offre d'emploi annoncée, un temps d'attente plus élevé, etc.

Ces différents indicateurs ont des avantages et des inconvénients et l'utilisation d'un indicateur unique est insuffisante pour rendre compte de la complexité de l'évaluation du déséquilibre des effectifs. En effet, un éventail d'indicateurs serait plus pertinent et permettrait des mesures plus précises des déséquilibres. Il permettrait aussi de différencier entre indicateurs d'effectifs à court terme et ceux à long terme (Zurn & al., 2002).

Diallo et al. (2003) renchérissent que pour faciliter la collecte de données, leurs analyses et l'établissement de comparaisons à l'échelle internationale, il faut se servir d'un nombre limité d'indicateurs essentiels et préétablis qui sont comparables et mesurables à partir de données uniformisées. Ils ajoutent, qu'il est difficile de comparer et de mesurer les conséquences de la migration sur les pays sources vu le manque général de données fiables et comparables provenant de ces pays. De plus, toujours selon ces chercheurs, les évaluations internationales du personnel de la santé sont moins répandues que les évaluations des dépenses liées aux soins de santé. Que pour tenir compte de la complexité croissante des questions liées aux ressources humaines en santé, il doit exister plus d'une source de données. Or, dans bien des pays, il n'y a aucune façon de vérifier, qui parmi le personnel des services de santé occupe un emploi, ou et à quel moment ces personnes quittent la profession, migrent ou prennent leur retraite. En fait, il n'y a aucun contrôle précis des déplacements du personnel de la santé, ni aucun suivi précis de l'emploi et de la migration (Diallo et coll., 2003).

Dans cette même veine, d'après l'OCDE (2000-a), il y a à l'international un manque de collecte régulière de données. Cette absence de collecte implique une absence de données complètes et fiables sur les flux migratoires, et ces lacunes rendent difficile, voire impossible, l'établissement d'une comparaison à l'échelle internationale et ces lacunes expliquent aussi, en partie, les limites de la littérature. De plus, les pays ont tendance à documenter de façon plus précise l'immigration que l'émigration; en fait, des données sur l'émigration sont rarement colligées. Par ailleurs, les accords commerciaux qui autorisent la libre circulation entre les pays rendent impossible le contrôle des déplacements de part et d'autre des frontières (OCDE, 2000-a).

Au total, selon plusieurs organismes et chercheurs, (Diallo et al., 2003; OCDE, 2000-a; Dobson, 2003; Martineau, Decker et Bundred, 2002), l'information sur la migration internationale des professionnels de la santé n'est pas comparable, entre autre vu l'absence d'uniformité et même d'enregistrement systématique du personnel

médical ainsi que de ses activités, et cela dans bien des pays. Et donc, il y a peu de chances que les chercheurs et les responsables puissent établir de justes comparaisons à l'échelle internationale pour ce qui est des ressources humaines dans le secteur de la santé.

*ii. au Canada*

En ce qui a trait aux effectifs médicaux au Canada, les sources de données considérées comme les plus pertinentes et les plus faciles d'accès, sont : la Base de données médicales Scott's (BDMS) auparavant appelée Base de données médicales Southam, et la Base de données nationale sur les médecins (BDNM), toutes deux tenues par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Aussi, l'enquête Janus mise sur pied par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC, 2002), le fichier principal de l'Association médicale canadienne (AMC) et enfin, le Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique (SISPFIC). Chacune de ces bases de données a ses caractéristiques, ses forces et ses faiblesses et porte sur des aspects particuliers des effectifs médicaux (Centre syndical et patronal du Canada, 2003; Centre syndical et patronal du Canada, 2005).

L'ICIS, qui maintient les bases de données sur les médecins, BDMS et BDNM, est un organisme autonome et sans but lucratif qui fournit des données et des analyses sur le système de santé au Canada. Les organismes gouvernementaux, les hôpitaux, les régies de la santé et les associations professionnelles utilisent les données de l'ICIS pour évaluer l'efficacité des différents secteurs du système de santé et dresser les plans pour l'avenir:

L'ICIS maintient d'autres bases de données sur les ressources humaines de la santé, telles les infirmier(e)s, les chiropraticiens, les dentistes, les diététistes, etc.

Quant à la Base de données médicales Scott's, depuis les années 1970, elle est utilisée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des groupes d'intervenants médicaux et divers organismes et chercheurs du secteur privé à titre de source d'information sur le nombre, la répartition et la migration des médecins. Les

renseignements y figurant proviennent des organismes de réglementation des provinces ainsi que des programmes d'études postdoctorales. La BDMS est utile pour la planification des ressources médicales, car elle comprend presque tous les médecins au Canada. Elle met à jour annuellement ses informations, et elle utilise le dénombrement de tous les médecins, qui exercent des activités cliniques et non cliniques, telles que la recherche, l'enseignement et l'administration.

Au cours de la dernière décennie, les percées technologiques ont permis d'accélérer le temps de réponse dans l'élaboration des rapports et d'améliorer l'exactitude des données. Il faut noter qu'au moment d'utiliser ces données pour la planification en ressources de médecins, il existe des avantages et des inconvénients en ce qui a trait au recours à la BDMS. Les données présentent l'information sur le nombre et la migration des médecins au Canada, mais elles devraient également être utilisées avec d'autres bases de données sur les médecins qui indiquent et définissent la charge de travail des médecins, comme la BDNM de l'ICIS. Les effectifs obtenus à partir de la BDMS varieront des autres systèmes provinciaux, territoriaux et nationaux existants. Il est à noter aussi d'autres limites telles le délai dans la déclaration des changements à l'enregistrement du médecin, le signalement des départs des médecins vers l'étranger, les données sur les résidents et l'utilisation des désignations des spécialités. Ces limites ont des répercussions sur l'exactitude des données qui figurent dans la BDMS.

Les points forts de la BDMS reposent sur sa nature historique, ce qui permet une analyse des tendances temporelles, et il s'agit du seul système national qui surveille la migration internationale et entre les secteurs de compétence (ICIS, 2005-a).

En ce qui concerne la Base de données nationale sur les médecins (BDNM), elle contient des renseignements démographiques, de l'information sur la formation et la pratique des médecins canadiens rémunérés à l'acte ainsi que des données sur l'utilisation des services. Elle utilise le dénombrement des médecins rémunérés à l'acte, la spécialité fondée sur la certification, et l'équivalent temps plein (ETP), façon courante de compter le nombre d'employés, fondés sur la facturation. La BDNM présente de l'information sur les caractéristiques démographiques des

médecins et leur niveau d'activité dans le cadre du système de soins médicaux au Canada. Elle est utilisée par les gouvernements, les associations professionnelles, les sociétés d'experts conseils, les compagnies pharmaceutiques et les chercheurs pour la planification des ressources humaines sur le plan médical et l'analyse de leur utilisation. Les données proviennent des demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte acheminées à l'ICIS par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie. Les limites des données de la BDNM sont les autres modes de paiement, tels le salaire et la vacation, et les services médicaux couverts par des tiers, tels que l'assurance hospitalisation et l'indemnisation des victimes d'accidents du travail. De plus, certaines catégories de personnes sont exclues, notamment le personnel des Forces Armées et de la Gendarmerie Royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux qui sont couverts par d'autres programmes publics (ces personnes représentent moins de la moitié d'un pour cent de la population totale). Et enfin, certains services ont été exclus ou ne sont pas couverts dans certaines provinces ou certains territoires. Ces services peuvent varier d'un secteur de compétence à l'autre ou d'une année à l'autre. Leur incidence pourrait expliquer les légères fluctuations observées au fil des ans ou les différences mineures entre les secteurs de compétence (ICIS, 2001-2002).

L'Association Médicale Canadienne (AMC) détient de son côté une base de données sur les médecins canadiens dénommée fichier maître. Ce fichier comprend tous les médecins du Canada, qu'ils soient membres ou non de l'AMC, qu'ils soient cliniciens ou non et qui détiennent un permis pour exercer la médecine. Cependant, ne sont pas comptabilisés les résidents (c-à-d les médecins en formation postdoctorale) et les médecins âgés de plus de 80 ans. La compilation et la mise à jour de ce fichier sont quotidiennes grâce aux renseignements transmis par les organismes de réglementation provinciaux, les associations, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que par les médecins eux-mêmes (ICIS 2005-b). Ce fichier peut documenter sur les données démographiques sur les effectifs médicaux, la migration, les médecins en formation, la charge de

travail et rémunération des médecins. De plus, ce fichier sert de liste de distribution pour le Sondage National des Médecins (SNM) de 2004. Cependant, ces données sont toutes établies à l'aide de l'information à partir d'autres bases de données, telles celles de l'Association des facultés de médecine du Canada, le Système informatisé sur les stagiaires post-m.d. en formation clinique ou de l'ICIS (BDMS et BDNM).

En ce qui concerne le Système Informatisé Sur les Stagiaires Post-MD en Formation Clinique (SISPFC) ou CAPER, celui-ci comprend tous les stagiaires en formation post-MD qui occupent un poste de formation dans les facultés de médecine du Canada, les résidents et les fellows. La base de données de CAPER fut conçue comme source d'information pour la planification de la main-d'oeuvre médicale au niveau national et provincial ou régional. Caper reçoit ses données des 17 facultés canadiennes de médecine au sujet des stagiaires en formation post-doctorale. Cependant, le recensement de la base de données de Caper repose aussi sur deux autres bases, à savoir celle de l'Association médicale canadienne (AMC) et celle de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC).

L'information est cueillie sous forme de fiches longitudinales individuelles afin de pouvoir obtenir une vue d'ensemble des stagiaires inscrits à la formation post-M.D. Les données peuvent être groupées selon les catégories suivantes : provinces, domaines de formation ou cohortes de stagiaires post-M.D. La base de données fut conçue pour permettre l'étude de la mobilité des stagiaires entre facultés de médecine, provinces et domaines de formation. CAPER, grâce à la collaboration du directeur de recherche, de la planification et de la politique de l'AMC, peut également fournir des données sur le lieu géographique des promotions de stagiaires ayant terminé leur formation (AFMC, 2005-2006).

Quant au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), il a mis sur pied, en 1996, le Projet Janus. Le premier objectif du Projet Janus, le développement d'une base de données sur les médecins de famille, allait permettre de comprendre les rôles que jouent les médecins de famille dans la prestation des soins médicaux aux

Canadiens. Le deuxième objectif examinerait les besoins de soins de santé changeants des Canadiens par la mise sur pied de programmes d'éducation et d'initiatives de recherche afin de permettre aux médecins de famille de dispenser la meilleure qualité de soins possible. Le CMFC a aussi procédé au Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale (SNMF). Ce Sondage a été réalisé en 1997 pour atteindre le premier objectif du projet Janus, soit le développement d'une base de données complète sur les médecins de famille. À l'époque, il était devenu nécessaire de recueillir des renseignements au-delà des seules données démographiques superficielles concernant les médecins. Afin de faciliter la planification des ressources humaines en santé, il était nécessaire d'examiner les modes de pratique et les services des médecins.

La base de données du Projet Janus sur les effectifs médicaux veut servir de complément aux bases de données sur les effectifs médicaux déjà existantes comme la Base de données médicales Scott's, la base de données du Collège des médecins de famille du Canada et celle de l'Association médicale canadienne. La base de données du Projet Janus veut se concentrer uniquement sur les médecins de famille qui composent environ la moitié de tous les effectifs médicaux au Canada (CMFC, 2002).

En conséquence, et d'après cet aperçu des différentes bases de données relatives au effectifs médicaux au Canada, et considérées comme les plus pertinentes et les plus faciles d'accès, nous percevons que chacune d'elles a des caractéristiques principales, des avantages ainsi que des limites et porte sur des aspects particuliers des effectifs médicaux (CSPC, 2003; CSPC, 2005).

Il va sans dire que les limites de ces bases de données ainsi que de celles des autres ressources statistiques, empêchent d'analyser de façon précise les tendances en matière de migration. Comme les bases de données ne sont pas reliées entre elles, cela ne permet pas d'établir de comparaisons, ce qui empêche de procéder à des analyses approfondies ni de faire des suivis ni de planifier les ressources humaines.

Cependant, nous notons que certaines associations et groupes de recherches vont coupler ces bases de données, pour avoir une information plus valide et plus homogène.

Nous pouvons alléguer donc que les activités de collecte de données doivent se fonder sur des normes nationales, homogènes et analogues, en matière de données, rôle que remplissent actuellement des organismes tels l'ICIS. Effectivement, selon Tomblin et O.Brien-Pallas (2005), le personnel de la santé canadien peut être considéré comme une ressource nationale, et, par conséquent, les activités de collecte de données doivent se fonder sur les normes nationales en matière de données. Nous avons besoin de normes pour éviter le dédoublement coûteux des efforts et pour guider les nouvelles élaborations de données loin des méthodes traditionnelles particulières aux disciplines actuelles. Nous avons besoin de données nationales pour favoriser la comparabilité entre les secteurs de compétences et la vision d'un système d'information sur la santé intégré pour le Canada entier.

***B-b. Indicateurs potentiels et bases de données sur la migration***

• ***Après l'adoption de l'ALENA***

Par le passé, la plupart des personnes qui quittaient le Canada pour les États-Unis présentaient une demande d'immigration permanente. L'obtention de visas temporaires comportait des limites, par exemple, quant au nombre de renouvellements possibles. Cependant, avec l'adoption de l'Accord de Libre Echange Nord-Américain (ALENA) le 1<sup>er</sup> janvier 1994, les travailleurs canadiens appartenant aux catégories professionnelles admissibles peuvent facilement entrer aux États-Unis, n'ayant qu'à produire une attestation de leurs compétences et une offre d'emploi d'un employeur américain. Par ailleurs, si les visas d'entrée de l'ALENA sont d'une durée maximale d'un an, le nombre de reconductions possibles est illimité. Par conséquent, depuis l'adoption de l'ALENA, plus de personnes peuvent séjourner aux États-Unis pendant une longue période sans acquérir la qualité de résident permanent. C'est pourquoi il importe d'examiner la migration temporaire ainsi que la migration

permanente au moment d'estimer l'ampleur et les caractéristiques des flux de sortie du Canada vers les États-Unis. Le U.S. Immigration and Naturalization Service (INS) fournit des renseignements fiables sur la migration permanente du Canada aux États-Unis. Cependant, ses données sur la migration temporaire, bien qu'elles remplissent les fonctions administratives pour lesquelles elles ont été conçues, ne fournissent pas un compte fiable des personnes qui quittent temporairement le Canada pour vivre aux États-Unis.

Précisons en outre que, pour diverses raisons, les données de l'INS sur la migration temporaire sont d'une utilité restreinte, même comme indicateur des tendances de la migration temporaire de Canadiens aux États-Unis. Les données de l'INS sur les séjours temporaires se rapportent au nombre de visas délivrés et non au nombre de personnes. Les formules générales I-94, qui servent à consigner toutes les catégories de visa temporaire, sont remplies à l'entrée initiale en territoire américain et au moment de la reconduction des visas effectuée aux points frontaliers. Toutefois, les données publiées par l'INS ne permettent pas d'établir une distinction entre les entrées initiales et les reconductions de visa. Bref, les chiffres de l'INS sur les travailleurs temporaires, dans le cadre de l'ALENA ou non, ne sont pas représentatifs du nombre de travailleurs temporaires canadiens qui entrent aux États-Unis chaque année. Ces chiffres peuvent inclure les entrées multiples d'une même personne au cours d'une année donnée de même que les reconductions d'année en année visant les mêmes personnes. Ces chiffres englobent aussi un nombre inconnu d'entrées uniques ou multiples pour de très brefs séjours. Donc, nous constatons que ces données publiées par l'INS sont très probablement surestimées et en conséquence ne peuvent refléter la réalité de cette migration.

On se heurte également à des difficultés lorsqu'on se reporte aux chiffres de migration temporaire de l'INS pour illustrer des tendances temporelles de cette migration aux États-Unis. Les visas de l'ALENA remplacent de plus en plus les autres catégories de visa temporaire. Compte tenu que les visas de l'ALENA doivent être renouvelés chaque année plutôt que tous les trois ans comme c'est le cas des autres visas, l'augmentation globale du nombre d'entrées temporaires traduit, en

partie, une multiplication des reconductions dans la catégorie plus importante des séjours de travail de l'ALENA. Bref, les données de l'INS ne constituent pas une source d'information sûre et fiable en ce qui a trait à l'ampleur de la migration temporaire du Canada aux États-Unis et aux tendances temporelles de ce phénomène, et donc nous ne pouvons nous baser sur cette unique base de données pour évaluer et estimer le nombre de médecins canadiens/qubécois ayant migré, de façon temporaire ou permanente, aux États-Unis (Zhao J, Drew D et Scott Murray, 2000).

- *Après 1998*

Le service d'immigration américain fournit le nombre de médecins dont le dernier pays de résidence permanente était le Canada et à qui on a accordé le statut de résident permanent aux États-Unis. L'année d'obtention du statut de résident permanent ne correspond pas nécessairement à la même année pendant laquelle le médecin a élu domicile aux États-Unis.

Le médecin peut avoir résidé aux États-Unis pendant plusieurs années avant d'avoir fait une demande de statut de résident permanent et l'avoir obtenu. Depuis 1998, le service d'immigration des États-Unis a cessé de fournir les données sur les médecins canadiens qui émigrent aux États-Unis. En conséquence, les données ne sont plus comprises dans les séries de publications sur le nombre, la répartition et la migration des médecins canadiens.

- *Autres sources de données sur la migration totale aux États-Unis*

Les chercheurs peuvent aussi disposer de trois sources de données sur la migration totale du Canada vers les États-Unis (Zhao J, Drew D et Scott Murray, 2000). Cependant, ces sources aussi comportent des limites. Les estimations axées sur la Current Population Survey (CPS) des États-Unis ainsi que sur la contre-vérification des dossiers sont contaminées par des erreurs d'échantillonnage relativement importantes. Les données fiscales visent l'ensemble des déclarants, mais ne permettent pas de déterminer la destination des migrants (États-Unis ou autres pays).

Il est néanmoins possible de fixer des limites supérieures et inférieures dans le cas des déclarants passés en territoire américain.

Ces méthodes d'estimation comprennent, la Current Population Survey (CPS). La CPS est un relevé mensuel de la situation du marché du travail américain qu'effectue le Bureau of the Census au nom du Bureau of Labour Statistics. Depuis 1994, une enquête supplémentaire dressant le profil des personnes nées à l'étranger et vivant sur le territoire américain est réalisée en mars en chaque année. Cette enquête fournit une estimation du nombre de personnes nées au Canada qui sont entrées aux États-Unis au cours des années 1990 et qui y ont vécu toutes les années de la période de 1994 à 1999. La CPS vise les personnes dont le lieu habituel de résidence pendant six mois ou plus se trouve aux États-Unis et exclut, de ce fait, les personnes qui font des séjours plus brefs en territoire américain.

Il y a aussi comme méthodes d'estimation, la Contre-vérification des dossiers (CVD). La CVD est le moyen qu'emploie Statistique Canada pour estimer la couverture du Recensement canadien de la population. En 1996, l'exercice de CVD a porté sur un échantillon de personnes résidant au Canada au moment du Recensement de 1991 ainsi que sur un échantillon de personnes qui sont entrées au Canada depuis ce recensement. L'enquête permet de déterminer si les personnes qui ont déménagé aux États-Unis ont migré de façon temporaire ou permanente. Les migrants permanents sont ceux qui, au moment du recensement, avaient quitté le Canada sans avoir l'intention d'y retourner de même que ceux qui avaient résidé hors du Canada pendant au moins deux ans et dont les intentions quant à un éventuel retour n'étaient pas connues. Les migrants temporaires sont ceux qui, au moment du recensement, avaient résidé hors du Canada pendant au moins six mois et avaient l'intention d'y revenir ou ceux qui avaient résidé hors du Canada pendant moins de deux ans et dont les intentions quant à un éventuel retour n'étaient pas connues.

Et enfin comme autres méthodes d'estimation, les Données de l'impôt canadien sur le revenu des particuliers : Toutes les personnes qui touchent un revenu de sources canadiennes sont tenues de produire une déclaration de revenus au Canada, y compris les personnes qui quittent le pays au cours de l'année d'imposition. Dans le cas des

émigrants, la déclaration fiscale indique la date du départ mais non la destination.

Pour établir le profil de revenu des sortants en 1996 (soit la dernière année pour laquelle de telles données sont disponibles), nous devons examiner les personnes qui avaient également produit une déclaration de revenus en 1995 de façon à déterminer le revenu d'une année entière. Environ 96 % des sortants en 1996 avaient soumis une déclaration de revenus en 1995, de sorte que le groupe des déclarants est assez représentatif des sortants de 1996 (Zhao J, Drew D et Scott Murray, 2000).

Donc, il est opportun d'alléguer que des bases de données non homogènes et inadéquates peuvent avoir de sérieuses répercussions sur la qualité, l'actualité et l'exhaustivité des données utilisées par les chercheurs, les gestionnaires et les politiciens. De toute évidence, ces données indiquent que le phénomène de migration est bien plus complexe qu'il n'y paraît à première vue. Il subsiste des questionnements quant à l'ampleur de son flux de même qu'à propos du degré de surreprésentation de ces médecins dans leur migration surtout aux États-Unis. En effet, l'insuffisance des connaissances empêchent actuellement les gestionnaires et planificateurs de prendre toutes les mesures efficaces possibles et en toute connaissance de cause. L'acquisition de données avérées et uniformes constituerait une composante fondamentale et essentielle pour une mise en oeuvre plus efficace des initiatives de réformes dans le domaine de la santé. Celle-ci jouerait un rôle essentiel pour faire le suivi du changement des effectifs et s'assurer de l'atteinte des résultats escomptés (utilisation pertinente de l'ensemble des effectifs) (Centre syndical et patronal du Canada, 2003).

### **C. Définitions et particularités**

Suite à nos recherches, il nous semble approprié de rappeler au lecteur certaines définitions et particularités essentielles à la bonne compréhension et interprétation relatives aux effectifs de la main-d'œuvre médicale, mais aussi relatif à sa dynamique

de migration. De ce fait, et afin de mieux cerner le problème de la pénurie et de ses déterminants ainsi que de sa relation à l'égard de la dite migration, il nous paraît adéquat d'introduire certaines précisions ad hoc.

### C-a Ratio médical

L'incertitude plane quant au nombre de médecins nécessaires et à leurs spécialités pour répondre de manière adéquate aux nécessités des Canadiens et des Québécois, et ce surtout dans certains endroits éloignés du pays. En outre, certains analystes et chercheurs prévoient un surplus de médecins et préconisent donc une réduction du ratio médecins/habitants pour les décennies à venir (Evans, 1998), pourtant d'autres envisagent une pénurie (Ryten, Thurber, & Buske, 1998) étant donné, entre autres arguments, que les médecins baby-boomers, formés à l'ère de l'expansion à pleine capacité des facultés de médecine, commencent à prendre leur retraite. Si ces prévisions se vérifient, les interventions dépendront, dans une large mesure, de la perception des décideurs face aux événements passés et à la situation actuelle. Pour ceux qui perçoivent que le nombre actuel de médecins est tout juste « suffisant » ou en déficit, toute diminution du ratio sera source d'inquiétude, donc leurs préoccupations sont en rapport direct avec notre recherche, vu qu'ils tenteront de mettre en place des programmes pour retenir leurs médecins en prévenant, entre autres, leur migration. Pour ceux qui pensent que le pays a été nettement en deçà de ses capacités de formation il y a quelques décennies, cette réduction pourra être considérée comme le début d'une réforme fondamentale de la structure même du système de santé.

Le fait de s'appuyer exclusivement sur le ratio pour parler de pénurie, peut être très trompeur. En effet, le ratio médecins/habitants est peut-être la mesure la plus connue de l'équilibre entre l'offre et la demande, cependant il n'envisage qu'un facteur de l'offre et de la demande parmi la multitude de facteurs qui les caractérisent. En effet, la demande de services médicaux peut varier selon plusieurs facteurs comme la taille de la population, la prévalence de la maladie et les attentes du public. Ces deux

derniers éléments sont à leur tour influencés par l'âge et le sexe de la population, le niveau de scolarité et le statut socio-économique. Quant à l'offre de services médicaux, elle peut elle aussi varier selon plusieurs facteurs tels le nombre de médecins disponibles, leur charge de travail (nombre d'heures de travail) et leur productivité (quantité de services fournis par heure travaillée), (Chan, 2002).

La critique la plus répandue de cette mesure s'explique aussi par le fait qu'elle ne tient pas compte de la demande accrue d'une population vieillissante ni de la réduction relative concernant l'offre en raison du nombre croissant de femmes qui viennent rejoindre les rangs de la main-d'oeuvre et qui travaillent moins d'heures (AFMC, 1991). Il ne tient pas compte aussi des différents modes de pratique des médecins ainsi que des besoins multiples et changeants de la population en matière de soins de santé.

Au Canada des années 80, le ratio brut médecins/habitants (non ajusté en fonction des caractéristiques démographiques des patients ou des médecins) a augmenté régulièrement avant d'atteindre son sommet en 1993. Il a ensuite fléchi progressivement pour atteindre un creux en 1997 puis a recommencé à se redresser. Par contre, en ajustant le ratio en fonction du vieillissement de la population, on peut voir qu'il n'augmente pas aussi rapidement au cours des années 80. Par exemple, le ratio ajusté a augmenté de 21% de 1981 à 1993 tandis que le ratio non ajusté montre une augmentation de 27% au cours de la même période. Si l'on pousse plus loin l'ajustement, on a calculé que le ratio «réel» médecin/habitants s'établissait à 185 médecins pour 100 000 habitants en 2000, ce qui équivaut au niveau de 1987 et représente une baisse de 5,1% par rapport au sommet atteint en 1993, (Pitblado et Pong, 1999).

En utilisant le ratio comme mesure comparative du Canada et des autres pays du monde, l'on remarquera qu'il se situe très au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE. Si l'on se fonde sur des chiffres publiés par l'Association médicale canadienne (AMC), le Canada compte 2,1 médecins pour 1000 habitants comparativement à la moyenne de 2,8 pour l'OCDE. L'examen des données de 2002

révèle aussi que le Canada et le Royaume Uni ont un ratio identique (2,1 médecins par tranche de 1000 habitants), soit un peu en deçà du ratio américain (2,4 :1000) et légèrement supérieur à celui du Japon (2,0 :1000). Le ratio médecin/habitants en Italie est le double de celui du Canada, bien que les médecins italiens détenteurs d'une licence ne soient pas nécessairement en pratique active (autre faiblesse du ratio) (OECD, 2004).

### **C-b    Densité médicale**

L'offre régionale de médecins diffère de façon assez marquée dans tout le pays. On a vu que le ratio médecin/habitants est utilisé comme mesure comparative de l'offre des effectifs médicaux là où la population varie, mais aussi qu'il était très réfutable (AFMC, 1991).

En outre, l'établissement d'un lien de corrélation entre le ratio médecin/habitants et la densité de la population est relativement improbable\*(ICIS, 2004).

Ainsi par exemple, même si l'Ontario est plus densément peuplé que le Québec selon les données du recensement, la densité de la population ontarienne et québécoise en 2001 s'élevait respectivement à 12,57 et à 5,33 habitants au kilomètre carré, comparativement à la moyenne canadienne de 3,33, elle affiche un ratio médecin/habitants nettement inférieur.

Par ailleurs, le Territoire du Yukon, dont la densité de la population est très faible en raison de sa population disséminée sur le territoire, présente un ratio médecin/habitants assez élevé. Donc, pour une meilleure évaluation de l'offre réelle de médecins et comment elle répond aux besoins de la population dans le domaine des soins de santé, il faut des données et des méthodologies plus solides que les statistiques globales et les ratios médecin/habitants en plus d'adopter une méthodologie qu'il est possible de généraliser à tout le Canada (CSPC, 2003).

\*«En prenant la population provinciale/territoriale comme mesure d'approximation de la densité de la population, le coefficient de corrélation entre le ratio médecin/habitants et la densité de la population s'élève à  $r=0,41$ .»

De plus, pour des auteurs comme Chan (1999), il n'existe tout simplement aucune formule technique qui permet de calculer le nombre de médecins nécessaires. Il faut tenir compte de facteurs comme l'évolution des tendances morbides, l'impact des technologies nouvelles et l'apparition de substituts des médecins comme les sages-femmes et les infirmier(e)s cliniciennes.

### C-c ***Disparités géographiques***

On entend par disparité géographique ou répartition géographique inégale, la non-concordance entre la répartition spatiale des médecins et la répartition spatiale de la population. En effet, la mauvaise répartition géographique des médecins demeure un enjeu important, que ce soit en Amérique du Nord ou au sein des membres de l'OCDE. Selon (Blumenthal, 1994), il n'y aurait pour ainsi dire aucun pays qui aurait résolu le problème du déséquilibre des effectifs médicaux dans les régions rurales / urbaines.

Aussi, de nombreuses études autant au Canada qu'ailleurs, confirment que les différences géographiques posent un réel problème pour la gestion des ressources humaines de la santé. Elles soulignent également une migration accrue vers les zones urbaines les mieux nanties et offrant une meilleure qualité de vie sociale et culturelle (Newhouse, Williams, Bennett & Schwartz, 1982 ; Benarroch & Grant, 2004).

Au Canada, environ 30 % de la population vit dans les régions rurales, éloignées et nordiques du pays (Health Canada, 2000). Aussi, les grandes étendues et les zones peu peuplées qui le caractérisent, posent un réel défi pour desservir tous les citoyens en soins médicaux adéquats.

De plus, au cours de la dernière décennie, des changements considérables ont été apportés tant au nombre de médecins y pratiquant, aux variations géographiques de leurs lieu de pratique médicale, qu'à la façon dont ils fournissent les soins. De nombreux facteurs ont eu pour effet d'aggraver les problèmes d'effectifs, comme les changements démographiques dans la population et la profession médicale

(vieillesse et féminisation), les restructurations importantes des systèmes de soins de santé et en particulier les réformes dans la prestation des soins de première ligne. En effet, dans leur exposé présenté au Comité sénatorial Kirby en 2001, la Société de la médecine rurale du Canada\* (SMRC) souligne que seulement 17 % des médecins de famille et 4 % des spécialistes exercent en régions rurales, et l'on s'attend à ce que cet écart s'aggrave (CMFC, 2004).

C'est ainsi aussi que les provinces s'efforcent d'attirer et de maintenir un nombre suffisant de médecins surtout dans les zones desservies où la pénurie est un réel obstacle au bien être de la population (Barer, Wood & Schneider, 1999).

Au Québec, par exemple, on considère que les facteurs qui expliquent la mauvaise répartition sont le manque d'organisation des services, le manque de connaissance des contextes réels de la pratique, des régimes de rémunération qui n'encouragent pas la gestion des patients et le manque de responsabilité individuelle et collective des médecins à l'égard du service à fournir à la population (Fournier, Contandriopoulos et Trottier, 2004).

Tous ces facteurs pourraient aussi expliquer la migration des médecins des zones sous-desservies et/ou rurales vers les zones urbaines mais aussi la migration interprovinciale et internationale.

#### **D. Déterminants de la migration**

Evidemment, la décision d'immigrer est essentiellement une décision personnelle et donc elle diffère d'un cas à l'autre. Toujours est-il, malgré les facteurs individuels, il est important de dégager des facteurs communs et de considérer dans sa globalité, le

\*La Société de la médecine rurale du Canada cite la base de données sur les effectifs médicaux de l'Association médicale canadienne comme source pour ces chiffres.

contexte social, économique, professionnel mais aussi politique dans lequel cette décision de migrer est prise.

#### D- a. Déterminants de la migration à l'internationale

Les guerres, la pauvreté, les problèmes sociaux peuvent tous provoquer des vagues de migration. Mais indubitablement, l'influence des gouvernements, dans le monde comme au Canada, joue un rôle essentiel et prépondérant. De facto, les changements apportés aux conditions de délivrance de visas de travail influencent pour beaucoup le phénomène de migration de la main-d'œuvre (Findlay, 2002). L'important surplus des professionnels de santé, dans certains pays comme l'Inde (Khadria, 2002) et les Philippines (Abella, 1997), encourage lui aussi la migration de cette main-d'œuvre qualifiée; d'autre part, les pénuries qui sévissent dans des pays comme les États-Unis et le Royaume Uni, provoquent d'importantes campagnes de recrutement et donc des flots migratoires massifs. En d'autres termes, les individus sont beaucoup plus enclins à migrer vers un autre pays s'ils sont raisonnablement assurés d'y trouver un emploi. Effectivement, des études avancent que la migration internationale de la main-d'œuvre sanitaire est nettement influencée par le réseau social qui va supporter le nouvel arrivant de même que l'opportunité d'y trouver un emploi.

D'autres facteurs importants comme les différences dans les salaires et des conditions de travail plus attrayantes mènent eux aussi la main-d'œuvre de la santé à préférer travailler dans un autre pays que leur pays natal (Centre syndical et patronal du Canada, 2005; Martineau et al., 2002 ; Thomas-Hope, 2002 ; Connell, 2002).

Les chercheurs ont subdivisé les déterminants de la migration de la main-d'œuvre de la santé, surtout les médecins et infirmiers, en «push factors» ou facteurs de «répulsion», et en «pull factors» ou facteurs d'«attraction» (Mejia, Pizurki et Royston, 1979 ; OECD, 1997 ; Public Health Conference, 2003; Zimmermann KF, 1996 ; Buchan, Parkin et Sochalski, 2003 ; Hillman et Weiss, 1991).

Les «push factors» ou facteurs de «répulsion», sont ceux qui influenceraient la main-d'œuvre de la santé à migrer et peuvent être subdivisés en facteurs économiques, sociaux, politiques et professionnels.

- Pour les facteurs économiques, nous avons le taux élevé de chômage, les salaires modiques, l'instabilité et l'insécurité économiques, les taux de change et l'incertitude face à l'avenir.
- Pour les facteurs sociaux, il y a la sécurité et la stabilité personnelle ainsi que de meilleures opportunités académiques pour les enfants.
- Pour les facteurs politiques, nous retrouvons la perte de confiance en la capacité du Gouvernement à améliorer les conditions de vie, le taux de criminalité, les violations des Droits de l'Homme, les tensions ethniques et religieuses, les guerres et persécutions politiques.
- Et enfin pour les facteurs professionnels, nous retrouvons les barrières à la réalisation des objectifs éducationnels ou le manque de perspectives de carrière, le manque d'opportunités pour la croissance et le développement professionnels ainsi que l'environnement non contribuable à la productivité. Nous avons aussi comme facteurs, l'absence de motivation, le manque persistant en ressources matérielles et humaines, les limitations de la technologie, en plus des mauvaises conditions de travail, du manque d'éventualités de carrières, de l'absence de politiques de main-d'oeuvre réalistes ainsi qu'une mauvaise adéquation de la formation et de l'emploi et enfin, l'absence d'implications dans les prises de décisions.

Quant aux «pull factors» ou facteurs d'«attraction», ils comprennent eux aussi les mêmes catégories que précédemment. À quelques exceptions près, ils sont à l'image des facteurs de «répulsion». En fait, les facteurs qui composent les facteurs d'«attraction» sont les antonymes de ceux qui composent les facteurs de «répulsion», et nous retrouvons :

Pour les facteurs économiques : les écarts de salaires et le désir d'améliorer sa situation financière, les recrutements agressifs, les exemptions des taxes, la capacité de rembourser ses dettes.

Pour les facteurs sociaux : la sécurité et la stabilité personnelles, de meilleures opportunités académiques pour les enfants, la qualité de vie.

Pour les facteurs politiques : les politiques favorables à l'immigration des personnes les mieux instruites, la stabilité politique.

Pour les facteurs professionnels : le développement de la vie professionnelle et de meilleures opportunités de carrière, des opportunités de poursuivre des études, l'interaction avec d'autres professionnels et la sécurité de l'emploi (Mafubelu, 2004; McKendry et coll., 1996.)

Au total, nous pouvons dire que les personnels de santé qualifiés émigrent pour diverses raisons. Toutefois, il semble exister une uniformité remarquable, selon ce que constate l'OMS (2006), en ce qui concerne les facteurs qui influencent la migration, même dans des régions et des contextes tout à fait différents. Généralement, ces facteurs comprennent les revenus, la satisfaction au travail, les possibilités de carrière, la gestion, la gouvernance ainsi que les motivations sociales et familiales.

#### **D- b. Déterminants de la migration interprovinciale et vers les États-Unis**

Avant d'exposer les facteurs influençant la migration interprovinciale et vers les États-Unis des médecins canadiens, nous faisons un bref rappel des principales politiques en matière de main-d'oeuvre médicale au Canada. En effet, nous considérons bien opportun de faire un survol concis de ces politiques, vu leurs répercussions et multiples impacts sur les effectifs de la main-d'œuvre de la santé.

En 1984, le gouvernement fédéral adopte la «Loi canadienne sur la santé», qui consacre cinq principes soit, l'administration publique, l'universalité, l'accessibilité,

l'intégralité et la transférabilité. Cette loi prévoit une réduction de la contribution fédérale aux provinces qui ne respectent pas ces principes. Près d'une décennie plus tard, en 1995, le gouvernement fédéral s'est passablement désengagé du système de santé provincial pour rembourser sa dette. Pour faire face à cette réorientation, les provinces canadiennes ont dû réorganiser la gestion de leur système de santé. Dans cette réorganisation, il a fallu couper de manière drastique dans les dépenses de la santé. Le Québec n'a pas échappé à ce remaniement et s'est vu contraint de diminuer les crédits budgétaires destinés à son réseau de la santé. Combinées à la lutte au déficit de la province au milieu de ces années 1990, ces compressions se sont encore plus prononcées pour atteindre leur paroxysme vers la fin des années 90, alors que 800 millions de dollars en paiements de transferts ont été coupés du réseau de la santé québécois. Ces compressions ont mené à une reconfiguration majeure du réseau de la santé, mieux connue sous le nom de «Réforme Rochon». Cette réforme a incité et favorisé les départs anticipés à la retraite des médecins, surtout les spécialistes, mais aussi des infirmier(e)s. Il y eu aussi la fusion de plusieurs hôpitaux et la fermeture de nombreux établissements de santé. Ainsi donc, les gouvernements provinciaux avaient mis en oeuvre plusieurs politiques de contrôle des dépenses de santé (Barer, Lomas et Sanmartin, 1996; Chan, 2002). Des plafonds ont été fixés, au delà desquels le médecin n'est rémunéré qu'à 25% du tarif, et le seuil pour les médecins très actifs a été réduit, tandis que la facturation supérieure à un certain montant a fait l'objet de pénalités. Les jeunes médecins dans plusieurs provinces étaient soumis à des restrictions limitant leur droit de migrer vers d'autres provinces (MSO, 1997) ou de travailler dans certaines collectivités jugées comme recevant des services excédentaires (Kent, 1997; Robb, 1997). Ils ont également dû faire face à des pénalités financières du fait de choisir de travailler dans des zones urbaines dans certaines provinces (MSO, 1997). Dans cette même voie, la fermeture et la fusion des hôpitaux peuvent avoir eu des effets négatifs sur les dispositions de travail de certains médecins ou bien sur la portée de leur exercice. Un autre facteur potentiel concerne la situation conflictuelle au sein même de la profession médicale, entre les jeunes médecins et leurs confrères plus âgés, particulièrement durant les années

1990, où de jeunes médecins ont manifesté vivement leur désaccord auprès de la génération plus âgée concernant la signature d'ententes avec les gouvernements (Chan 2002 ; Kent, 1997; Robb, 1997; PAIRO, 1996).

Le produit de toutes ces politiques appliquées dans ces deux dernières décennies au système de santé canadien, a donc sûrement influencé voire remanié, les effectifs et la dynamique des ressources humaines en santé. Par conséquent, la migration de cette main-d'œuvre, médecins et infirmiers, des régions rurales vers les urbaines, en interprovinciales et voire même vers le Sud et à l'internationale, s'en est vue, elle aussi, inévitablement affectée.

Par ailleurs, selon Foster et Gorr (1992), les provinces offrant les revenus nets d'impôts les plus importants, les sommes octroyées pour les médecins les plus élevées et les tarifs par geste médical les plus hauts, sont les provinces qui jouissent d'une plus grande affluence de médecins. Toutefois le facteur économique n'est pas le seul déterminant de la migration interprovinciale. Effectivement, les effets de l'urbanisation engendrent eux aussi une plus grande affluence de médecins, à cause de l'environnement professionnel plus attrayant et de la disponibilité d'une panoplie de services de soins complémentaires, et autres facteurs qui attireraient les médecins vers les provinces jouissant de ces caractéristiques et fournissant ces services.

Dans cette même veine, certains auteurs se sont penchés sur ces facteurs qui influenceraient la migration des médecins en interprovinciale, mais aussi vers les États-Unis. Nous retrouvons McKendry et coll. (1996) qui sont, à notre connaissance, parmi les précurseurs à catégoriser les facteurs influençant la décision d'une migration vers les États-Unis ou de demeurer au Canada, en facteurs d'«attraction» ou «pull factors» et facteurs de «répulsion» ou «push factors». Ces chercheurs rapportent que les facteurs professionnels jugés les plus importants par la plupart des médecins, dans leur recherche, ayant migré en interprovinciale ou du Canada vers les États-Unis étaient, l'autonomie professionnelle/clinique, la disponibilité d'installations médicales et la disponibilité d'un emploi. La rémunération était aussi

importante pour les répondants du Canada que pour ceux des États-Unis. La satisfaction actuelle, comme facteur personnel/familial était beaucoup plus élevée chez les répondants des États-Unis. La plupart des médecins de chaque groupe (Canada, États-Unis) prévoient continuer de pratiquer au même endroit. Chez les répondants canadiens, 22 % ont indiqué qu'ils avaient plus de chances de déménager aux États-Unis qu'un an plus tôt, tandis que 4 % des répondants des États-Unis ont indiqué qu'ils avaient plus de chances de revenir au Canada. Ces chercheurs concluent dans leur étude que la compréhension des raisons amenant les médecins à migrer aux États-Unis serait essentielle pour une saine gestion et une meilleure planification des effectifs médicaux à l'échelle nationale.

Pour Barer, Lomas et Sanmartin (1996), ce sont les régimes de taxation qui ont contribué de façon sérieuse à l'exode des médecins canadiens vers les États-Unis.

Quant à Kazanjian, Reid, Pagliccia et coll. (2000), la migration interprovinciale renvoie à une situation qui pose un problème constant, à savoir la mauvaise répartition géographique des médecins mise en évidence par les ratios médecin/habitants des provinces et des territoires. Cette mauvaise répartition justifie une coordination provinciale et territoriale accrue parce que la mobilité absolue des effectifs médicaux entrave les efforts de planification régionale.

Benarroch et Grant (2004), montrent eux aussi que la décision d'un médecin de déménager d'une province à une autre est surtout influencée par les différences de revenus, les conditions de travail et l'état général du système de santé dans chacune d'elles, sauf pour le Québec qui est une exception et où la langue agit en tant que barrière importante à la migration, que ça soit pour migrer vers Québec ou de celui-ci. De plus et à un degré assez important, les Provinces Atlantiques, le Manitoba, la Saskatchewan et le Québec, représentent des centres de formations de médecins pour l'Ontario, l'Alberta et la Colombie Britannique.

Les auteurs montrent aussi que la proportion rurale de la population a un impact négatif sur le taux de migration à une province vu que les médecins choisissent généralement de s'installer dans des zones urbaines. À titre d'exemple, les provinces ayant une proportion élevée de population rurale, comme les Provinces Atlantiques et la Saskatchewan, attireraient un faible contingent de médecins. De plus, les chercheurs déclarent que comme prévu, il existe un rapport négatif entre la migration et la distance, c'est-à-dire que la distance affecterait négativement le taux de migration entre deux provinces quelconques: plus la distance entre deux provinces augmente, plus le taux de médecins y migrant diminue.

Dans cette même veine, deux chercheurs de HEC à Montréal, Léger et Dostie (2006-a), entreprennent une étude étalée sur 10 ans où ils étudient les résultats des décisions relatives à la migration de tous les médecins canadiens, et où ils déterminent si les compétences de ces médecins (skills), sont reliés à leur mobilité, ceci en se basant sur un model tenant en compte simultanément la détermination du revenu et la décision de migrer. Cette étude révèle que les médecins hommes, anglophones et spécialistes ont une probabilité supérieure de migrer que leurs homologues féminins, francophones et généralistes. Les jeunes médecins ainsi que les médecins formés hors Canada ou États-Unis, sont plus enclins à migrer que leurs confrères plus âgés et diplômés des écoles canadiennes.

La province d'origine ainsi que l'année d'obtention du diplôme, apparaissent aussi comme de bons prédictors de l'immigration de ces médecins.

Les résultats de cette étude suggèrent aussi que tandis que les médecins hautement qualifiés et à profits élevés émigrent vers toutes les provinces, ceux qui émigrent à Terre-Neuve, Québec, Manitoba, Alberta, Colombie Britannique et à l'étranger sont de compétence et de productivité moindre. De plus, les auteurs ont constaté dans une autre étude (Dostie et Léger, 2006-b), que les médecins dont la productivité est importante (selon des caractéristiques observables) sont plus susceptibles de migrer vers des provinces où la prime de productivité est plus grande, alors que les médecins

à faible productivité sont davantage susceptibles de migrer vers des régions où la prime de productivité est moins grande.

Cependant, Dostie et Leger (2006-a), soulignent qu'il n'y a pas de consensus sur la définition d'un médecin/professionnel hautement qualifié. À titre d'exemple cette qualification peut faire référence, au niveau de scolarité et/ou profession et/ou rémunération. Toutefois, aucune de ces mesures n'est complètement satisfaisante car elles ne tiennent compte que des différences observables, et par conséquent ne reconnaissent pas à leur juste valeur les compétences ni les différences de productivité entre travailleurs. De ce fait et pour les prérogatives de leur étude, Dostie et Leger (2006-a), proposent une définition qu'ils estiment plus précise d'un professionnel «hautement qualifié», c'est-à-dire un professionnel qui gagnerait un revenu plus élevé que celui prévisible, basé sur le capital humain «*earning a higher wage than other-wise predicted based on observed human capital*».

Quant à la définition des médecins à « profit élevé», Dostie et Leger (2006-a) expliquent que les médecins canadiens sont généralement payés à l'acte (ou un honoraire pour une consultation). Donc, les taux de rémunération (ou honoraires) peuvent être considérés externe (ou exogène) aux caractéristiques autant observables que non observables car elles interagissent exclusivement avec la spécialité du médecin et la province de pratique. Conséquemment, nous pouvons utiliser les revenus totaux du médecin (l'équivalent des facturations totales) comme mesure du "output" de ces médecins. A cause de cet environnement, nous sommes en mesure d'offrir une définition précise du médecin à «profit élevé», c'est-à-dire un professionnel qui gagne des revenus au-delà de ce qui avait été prévu par ses caractéristiques observables et sa rémunération (honoraires) externe (ou exogène).

Enfin, Dostie et Léger insistent eux aussi à l'instar des autres chercheurs, quant à la nécessité d'analyses plus poussées et détaillées sur la migration internationale et interprovinciale des médecins canadiens, ce qui viendrait appuyer les statistiques descriptives qui constituent selon eux une importante première étape pour comprendre la composition actuelle et future du bassin des médecins canadiens.

Quant à Basu et Rajbhandary (2006), ils suggèrent dans leurs dernières publications sur les facteurs influençant la migration interprovinciale, que les jeunes médecins ont plus de probabilité de migrer que leurs confrères plus âgés. De même les médecins ayant une spécialité médicale ont 57 % plus de chance de migrer que les médecins de famille, les médecins francophones ont 66% moins de chance de migrer que les anglophones, et les immigrants sont 33% plus enclins à se déplacer que les non immigrants. De plus, les résidents de n'importe qu'elle province autre que l'Ontario, ont plus de chance de migrer que les Ontariens. Parmi les résidents des autres provinces que le Québec, la probabilité de migrer est de 3.1 plus élevée pour les francophones. Parmi les médecins non francophones, ceux qui résident au Québec ont 47% plus de chance de migrer que les médecins résidants dans les autres provinces. Enfin, les médecins résidants au Québec et francophones ont 82% de chance de ne pas migrer que ceux qui ne sont pas francophones et qui résident dans une autre province. Dans une autre étude, faisant suite à celle-là, Rajbhandary et Basu (2006), trouvent que le revenu est un facteur déterminant de la migration et significatif du choix de la province de destination pour les médecins résidant dans n'importe quelle province. De plus, la plupart des médecins qui choisissent de migrer hors de leur province maternelle où de celle où ils résident déjà, vont migrer de façon différente selon le lieu actuel de leur résidence. Par exemple, l'Ontario est la destination favorite des médecins résidant au Manitoba, en Colombie Britannique, en Nouvelle Écosse, au Québec, à l'Île du Prince Édouard et au Nouveau Brunswick. La Colombie Britannique est la province favorite des médecins de l'Ontario, de la Saskatchewan et de l'Alberta.

En somme, la migration des médecins en interprovinciale et vers les États-Unis, est influencée, comme pour la migration internationale, par plusieurs facteurs qui peuvent être eux aussi d'ordre économique, professionnel, social ou politique.

Les facteurs professionnels jugés les plus importants, en interprovinciale comme pour les États-Unis, sont l'autonomie professionnelle/clinique, la disponibilité

d'installations médicales, la disponibilité d'un emploi, les conditions de travail et l'état général du système de santé.

La rémunération est aussi très importante, et les États-Unis et les provinces offrant des revenus nets d'impôts les plus importants, jouissent d'une plus grande affluence de médecins.

Aussi, la mauvaise répartition géographique des médecins, le pourcentage de population rurale d'une région ainsi que la distance entre deux provinces ont, quant à eux un impact négatif sur le taux de migration.

De plus, les médecins jeunes, les médecins ayant une spécialité médicale, les anglophones et les immigrants sont plus enclins à se déplacer. La province d'origine ainsi que l'année d'obtention du diplôme, apparaissent aussi comme de bons prédicateurs de l'immigration de ces médecins.

À noter que le Québec est un cas exceptionnel, où la langue agit en tant que barrière importante à la migration, vers et de cette province.

En conséquence, selon les chercheurs, la migration interprovinciale, beaucoup plus que celle vers les États-Unis, justifie une coordination territoriale et provinciale accrue parce que la mobilité absolue des effectifs médicaux entrave les efforts de planification régionale (Kazanjian et coll., 2000 ; Benarroch et Grant, 2004).

#### **D.c. : Déterminants de la migration des médecins québécois**

Dans un mémoire de la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (FMSQ, 1999), c'est la fiscalité notamment un taux d'imposition trop élevé, qui représente un important facteur de «répulsion» au Québec. Elle serait même un frein au développement de la main-d'oeuvre ainsi qu'un facteur de démotivation au travail et donc une entrave à l'accessibilité des soins. Ceci est d'autant plus ironique que, selon la dite Fédération, la législation fiscale contient un certain nombre de mesures incitatives pour des étrangers à venir s'établir au Québec. À titre d'exemple, le gouvernement accordait un congé fiscal de cinq ans pour certains chercheurs étrangers.

Dans cette même veine, lors d'une étude québécoise, conçue par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal et couvrant une période de 15 ans (1986-1999) (Leduc et coll., 2001), il a été publié que les médecins qui choisissent de quitter le Québec le font principalement pour des facteurs professionnels, personnels ou contextuels.

Ainsi, les *facteurs professionnels* comprennent le milieu professionnel stimulant, l'opportunité d'une carrière académique ou de chercheur, la liberté dans les décisions cliniques, le volume de patients dans le domaine d'expertise, le revenu professionnel, la disponibilité des ressources (professionnelles, équipements médicaux, matérielles), le nombre de postes de résidence, l'assurance-médicaments, la restructuration du réseau hospitalier et enfin le financement du secteur de la santé. Pour les *facteurs personnels*, ils comprennent, la préférence du conjoint, la possibilité de carrière du conjoint, la qualité de la vie familiale, l'attachement à la culture québécoise, la qualité du système scolaire, la présence de liens familiaux, la connaissance antérieure de la région et aussi la retraite ou semi retraite envisagée à court terme.

Quant aux *facteurs contextuels*, ils comprennent, la politique linguistique et climat politique du Québec, la disponibilité d'activités culturelles, récréatives et sportives, le climat, le niveau d'imposition sur le revenu, le niveau de criminalité de la communauté, ainsi que l'universalité du système de santé.

Cependant, de tous ces facteurs influençant la migration des médecins québécois, les facteurs professionnels étaient les principaux motifs de départ pour 53,5% des répondants de cette étude. En effet, les auteurs retrouvaient par ordre d'importance, le revenu professionnel (52,3%), la recherche d'un milieu professionnel stimulant (41,6%), la disponibilité des ressources professionnelles nécessaires aux soins des patients (35,2%), la disponibilité des équipements médicaux (33,9%), les plafonds de revenu propres au Québec (33,7%) et le niveau de financement du secteur de la santé (32,7%).

Quant aux facteurs contextuels, les considérations politiques et financières sont à l'origine de plusieurs départs. C'est ainsi que 55,9% des médecins de cette étude mentionnent le climat politique du Québec comme facteur influent. Le niveau d'imposition sur le revenu vient ensuite (47,8% des médecins), suivi par la politique linguistique du Québec (32,7%).

En conclusion à cette revue de littérature, nous pouvons faire état que, la constante mutation de la population mondiale, a créé une sollicitation de plus en plus accrue des soins de santé (OECD, 2000-b). Cette mutation dérive de plusieurs facteurs tels le vieillissement de la population et de la main-d'œuvre de la santé, la chute des taux de natalité, la tendance à la retraite anticipée, et ces facteurs ont une propension à s'accroître (OECD, 1998; Blondal et Scarpetta, 1999). En outre, la mondialisation et la prompte commercialisation des services de santé qui en ont découlé, ont favorisé et même augmenté la concurrence pour l'acquisition d'une main-d'œuvre hautement qualifiée (Adams et Kinnon, 1998). La migration de cette main-d'œuvre et notamment celle de la santé, se retrouve donc être une des conséquences de cette globalisation et commercialisation. Par exemple, les seuls États-Unis avec 5 % de la population mondiale, emploient près de 11 % des médecins du bassin mondial et ses demandes ne font que croître (Chen, Evans, Anand, 2004). Cependant, cette globalisation ne pouvant expliquer à elle seule ce phénomène de migration, plusieurs études ont essayé de comprendre récemment, pourquoi les professionnels de la santé (médecins, infirmier(e)s, techniciens) migraient de plus en plus. Pour expliquer ce phénomène, ces études ont identifié deux catégories de facteurs de migration, quasi l'antonyme l'une de l'autre. Ces catégories contiennent les facteurs de «répulsion» ou «push factors» et les facteurs d'«attraction» ou «pull factors» (Mejia et coll., 1979; OECD, 1997; Public Health Conference, 2003; Zimmermann, 1996; Buchan et coll., 2003; Hillman and Weiss, 1991). Comme nous l'avons aussi vu dans cette revue de littérature, ces facteurs peuvent être subdivisés en facteurs économiques, sociaux, politiques et professionnels. Il a été identifié que les facteurs professionnels étaient

les principaux motifs de départ et que ce groupe de déterminants comprenait le revenu professionnel, la recherche d'un milieu professionnel stimulant, la disponibilité des ressources professionnelles nécessaires aux soins des patients, la disponibilité des équipements médicaux et le niveau de financement du secteur de la santé.

Par ailleurs, nous soulignons la pertinence de notre étude vu que quasi unanimement, les chercheurs dans ce domaine insistent quant à la nécessité d'analyses plus détaillées et précises sur la migration internationale et interprovinciale des médecins canadiens, ce qui, d'une part, mettrait en exergue les résultats des recherches quantitatives antérieures, et d'autre part constitueraient selon eux une importante première étape pour comprendre la composition actuelle et future du bassin des médecins canadiens, ce qui en permettrait une meilleure gestion ainsi qu'une planification pertinente des effectifs.

### III. OBJECTIF DE LA RECHERCHE

*« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer »*  
(Kaufmann, 1996)

Il s'agit d'une étude qualitative visant à examiner en profondeur mais surtout à comprendre les facteurs professionnels qui amènent les médecins québécois à migrer vers une autre province canadienne ou vers les États-Unis. Cette démarche vise à mieux appréhender ce phénomène de migration mais aussi à répondre aux questions suivantes :

- Quel est le principal facteur professionnel qui pousse les médecins québécois à migrer ?
- Quel rôle ce facteur a joué dans cette migration ?
- Pourquoi migrer aux États-Unis et non vers une autre province (et vice-versa) ?
- Quelles étaient les options ou possibilités au moment de la décision de migrer ?
- Qu'est-ce qu'une pratique hors Québec offrait de plus ?
- Le niveau de financement du secteur de la santé a-t-il été une préoccupation importante lors de la décision de migrer ? Sur quels aspects de la pratique cet élément aurait pu jouer (a joué) ?
- Le Québec a-t-il été quitté vers un milieu professionnel plus stimulant ? En quoi ce milieu l'est-il ? Qu'est-ce que ça veut dire un milieu professionnel plus stimulant ?
- Quels ont été les avantages d'une pratique aux États-Unis/ dans une autre province, au niveau de l'accessibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles, comparés à une pratique au Québec ?

- L'augmentation du revenu a-t-elle été une préoccupation majeure lors de la décision de migrer ? Est-ce que le plafond de revenu et la rémunération différenciée selon le lieu de pratique ont eu un impact sur cette décision ?
- Quels sont les bons côtés d'une pratique au Québec ? Quels sont les aspects les moins agréables d'une pratique dans une autre province canadienne ? Aux États-Unis ?
- La liberté dans les décisions cliniques a-t-elle joué dans la décision de migrer aux États-Unis ? Y a-t-il davantage de liberté dans les décisions cliniques en comparant la pratique actuelle avec celle que ces médecins avaient au Québec ?
- Les charges administratives sont-elles plus considérables et compliquées aux États-Unis par rapport à celles du Québec ?

## IV. MÉTHODES DE RECHERCHE

### A) Stratégie et devis de recherche

La stratégie retenue est la recherche synthétique avec, comme devis, l'étude de cas multiples. Cette recherche utilise une approche qualitative élaborant ses conclusions selon un processus logique inductif. Cette approche permet d'approfondir des processus complexes en tenant compte de la temporalité et de la séquence des événements (Groulx, 1997).

### B) Population à l'étude et échantillon

#### Population à l'étude.

Dans cette étude, nous avons défini le médecin québécois migrant comme tout diplômé d'une des quatre facultés de médecine du Québec qui détenait un permis de pratique médicale et qui n'était ni résident, ni interne au moment de son départ vers une autre province canadienne ou les États-Unis. Il devait en outre être citoyen canadien et avoir résidé au Québec avant le début de sa formation médicale.

#### Échantillon.

Notre étude fait suite à une recherche portant sur l'immigration des médecins québécois, dont l'échantillon comprenait tous les médecins ayant émigré du Québec entre 1986 et 1999 vers une autre province canadienne ou les États-Unis (Bilodeau et Leduc, 2002). Ces médecins (n=1426) avaient été identifiés par l'analyse des fichiers du Collège des médecins du Québec, de l'Association médicale canadienne et de l'American Medical Association. Au total, 66% d'entre eux avaient accepté de participer à l'étude. Après élimination des répondants non admissibles (soit ceux n'ayant jamais pratiqué la médecine au Québec, les retraités et les non diplômés

d'une université québécoise), des erreurs de classification des médecins dans les divers fichiers et des questionnaires incomplets, les effectifs étaient de 498 médecins, soit 231 médecins ayant établi leur pratique dans une autre province canadienne et 267 médecins ayant choisi de pratiquer aux États-Unis. Lors de l'étude initiale, un coupon réponse détachable joint au questionnaire sollicitait la participation à un deuxième volet, qualitatif, de l'étude initiale, soit celle rapportée ici. Les médecins intéressés y inscrivaient leurs coordonnées. Parmi les 498 médecins, 113 avaient accepté d'être contactés pour participer à ce volet et avaient déclaré être partis du Québec principalement pour des motifs professionnels.

C'est à partir de cette banque qu'ont été recrutés les participants de notre étude. Au total 22 médecins sont inclus dans l'étude, soit 11 établis ailleurs au Canada et 11 aux États-Unis. Ce nombre s'est avéré suffisant pour atteindre la saturation théorique.

### **C) Méthodes de collecte des données**

Les informations ont été recueillies au moyen d'une entrevue semi-dirigée. Les médecins ont été contactés par téléphone par un agent de recherche, afin de fixer le moment de l'entrevue à leur convenance.

Les entrevues, d'une durée de 15 à 30 minutes, ont été enregistrées avec l'accord préalable des répondants. Elles se sont déroulées en anglais ou en français, selon le choix du répondant, et ont été effectuées par téléphone. Des questions ont servi de points de repères afin de pouvoir à la fois aller au-delà des questions posées et obtenir des renseignements comparables d'un répondant à l'autre. L'entrevue débutait par des questions descriptives et factuelles, évitant de porter à controverse ou à des interprétations. Nous sommes passées ensuite aux questions d'opinions et d'interprétation. Nous avons établi subséquemment des fiches qui comprenaient une série de questions résumant l'entrevue et identifiant les thèmes principaux ayant été abordés. Ces fiches ont aussi permis de fixer les impressions et les réflexions et ont

constitué une façon pratique et rapide d'opérer une première organisation des données (Huberman et Miles, 1991).

À noter que nous avons rencontré quelques problèmes lors de nos entrevues, par exemple, à l'entrevue 1, l'enregistreuse a seulement enregistré la voix de l'interviewer et non pas celle du répondant. Donc, il n'y a pas eu de verbatim. Pour l'entrevue 2, le répondant a été très peu coopératif et elle fut très brève (plusieurs questions ont été occultées).

#### **D) Description des thèmes**

Les trois thèmes suivants ont été abordés durant l'entrevue. Le lecteur peut aussi consulter les grilles d'entrevue que nous avons utilisées pour les médecins établis dans une autre province canadienne, en Annexe 1, et pour les médecins établis aux États-Unis, en Annexe 2.

*1- Parcours professionnel*, mettant en évidence les caractéristiques du cheminement professionnel ainsi que du lieu actuel de pratique. Par exemple: lieu de pratique actuel (ville, état / province), année où le répondant a quitté le Québec, type d'organisation où le répondant pratique actuellement; combien de temps le répondant envisage demeurer dans son lieu de pratique actuel, s'il a déjà songé à le quitter et dans l'affirmatif, quels endroits l'attirent et pourquoi; si le répondant a pratiqué dans d'autres lieux hors du Québec avant son lieu de pratique actuel, les nommer et préciser la durée passée dans chaque endroit ainsi que les raisons pour lesquelles il a quitté ces lieux.

*2- Motifs de départ du Québec* cherche à éclaircir les motivations, et plus précisément les raisons professionnelles, des répondants lorsqu'ils ont quitté le Québec pour s'établir dans une autre province canadienne ou aux États-Unis. En fait, cette section est scindée en deux parties, où la première est en relation avec la question «Pouvez-

vous nous dire pour quelle(s) raison(s) vous avez décidé de pratiquer à l'extérieur du Québec ?», et pour laquelle les répondants ont ressorti spontanément, les raisons professionnelles qui les ont poussé à migrer.

La deuxième partie de cette section cherche à éclaircir les options ou possibilités au moment du choix d'un lieu de pratique, l'attrait et valeur ajoutée d'une pratique hors Québec, de même que le choix d'une pratique dans une autre province canadienne plutôt qu'aux États-Unis. Nous avons aussi cherché à savoir dans cette partie de la recherche, si le niveau de financement du secteur de la santé était une préoccupation importante pour le répondant et sur quels aspects de sa pratique cet élément aurait pu jouer (a joué). Aussi, si le répondant a quitté le Québec vers un milieu professionnel plus stimulant et en quoi son milieu professionnel est plus stimulant que celui qu'il avait au Québec et que signifie, un milieu professionnel plus stimulant, pour le répondant. De même, s'il a quitté le Québec à cause de la disponibilité des ressources matérielles et professionnelles et s'il a eu une amélioration considérable, si le plafond de revenu ainsi que la rémunération différenciée selon le lieu de pratique ont joué sur la décision de migrer. Finalement, nous avons aussi cherché à connaître l'avis de nos répondants sur les aspects moins agréables d'une pratique dans une autre province canadienne ou aux États-Unis ainsi que les bons côtés d'une pratique au Québec.

3- Informations générales, relatives aux questions démographiques : université et année d'obtention du diplôme de médecine, spécialité, lieu et durée de la spécialité, surspécialisation, lieu et durée de la surspécialisation, formation postgraduée (maîtrise ou Ph.D), lieu et durée de cette dernière.

**E) Considérations éthiques**

Déclaration d'Helsinki, article 13:

*« Le protocole de recherche doit être soumis pour examen, commentaires, avis et, le cas échéant, pour approbation, à un comité d'éthique mis en place à cet effet. »*

Toutes les données qui seront utilisées pour la réalisation de notre recherche resteront confidentielles. Cette étude sera soumise à l'approbation du comité d'éthique de la Faculté de Médecine, de l'Université de Montréal.

## V. ANALYSE DES DONNÉES

Les données contenues dans nos verbatim ont été analysées pour construire progressivement une explication, la plus exhaustive possible de notre phénomène à l'étude.

La retranscription de l'ensemble des propos recueillis sous forme enregistrée, totalisait un peu plus de sept d'heures d'entretiens, ce qui nous a procuré un corpus de près de 53 000 mots. Pour analyser ce corpus, nous avons eu recours à *l'analyse de contenu*. Nous avons utilisé deux formes différentes d'analyse de contenu, soit pour la première partie de notre contenu qui réside en une question ouverte, un «*codage ouvert* » ou «*codage sensible au contexte* ». Dans cette forme d'analyse, nous avons nommé plusieurs catégories à la suite d'un examen détaillé des données. Par conséquent, au lieu d'utiliser un cadre prédéterminé des réponses possibles, nous avons travaillé avec le texte réel fourni par les répondants afin de produire des catégories destinées à résumer les données.

Pour la deuxième partie de notre contenu, nous avons utilisé un «*codage fermé*» où toutes nos catégories étaient établies à priori. Pour ce faire, deux chercheurs ont participé aux étapes suivantes, soit le choix des unités de signification ou unités de sens, l'identification des thèmes généraux, la catégorisation et la classification et enfin la confrontation, entre eux, des thèmes et catégories.

Cette deuxième analyse a impliqué un processus d'interprétation itérative après une première lecture des réponses, puis une relecture afin de constituer d'éventuelles catégories émergentes, et enfin, une dernière lecture de réponses sélectionnées pour raffiner le nombre et la signification de ces catégories émergentes d'une manière jugée la plus représentative du texte des répondants.

Chaque réponse a été codée dans autant de catégories que nécessaires afin de saisir une «vue panoramique» des opinions du répondant. Afin de réduire les erreurs potentielles de codage, les réponses jugées « ambiguës » dans le contexte de la

question n'ont pas été codées. Nous avons aussi procédé à des comparaisons entre les analystes ayant participé à cette recherche (Pope et Mays, 1995)

Dans cette même veine, pour assurer la fiabilité, la crédibilité et la transférabilité de nos résultats (Guba et Lincoln, 1989), nous avons décrit les méthodes utilisées pour consigner nos données. De plus, nous avons eu recours à l'enregistrement de nos entrevues téléphoniques avec nos répondants puis à la retranscription mot à mot de ces entrevues.

La fiabilité des résultats de l'étude repose sur l'énoncé explicite des décisions méthodologiques prises en cours d'étude, utilisées pour notre échantillonnage, et des techniques particulières employées pour analyser, condenser, structurer et interpréter le matériel recueilli. En effet, en recherche qualitative, le recueil et l'analyse des données font souvent partie d'une démarche où le chercheur circule d'une étape à l'autre afin que ces étapes s'enrichissent mutuellement. Donc, une analyse des données crédible implique que le chercheur en démontre la précision, la consistance et l'exhaustivité.

En recherche qualitative, la crédibilité ou validité interne réfère à la qualité méthodologique de l'étude dans son ensemble. Le processus d'analyse se doit donc d'être décrit avec suffisamment de détails pour permettre au lecteur d'évaluer si la démarche est crédible.

La notion de transférabilité de l'étude est particulièrement importante à discuter, en recherche qualitative; elle réfère à la notion de généralisation des résultats que l'on retrouve. Dans notre étude, c'est le principe de l'explication qui sera à la base de cette transférabilité. En effet, notre étude qualitative a permis une description fine des mécanismes de production des effets observés lors de l'étude quantitative (Leduc et coll., 2001) qui constitue la première phase de notre recherche.

Dans la section «résultats» qui suit, les fruits de notre analyse seront présentés sous forme de catégories incluant chacune plusieurs citations jugées particulièrement pertinentes à cette recherche. Ces citations seront présentées afin de communiquer au lecteur, les conceptions et idées des répondants qui risquent d'être perdues si on déclare uniquement les catégories, et qui plus est en illustre le sens.

## VI. RÉSULTATS

Dans notre chapitre résultats, nous allons aborder successivement quatre sections, soit une section traitant des caractéristiques de nos répondants, la deuxième section traite des principaux facteurs professionnelles qui ont décidé les médecins québécois à migrer et qui ont de plus, rejailli spontanément lors des entrevues. La troisième section traitera de l'examen approfondi des raisons professionnelles de migration des médecins québécois mais ces raisons là sont établies à priori par les questions contenues dans la grille d'entrevue (Annexes 1 et 2). En dernier, nous présentons la quatrième section en rapport avec les diverses catégories ayant émergé lors de l'analyse de notre corpus.

### A) Caractéristiques des répondants

Dans cette section, les principales caractéristiques de nos deux groupes de médecins participants sont représentées dans le tableau (1).

Nous constatons que la majorité des répondants sont des hommes, d'âge moyen de 52 ans ( $\pm 7,64$ ), dont une moitié est installée dans les provinces canadiennes et l'autre moitié aux États-Unis. Il y a plus de francophones installés aux États-Unis et plus d'anglophones au Canada. Aussi, la plupart des répondants sont diplômés de McGill et ceux-ci ont majoritairement migré vers les autres provinces et non aux États-Unis. Que cela soit pour la spécialité ou pour la surspécialité, c'est aux États-Unis que ces répondants sont prépondérants. L'intervalle 1985-1989 et 1995-1999 a marqué le plus grand nombre de migration chez nos répondants et celle-ci était sensiblement la même en nombre vers le Canada ou vers les États-Unis. Dans leur pratique actuelle, les 2/3 de nos répondants possèdent une affiliation universitaire, qu'ils aient migré ailleurs au Canada ou aux États-Unis.

Aussi, nous invitons le lecteur à consulter l'Annexe 3 où se trouve une description plus détaillée de chacun des répondants. En effet, celle-ci permet de mieux cerner et mettre en contexte les répliques et commentaires de chacun de nos répondants.

*Tableau (1) : Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude.*

	<b>CANADA</b>	<b>ÉTATS-UNIS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ÂGE</b> (moyenne et écart type)			51.95 ± 7.64
< 45 ans	1	2	3
45- 50 ans	3	3	6
50- 55 ans	1	4	5
55- 60 ans	1	1	2
≥ 60 ans	4	1	5
<b>Sexe</b>			
F	1	--	1
M	10	11	21
<b>Langue</b>	<b>CANADA</b>	<b>ÉTATS-UNIS</b>	<b>TOTAL</b>
Français	4	6	10
Anglais	6	4	10
Français+ Anglais	--	1	1
Autres	--	1	1
<b>Université M.D</b>			
McGill	8	6	14
UdM	2	3	5
Laval	1	2	3
<b>Spécialité</b>			
Oui	8	10	18
Non	3	1	4

*Tableau (1) : Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude. (suite)*

<b>Surspécialité</b>	<b>CANADA</b>	<b>ÉTATS-UNIS</b>	<b>TOTAL</b>
Oui	5	8	13
Non	6	3	9
< 5 ans	2	3	5
5-10 ans	5	4	9
≥ 10 ans	4	4	8
<b>Année de Départ</b>			
1985-90	4	4	8
1990- 95	3	2	5
1995-00	4	5	9
<b>Description de pratique actuelle</b>			
Sans lien académique	2	4	6
Avec affiliation universitaire	7	6	13

**B) Principales raisons professionnelles qui ont décidé les médecins à pratiquer à l'extérieur du Québec**

Lors des entretiens avec les répondants, à notre question de la grille d'entrevue : «*Pouvez-vous nous dire pour quelle(s) raison(s) professionnelles vous avez décidé de pratiquer à l'extérieur du Québec ?* », ont jailli spontanément les raisons décrites dans cette section. Nous soulignons qu'à cette étape de l'entretien, les répondants n'étaient pas encore au courant des «principales raisons professionnelles de migration», qui sont des catégories établies à priori dans la grille d'entrevue par les chercheurs de cette étude et que de ce fait, une certaine similitude dans les réponses

puisse apparaître au lecteur. En effet, celle-ci est très probablement due au fait que les principales raisons professionnelles de la migration hors du Québec des répondants de notre étude, soient similaires à celles définies dans l'étude quantitative à laquelle nous faisons suite (Bilodeau et Leduc, 2002) et sur laquelle nous nous sommes appuyées pour concevoir notre grille d'entrevue, ainsi que nos catégories préétablies.

Dans cette première section des résultats, nous constatons que les réponses des répondants ayant migré vers les autres provinces et celles de ceux ayant migré vers les États-Unis, vont sensiblement dans le même sens, ceci à quelques exceptions près ; exceptions que nous exposerons au fur et à mesure de nos résultats.

#### **B-a : Opportunités et conditions de travail**

Unaniment, nos deux groupes de médecins répondent que c'est soit une meilleure opportunité d'emploi qui s'est présentée ailleurs, soit le manque de poste disponible au Québec, qui ont été parmi leurs raisons principales pour migrer. Une meilleure opportunité signifiait selon eux, une offre plus intéressante, soit du point de vue salaire (c'est-à-dire un salaire avantageux et en rapport avec l'effort fourni au travail), soit du point de vue de meilleures conditions de travail (environnement de travail, accessibilité des ressources matérielles, etc.), soit tout simplement du point de vue d'une meilleure stabilité financière. C'est ce qu'illustrent les propos rapportés ci-dessous :

*«...dire autant le revenu que les stabilités des conditions financières, étaient une autre considération importante à venir ici. ENTREVUE 2#E-U»*

*«Moi et mon épouse, on n'a pas déménagé pour l'argent. C'est parce qu'on avait de la misère à se trouver une job.... Et la rémunération est tellement plus importante que on tolère beaucoup plus de choses. Surtout pour un Québécois qui arrive ici, la différence est tellement grande, il y a des fois on est payé 10 à 20 fois plus que la même chose au Canada. En général, c'est disons 5 fois. ENTREVUE 12#E-U»*

*«I was perfectly happy in Québec and in Montreal. So I didn't go because I was unsatisfied. But the offer I got was better: more money, more opportunity, more experience, more challenging. .... That's the positive. ENTREVUE 19#CA »*

*«Je travaillais trop fort pour l'argent que j'étais payé. J'avais pas l'intention de vivre une vie professionnelle comme celle que j'avais au Québec. Mes heures de travail à l'urgence étaient longues et pénibles, puis j'avais pratiqué en Ontario la moitié de l'effort pour plus d'argent. J'aimais mon Québec, j'aimais ma famille, mais après tout, je travaillais pour gagner ma vie. Alors j'ai décidé d'aller la gagner ailleurs, plus confortablement. ENTREVUE 9#CA»*

*«...J'ai quitté pour des raisons vraiment professionnelles, les conditions de travail. ENTREVUE 16#E-U»*

*«...les conditions de travail qui n'étaient pas intéressantes. ENTREVUE 3#E-U»*

Beaucoup des médecins installés aux États-Unis s'en furent pour raisons académiques ou furent recrutés par un hôpital important ou dans un centre de référence prestigieux :

*« I left for academic reasons. I see patients one day a week. I do academics, I do research. ENTREVUE 22#E-U »*

*«.... c'est que le lieu ici était très intéressant. C'est un lieu dynamique, c'est un lieu où il y a beaucoup d'activités, c'est un gros centre de référence. Ça représentait, juste du point de vue académique et du point de vue défi, un plus gros défi que ce que j'avais eu pendant 13 ans à (nom de l'hôpital) ENTREVUE 2#E-U»*

### **B-b : Postes de résidence**

Le manque de postes de résidence, des postes dans des spécialités ne correspondant pas à leurs aspirations ou bien des postes sans salaires (certains médecins avaient un poste de résidence mais celui-ci était non rémunéré) étaient parmi les principales raisons professionnelles, pour plusieurs médecins, pour migrer hors du Québec :

« ... Il y avait pas de poste disponible et donc pas de salaire ENTREVUE 16#E-U »  
 « The main reason was that I wanted to do a residency in community medicine and the position I was offered in Montreal was without salary. So I was basically forced to leave, because I would have stayed, it would have been my first choice if I had had a salary. ENTREVUE 5#CA »

« C'est pour trouver un internat dans la spécialisation que je voulais. ENTREVUE 17#E-U »

« ..... j'étais sur le point de terminer une résidence en médecine familiale au Québec – c'était en 1992 – et puis il est sorti un règlement à ce moment-là au Québec disant que je pouvais pas changer de résidence puis en commencer une autre. Moi j'avais déjà l'idée de m'en aller en spécialité et puis on m'a tout simplement dit que j'avais pas le droit de commencer une résidence en spécialité avant 2 ans, et puis j'ai décidé que c'était pas acceptable pour moi. Alors je suis parti à cause de ça. ENTREVUE 8#CA »

**B-c : Réformes du système de santé et politiques gouvernementales québécoises en matière de main-d'œuvre médicale**

Certains médecins justifient leur départ par le bouleversement provoqué par certaines réformes et autres politiques relatives à la santé provoquant, entre autres, des coupures dans les budgets des hôpitaux, des fusions et fermetures d'établissements:

« La réforme Rochon a détruit mon hôpital. (nom de l'hôpital) à (nom de ville).....Et puis a détruit mon groupe. ENTREVUE 21#CA »

« Because of medical cutbacks, the cutbacks in the health care system, the hospital where I worked had to be taken over by another hospital and all our top people had been fired and then we lost our teaching service and the whole thing deteriorated pretty badly... That was the time when they closed 7 hospitals, and everybody was so stressed and so worried about everything. When I got here, it was different, there was no stress here. ENTREVUE 18#CA »

« C'était principalement que l'atmosphère en 94 était aux coupures, était aux soupes populaires ... et puis on voulait avoir d'autres équipements, puis on n'avait pas d'opportunité du tout d'avoir ça. ENTREVUE 4#E-U »

Ces politiques de la santé ont eu aussi comme conséquence un manque en matières de ressources professionnelles et matérielles :

*«...Lack of resources and a reasonable set-up to work in. Basically lack of hospital resources, research resources, that sort of thing. ...just having facilities to do the work, resources, personnel, and not being held sort of hostage to the government, being able to get appropriate funding outside the government. ENTREVUE 15#CA»*

*«I thought the practice of medicine there was very oppressive because of limitations in patient access, in technology, access to technology... ENTREVUE 11#E-U»*

*« I think that Quebec is falling behind in terms of medicare in general. ENTREVUE 13#CA»*

De plus, certaines de ces politiques et réformes relatives à la santé ont eu des répercussions directes sur les salaires des médecins, telles les rémunérations différenciées pour favoriser l'installation dans les régions éloignées :

*«...quand il a commencé à y avoir des compressions budgétaires, ni plus ni moins ça a démotivé du personnel infirmier. Il y a eu les mises à la retraite, ce fameux plan-là, où les hôpitaux savaient pas, le 30 juin 1997, qu'est-ce qui était pour se passer le lendemain. Ce qui est complètement ridicule et insensé, comme façon de procéder. Je pense qu'il y a eu un écoeurement général du côté du personnel infirmier. Il y a eu beaucoup de démissions, beaucoup de retraites, il y a eu un plan de mises à la retraite. Puis, par exemple, il y a eu des secteurs qui ont été dévastés dans les hôpitaux. Si on regarde à (nom d'hôpital)par exemple, le secteur des soins infirmiers dans les salles d'opération, ça, ça me touchait directement, parce que, je l'ai expliqué, si le volume de travail dans les salles d'opération chutait, à ce moment-là moi j'étais otage de ça du côté financier. Alors quand les revenus baissent d'un mois à l'autre de 50%, c'est pas enclin à une quiétude personnelle pour une bonne pratique médicale ou académique. ENTREVUE 2#E-U»*

Il y eu aussi les coupures de plus de 30%, touchant surtout les spécialistes et ceux ne demeurant pas en région :

*«Raison un : moi, quand j'ai commencé à pratiquer, il y a une nouvelle loi qui est arrivée au moment où je commençais à pratiquer, où tous les nouveaux spécialistes étaient coupés de 30% pour les 5 prochaines années. ENTREVUE 3#E-U».*

### **C) Étude approfondie des raisons professionnelles de migration**

Dans cette section, nous allons détailler les différentes catégories des raisons professionnelles ayant influencé la migration de notre groupe de médecins vers les autres provinces canadiennes ou vers les États-Unis. Ces différentes catégories, contrairement à celles émergeant spontanément du discours de nos répondants et mentionnées dans le chapitre précédent, ont été déterminées à priori, par les chercheurs de cette étude. Il s'agissait ici de vérifier si ces facteurs avaient joué dans leur décision de partir.

Tel que mentionné, ces catégories préétablies sont le revenu, la disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles, le financement, les options ou possibilités au moment du choix du lieu de pratique, l'attrait vers le nouveau lieu de pratique, la valeur ajoutée d'une pratique hors Québec. Nous avons aussi, le choix d'une pratique aux États-Unis vs au Canada, le milieu professionnel stimulant, les aspects moins agréables d'une pratique hors du Québec, les bons côtés d'une pratique au Québec, la liberté dans les décisions cliniques et enfin les charges administratives.

#### **C-a. Le revenu**

En plus du revenu comme tel, nous avons voulu savoir spécifiquement comment la rémunération différenciée selon le lieu de pratique et le plafond du revenu au Québec ont joué, dans cette prise de décision de migrer au niveau de nos deux groupes de médecins.

Tous les médecins de notre échantillon, ont rapporté qu'ils ont augmenté leurs revenus en migrant, toutefois pour la plupart d'entre eux, ce n'était pas la principale raison pour avoir changé de lieu de pratique :

*«Je dois dire que non dans le sens que, effectivement, quand je pratiquais au Québec, j'avais quand même un bon salaire. Mais je fais beaucoup, beaucoup, beaucoup plus maintenant. Mais c'était pas le premier choix. ENTREVUE 4#E-U».*

*«Je pense que si j'étais en pratique privée dans une petite ville, personnellement j'aurais l'impression d'avoir vendu mon âme pour de l'argent. Tout au moins, je suis dans un grand centre universitaire qui est international, c'est-à-dire que je rencontre des gens du monde entier ici. ENTREVUE 16#E-U»*

Malgré cela, et de façon très intéressante, pratiquement tous nos répondants ont estimé que les revenus des médecins au Québec étaient ridiculement bas, voire à la limite de l'offensant et qu'ils justifiaient pleinement le désir, sinon la nécessité de changer de lieu de pratique :

*«...If you can't earn a living, it hurts, and if you train for 15 years you expect to hopefully make enough money to support yourself the rest of your life, and you can't often do that. In fact, whereas most of the people I know here in Ontario, after 10 years of working are out of debt, they don't owe anyone anything anymore, virtually everyone I know in Quebec still have very large mortgages on their homes and they can't afford things, they can't afford to go places, they can't afford to do things and they're working very hard. So it does make a difference that way. ENTREVUE 15#CA»*

*«Je voulais me réessayer au Québec. J'ai essayé 2 fois puis j'en avais plein mon casque....J'aimais mon Québec, j'aimais ma famille, mais après tout, je travaillais pour gagner ma vie. Alors j'ai décidé d'aller la gagner ailleurs, plus confortablement. ENTREVUE 9#CA»*

**Reconnaissance et valorisation de la profession médicale**

Des arguments comme la valorisation de la profession médicale ainsi que les politiques gouvernementales en matière de rémunération de la main-d'œuvre médicale semblent avoir joué un rôle majeur chez nos répondants. Plusieurs médecins, ayant migré dans les autres provinces canadiennes, mais ceux aussi partis aux États-unis, expriment n'avoir eu aucune reconnaissance du gouvernement provincial, ni pour leur travail ni pour leur qualification. Cette non reconnaissance était aussi reflétée au niveau de la rémunération. De plus, les médecins ayant migré dans les autres provinces canadiennes estiment ne pas avoir eu d'incitatifs pour mieux performer, mais plutôt avoir été considérés comme source de dépense additionnelle au Québec, à contrario des autres provinces et des États-Unis qui considèrent leurs médecins comme une source de bénéfice :

*« La différence ici, dans un hôpital un médecin est pas regardé comme un gars qui amène des dépenses. Il est regardé comme un gars qui amène des revenus à l'hôpital. Il génère des revenus. .... Nous autres, au Québec, les docteurs, on génère des dépenses. Tandis qu'ici, on génère des revenus pour l'hôpital. C'est une méchante différence dans la vue que l'hôpital a des docteurs. Au Québec, à l'hôpital, on génère des dépenses. Ça fait qu'ils aiment pas les docteurs. Tandis que nous autres, dans un hôpital tous les docteurs sont les bienvenus, puis plus tu amènes de monde, plus tu amènes de tests, plus tu amènes de procédures, plus l'hôpital t'apprécie. ENTREVUE 7#E-U»*

*« On peut pas avoir des gens sur le plan professionnel qui passent la moitié de leur vie à s'entraîner, puis se faire mettre dans un système où ils se font dire qu'ils sont des pas bons à longueur d'année. Ça a pas de bon sens. ENTREVUE 21#CA »*

*«J'avais été faire une surspécialité pour revenir au Québec parce que j'avais vu des choses horribles, puis les gens ont pas compris qu'il y avait quelqu'un qui voulait faire quelque chose, puis on n'a pas pris avantage. Il y a un je-m'en-foutisme au Québec, c'est incroyable de voir ça. ENTREVUE 12#E-U»*

*« ...un hôpital qui est bien géré, un groupe de médecins qui est bien géré, qui est bien administré, qui sont efficaces, qui font un travail de qualité, ils ont des incitatifs, ils sont rémunérés en conséquence. Ce qui n'existe pas au Québec. ENTREVUE 2#E-U»*

*«Les directeurs généraux des hôpitaux sont payés des salaires de crève-faim. Ils en ont pour leur argent. Le salaire est, quoi, 150 000? Mon directeur d'hôpital, il est payé 475 000 piasses par année, comme s'il était le président d'Hydro-Québec. Il l'est presque : il gère 350 millions de fonds publics année, après année, après année. C'est une mentalité différente. Ça se questionne pas, ça se change pas, ça, là. Alors les gens vivent ça. ... Ma rémunération provenait de 3 ou 4 sources différentes. J'avais un salaire de l'université, j'avais un salaire payé par l'hôpital pour des fonctions administratives, mais pas un salaire ridicule. Et puis, en plus, et c'est sur le budget de l'hôpital, en plus l'hôpital me garantit un plancher clinique, que j'opère, que j'opère pas, que je travaille, que je travaille pas. (4-5 mots inaudibles) au Québec, madame, (1 mot inaudible) en prison. Alors la différence culturelle tout de suite est là, hein ? ENTREVUE 21#CA»*

Plusieurs médecins installés aux États-Unis, mais aussi quelques-uns au Canada, ont une perception notoire que le salaire, non seulement était une reconnaissance de leur travail, mais aussi qu'il est une juste récompense pour tous les efforts investis dans leur formation médicale :

*«C'est sûr que la rémunération pour les médecins au Québec est, je dirais, presque honteuse ... Évidemment, après avoir passé 20 ans de ma vie en train de me former, on aimerait bien qu'on soit récompensé d'une manière décente. Ça, c'est sûr. ENTREVUE 16#E-U»*

*«I can tell you that nurses make more in the United States than some physicians do in Canada. And I am not kidding you. They should be ashamed of that. They're not going to attract physicians there with that attitude ENTREVUE 10#E-U»*

*«... mais je peux vous dire que j'ai doublé mon revenu en venant ici. Parce que ce que je fais a été reconnu, puis ils m'ont payé en conséquence. ENTREVUE 21#CA»*

*«... if you train for 15 years you expect to hopefully make enough money to support yourself the rest of your life, .... So it does make a difference that way. ENTREVUE 15#CA»*

*«Je pense que l'opportunité de pouvoir traiter des gens et d'être bien rémunéré, ou d'être rémunéré pour ce qu'on fait, c'est primordial. ENTREVUE 4#E-U »*

*«..... en médecine, quelle que soit la réputation de la personne, quelle que soit la qualité de sa pratique, c'est le même montant. Alors donc, si on veut du point de vue très cru strictement financier, ça donne quoi, d'être une sommité ? Parce que le gouvernement vous traite pareil. C'est la même façon que vous êtes traité. Vous recevez le même montant, que ce soit en*

*pathologie ou en autre chose, que vous soyez la sommité en orthopédie, ou que vous soyez le botcheux au coin de la rue, c'est le même montant. Alors donc il y a pas de différence ! ENTREVUE 2#E-U»*

*«Mais est-ce que c'est juste, de pénaliser les gens à (nom d'hôpital) pour un travail qu'ils font, qui est considéré par le gouvernement, qui est considéré par tout le monde, comme un travail indispensable à la santé des enfants du Québec. On pénalise ces médecins-là qui font des fellowships à l'extérieur, des gens qui passent des 2, des 3, des 4 ans supplémentaires, après leur résidence, à aller se former aux États-Unis ou ailleurs, reviennent à (nom d'hôpital); puis des gens qui font pas de fellowship, qui s'en vont directement travailler à Cité de la Santé, pour utiliser un exemple, rapidement font 2 à 3 fois leur revenu pour un travail qui est pas nécessairement de meilleure qualité. ... Non, un moment donné je pense que c'est assez, de se faire prendre pour un fou. ENTREVUE 2# E-U »*

### **Politiques gouvernementales en matière de rémunération de la main-d'œuvre médicale**

Le plafond de revenu et la rémunération différenciée, ont joué de manière négative et directe mais aussi indirecte sur les salaires de la plupart des médecins. Il semble que ce soient les médecins installés aux États-Unis qui critiquent le plus ouvertement ces politiques.

*«J'étais loin du plafond et j'avais aucun espoir de même l'atteindre. Où ça jouait de façon indirecte c'est que lorsque certains cliniciens autour de moi atteignaient leur plafond, à ce moment-là ils arrêtaient de produire. Alors ça m'en faisait moins. ENTREVUE 2#E-U»*

*«Salary caps and basic pay. I came through a time when I was penalised constantly in Quebec and I ended up with pay checks that were ridiculous compared with doing anywhere near the equivalent in Ontario. In my job, when I was in Montreal, I easily made less than half of what I would have made in Toronto. ENTREVUE 18 – CA»*

Par ailleurs, les médecins touchés par ces deux facteurs, exprimaient qu'ils ne pouvaient pas se permettre de rester au Québec avec ces revenus-là, et même que c'était une grande composante dans leur décision de migrer hors Québec :

*« ... too much concern over not being able to work after 2 out of 3 months because of the caps, which is not why most people go into medicine... If you can't earn a living, it hurts, and if you train for 15 years you expect to hopefully make enough money to support yourself the rest of your life, and you can't often do that. In fact, whereas most of the people I know here in Ontario, after 10 years of working are out of debt, they don't owe anyone anything anymore, virtually everyone I know in Québec still have very large mortgages on their homes and they can't afford things, they can't afford to go places, they can't afford to do things and they're working very hard. So it does make a difference that way. ENTREVUE 15#CA».*

*«Je suis rémunéré à l'acte. En 92, quand je suis arrivé ici, j'étais rémunéré à l'acte, mais j'étais mieux payé à l'acte qu'au Québec. La différence valait le transfert pour moi. ENTREVUE 9#CA»*

*« ... tout de suite en commençant, j'étais coupé de 30%. J'avais des confrères beaucoup plus âgés, 60-65 ans, qui m'appelaient pour un conseil de ci, telle sorte de fracture, les nouvelles techniques, si je pouvais aller les aider. C'est moi qui faisais la chirurgie et j'étais payé 30% moins qu'eux autres..... Moi, j'avais des dettes, j'avais pas l'intention de prendre 10 à 12 semaines de vacances. J'avais aucun intérêt pour ça. ENTREVUE 3#E-U »*

Même s'ils n'ont pas été touchés, certains médecins déclaraient que la rémunération différenciée et le plafond du revenu, étaient de sérieux arguments pour partir et même un motif important pour ne pas revenir au Québec :

*« ....c'est des facteurs qui, moi, m'ont pas affecté directement parce que je suis parti juste avant de commencer ma pratique là-bas. Mais ça m'affecterait énormément, et présentement, si j'étais au Québec puis que je voulais partir, oui, ce serait une grosse raison pour laquelle je partirais, parce que la rémunération différentielle, j'ai toujours été contre ça, j'ai toujours été opposé à ça. Je pense que ça n'a aucun sens....En tant que nouveau médecin, j'aurais été pris dans le 70% pendant un bout de temps. Je sais plus qu'est-ce que c'est rendu présentement, mais dans le temps c'était 70% pour les 3 premières années, à moins de s'expatrier en région éloignée. Puis ça, clairement c'est quelque chose qui m'aurait sûrement incité à aller voir ailleurs. ENTREVUE 8#CA»*

D'autres ont clairement expliqué que leurs modiques revenus étaient du principalement au mode de rémunération à l'acte, appliqué au Québec, et qui

favorisait le «volume» de consultation et non la «qualité», ni «l'expertise» du médecin :

*«...une chose, encore une fois, qui est très importante, c'est le fait que j'étais dans un centre académique, (nom d'université) où les revenus étaient largement gérés par le tarif à l'acte. Le tarif à l'acte, dans les centres hospitaliers où les cas sont plus lourds et plus difficiles, c'est pas difficile à concevoir que vos revenus sont désavantagés par rapport aux centres hospitaliers où les cas sont un gros volume de petits cas faciles. C'est assez facile à comprendre. Alors donc moi je me voyais pénalisé financièrement, alors que les gens qui étaient mes anciens résidents allaient dans des centres hospitaliers où ils recevaient des revenus qui étaient 30, 40, 50% supérieurs aux miens. .... Mais où ça joue, par exemple, c'est le mode de rémunération, c'est-à-dire qu'encore une fois on revient aux méthodes de rémunération à l'acte, puis c'est là où ça rejoint cette affaire-là, c'est que la méthode de rémunération à l'acte, encore une fois, pénalise ceux qui ont un volume limité de cas difficiles ou de cas lourds, parce que la rémunération n'est pas proportionnelle. ENTREVUE 2#E-U»*

En outre et injustement, certaines spécialités étaient plus touchées que d'autres :

*«Je pense que, par exemple, les spécialités, par exemple la chirurgie cardiaque est rémunérée en général bien plus. Je sais que quand j'ai quitté le Québec dans les années 80, de tous les chirurgiens, c'était les neurochirurgiens qui faisaient le moins d'argent au Québec. Et pour une raison assez simple, c'est que si on faisait beaucoup d'actes chirurgicaux, on était mieux rémunéré que de faire un acte qui durait toute la journée. Et comme en général en neurochirurgie on fait des opérations de longue durée et c'était très mal récompensé de la part du gouvernement, je pense que les neurochirurgiens étaient 2 fois pénalisés, si on veut. ENTREVUE 16#E-U»*

*«... Aussitôt qu'il y avait une pénurie d'anesthésistes, aussitôt qu'il y avait une baisse dans les activités des salles opératoires, ça allait directement nous frapper, nous, en pathologie. Donc moins de spécimens qui rentraient, donc les revenus chutaient. Donc il y avait pas moyen de prévoir ce qui se passait. ENTREVUE 2#E-U»*

Certains médecins considèrent aussi que la question des quotas a empêché bien des médecins d'être compétitifs et de continuer à produire :

*« Avec les plafonds de revenus....le docteur qui a le plus gros revenu est pas nécessairement le meilleur. Mais le docteur qui voit le plus de patients est nécessairement le plus apprécié. Puis là un moment donné, avec ces quotas-là, ceux qui étaient appréciés de leurs patients puis qui travaillaient beaucoup, qui avaient beaucoup de clientèle ou n'importe quoi, se trouvaient pénalisés. Ça, je l'ai vécu. Qu'est-ce que tu veux, c'était les règles du jeu dans le temps. ENTREVUE 7# E-U»*

**C-b. La disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles**

L'objectif de notre recherche étant les facteurs professionnels ayant influencé la migration des médecins québécois vers les autres provinces et aux États-Unis, nous sommes enquis auprès de nos médecins à propos de l'impact de la disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles, sur leurs décisions de migrer. Nous percevons une légère différence entre les déclarations des médecins installés ailleurs au Canada, comparativement à ceux installés aux États-Unis.

En effet, quasi unanimement, les médecins établis aux États-Unis disent avoir perçu une grande différence par rapport à l'accessibilité et la disponibilité des ressources, et que c'était très gratifiant pour les médecins d'avoir accès aux moyens dont ils avaient besoin pour effectuer leurs activités et même que ceci avait un impact très appréciable sur la santé de leurs patients :

*« ...puis aussi, ça a un impact important sur la santé des gens, la santé des patients, la guérison des patients, puis le traitement des patients aussi. ENTREVUE 4#E-U »*

*«Disons, pour un médecin, c'est plus facile de référer tes patients à un spécialiste, plus facile d'aller en opération, plus facile d'avoir des tests; mais au bout de la ligne, la qualité de vie des patients est probablement meilleure pour les patients cardiaques parce que c'est beaucoup plus facile : un cathétérisme ici, tu peux avoir ça dans la même semaine. ENTREVUE 7#E-U»*

Ces médecins ont renchéri que cela les changeait des frustrations vécues au Canada et au Québec :

*«Ça se compare pas. Le Canada est quasiment un pays en voie de développement, comparé aux États-Unis. Et le problème c'est que les gens s'en rendent pas compte. Les Canadiens et les Québécois pensent qu'ils sont bien traités, mais, en tout cas dans ma spécialité, c'est lamentable, la situation au Québec.*

*Et c'est dommage que les gens le savent pas. ENTREVUE 12#E-U»*

*« Je suis directeur du Gamaknife ici, qui est un instrument pour faire de la radiochirurgie.*

*Malgré le fait qu'on a essayé de faire venir cette machine au Canada, jusqu'à date le Canada reste le seul pays occidental, presque, qui n'a pas cette machine-là. Alors c'est un exemple des frustrations sans doute que beaucoup de*

*médecins canadiens ressentent face au gouvernement. ENTREVUE 16#E-U »*

*« ... parce que quand on revenait dans les hôpitaux puis qu'on voulait avoir, je sais pas, un autre appareil d'échographie, ou n'importe quel autre appareil, on nous disait que c'était pas notre tour, qu'on faisait face à des restrictions budgétaires et puis qu'on allait peut-être considérer ça dans 4 ou 5 ans. ENTREVUE 4#E-U»*

*«It offers more time with patients, easy access to investigational testing, easy access to state-of-the-art testing which is not available in Quebec, easy access to operating room time and superior remuneration. ENTREVUE 11#E-U»*

*«Un gros avantage. Il y a beaucoup d'instruments qui sont disponibles. La première chose quand je suis arrivé ici, le catalogue d'instruments était ouvert, « choisissez, on va commander ce dont vous avez besoin ». Nous, c'était comme au compte-gouttes, on avait des vieux instruments. ENTREVUE 3#E-U»*

Quant aux médecins ayant migré vers les autres provinces, ils ont eux aussi indiqué, et pour la plupart, une amélioration drastique au niveau des ressources :

*«Anything that you can want, you can get. Tests, support, personnel that you can work with that will help you to bring ideas forward for research, things like that, as well as clinic support staff that are highly motivated and trained and want to work hard. And even having enough colleagues around who are also good in their field. ENTREVUE 15#CA»*

*«L'équipement, c'en est ridicule. Hier, mon infirmière vient me voir, elle me dit, « écoute, on a 10 000 dollars à dépenser, il faudrait s'acheter 4 bras robotiques pour notre chirurgie ». (2-3 mots inaudibles) après-midi, il m'a dit, « s'il fait ton affaire », bang, on en a achetés 4. Ils vont arriver la semaine prochaine. Je me pose même plus ces questions-là. Mais c'est une ville un peu spéciale : je suis dans mon bureau, la veille de Noël, ou 2-3 jours avant Noël, un de mes patients, un monsieur assez âgé, m'appelle puis il dit, « écoute, je suis avec mon avocat puis je regarde mes affaires de fin d'année. Tu te rappelles de moi ? » « Oui ». Il dit, « j'aimerais ça te donner 150 000 pour tes affaires. Ça ferait-tu ton affaire ? » « Oui, ça ferait mon affaire ».*

*Puis la semaine d'après, on a eu un autre donateur de 650 000.*

**ENTREVUE 21#CA»**

Cependant, d'autres répondants nous ont décrit une détérioration au détriment de l'accessibilité des ressources dans leurs nouvelles provinces de pratique (Ontario et Colombie Britannique), au cours des dix dernières années, surtout en comparaison à la même pratique qu'ils avaient eu au moment de leur arrivée en ces nouveaux lieux :

*«I think that 10 years ago, when I came, British Columbia was very strong economically and people were moving here, money was coming in, there was lots of money going into health care, and then the last 8 years we had an NDP government which has not been supporting business and not supporting health care. So I think it's really been political that B.C. is no longer the fastest growing province, where all the head offices are leaving. I think the environment is not supportive to business in B.C. now.*

*And it was when I moved. ENTREVUE 19#CA»*

*«Si on m'avait posé la question il y a 10 ans, j'aurais sûrement dit oui d'emblée sans y penser 2 fois. Le système de santé en Ontario s'est grandement détérioré depuis 10 ans. Probablement que c'est moins le cas présentement, que ça a été dans le passé, mais c'est probablement toujours vrai. ENTREVUE 8#CA»*

Par contre, certains médecins ont avoué leur ignorance en la matière parce qu'ils ne pouvaient tout simplement pas juger du sujet, ayant changé de spécialité ou de type de travail en migrant hors du Québec :

*«It's hard to judge because I completely changed what I was doing. I was working on the internal medicine ward in a specialised hospital in Montreal and I went to a small family medicine clinic where I look at little earaches and stuff. So it's completely different.*

ENTREVUE 18#CA»

D'autres médecins installés dans les autres provinces canadiennes, sont d'avis que les problèmes des politiques de santé en général, et la problématique du manque de ressources en particulier, étaient communs à tout le Canada et non seulement au Québec :

*«Non. C'est les mêmes problèmes partout.* ENTREVUE 14#CA»

*«... I think B.C. is the same. I mean, there are bad budget cuts everywhere.* ENTREVUE 19#CA»

*«I think Canada has a big shortage of anaesthetists as well as other subspecialities and the governments right across the country are not doing very much to attract new people, and the training programs themselves are not necessarily doing a good job I think anywhere in attracting and graduating enough people. So that when we get older, in 15-20 years, how many people will be there? There's more people retiring right now in many of the specialities than there are graduating, and yet the population is increasing. So that's a worry and the governments are not taking that into account.* ENTREVUE 15#CA»

### **C-c. Le financement**

Parmi les raisons professionnelles de la migration des médecins québécois vers le reste du Canada et vers les États-Unis, le niveau de financement du secteur de la santé a eu des répercussions importantes sur leur pratique et sur leur décision de migrer.

#### **Financement du réseau de la santé**

En effet, nos deux groupes de répondants considèrent que le niveau de financement du secteur de la santé, et les remaniements qu'il a subis, comme les coupures au niveau du budget des hôpitaux, ont eu des conséquences incontestables sur la qualité des soins de santé. Ceci eut un impact considérable sur la disponibilité des postes de

résidences, sur la motivation du personnel soignant mais aussi et surtout sur la rémunération des médecins.

*«Le système est sous-financé au Québec de façon obscène. Les gens réalisent pas ça, puis il y a pas d'intérêt de société de faire ça. Il y a pas d'intérêt pour l'excellence. Il y a pas d'intérêt pour quoi que ce soit. ENTREVUE 21#CA»*

*«I think the public health residency was one of the first to be hit when the budget cutbacks were happening, and I don't think that was a similar situation for other people wanting to study other specialities. But it definitely changed things for me because I ended up staying here, which I hadn't expected to do. ENTREVUE 5#CA »*

*«Je pense que ça peut difficilement durer comme c'est là en ce moment. Il y a des grosses réformes auxquelles ils vont être obligés de faire face. Un système à 100% soutenu par le gouvernement, je pense que le seul pays au monde qui fait ça, c'est le Canada, puis je vois ça difficilement. ENTREVUE 3#E-U»*

*«Quand tu vas dans des congrès et puis tu te spécialises dans d'autres choses, que tu reviens dans ton hôpital et puis qu'on te dit, « on peut pas t'acheter ça parce qu'on est sur un budget », je pense que ça a un impact assez important..... c'était évident parce que quand on revenait dans les hôpitaux puis qu'on voulait avoir, je sais pas, un autre appareil d'échographie, ou n'importe quel autre appareil, on nous disait que c'était pas notre tour, qu'on faisait face à des restraints budgétaires et puis qu'on allait peut-être considérer ça dans 4 ou 5 ans.....Je pense que le Québec, dans cette ligne-là, a fait faux bond en voulant rationaliser au plus haut point le traitement des gens. ENTREVUE 4#E-U »*

*«Au Québec, quand même qu'un hôpital va mal, quelle maudite différence ça fait? Parce que si l'hôpital va bien, l'argent est enlevé puis est donné à l'autre hôpital qui va mal, pour équilibrer les budgets. Alors c'est quoi, l'incitatif? C'est bien de valeur, mais les gens, médecins au autres, c'est pas des anges. Les gens ont besoin d'incitatifs dans leur vie. Puis les incitatifs dans le monde occidental, c'est le fric. C'est aussi simple que ça. ENTREVUE 2#E-U»*

### **Retentissement du financement du réseau de la santé sur la qualité des soins**

Les répercussions furent au niveau de l'accès aux ressources (tests de laboratoires et diagnostics, lits, salles d'opération, etc.), au niveau de l'allongement des listes d'attente ainsi que sur les délais.

*«Ils passent des semaines dans les corridors au Québec ! Alors ici, passer une nuit comme ça, ils écrivent des lettres au directeur de l'hôpital, ils écrivent des lettres à leur congressman, aux journaux. Ça fait un bruit incroyable. Et au Québec, c'est devenu presque routine. ENTREVUE 16#E-U»*

*On dit toujours que c'est les problèmes de cancer, puis il y a les listes d'attente pour les pontages, puis tout ça; mais en ophtalmologie il y a plein, plein de gens qui deviennent aveugles à cause de... Les cataractes, on devient pas aveugle. Il y a plein de maladies de la rétine, de diabète, qui sont pas traitées à temps, et qu'ils deviennent aveugle à cause de ça. Ça, c'est une évidence. C'est un scandale..., c'est évitable en ayant plus de docteurs qui sont surspécialisés puis qui savent ce qu'ils font puis qui sont intéressés à travailler. ENTREVUE 12#E-U»*

*«Je pense que le Québec, dans cette ligne-là, a fait faux bond en voulant rationaliser au plus haut point le traitement des gens. Pour l'avoir vécu pendant 9 ans, je pense qu'il y a des gens qui en souffrent, je pense qu'il y a des gens qui en meurent. ENTREVUE 4#E-U»*

#### **C-d. Options ou possibilités au moment du choix du lieu de pratique**

Pour la plupart, les répondants ayant migré dans les autres provinces canadiennes avaient plusieurs propositions d'emploi au moment de leur migration, ces offres étaient soit au Québec soit ailleurs au Canada. Malheureusement, les propositions qui étaient au Québec n'étaient pas intéressantes, alors que celles qui étaient ailleurs au Canada l'étaient. Les répondants y ont ainsi migré. D'autres répondants installés au Canada sont tout simplement restés dans les provinces où ils avaient fait leur résidence sans chercher à postuler ailleurs.

*«Mes options, mes possibilités, en fait c'est que j'ai fait ma résidence ici, et puis évidemment l'endroit où on fait sa résidence, c'est toujours l'endroit où on établit le plus de contacts parce qu'on connaît tout le monde dans la place. Et puis quand j'ai fini ma résidence ici à Toronto, j'avais 3 offres d'emploi sur la table de 3 hôpitaux ici à Toronto, puis ça s'est fait tout naturellement que je suis resté ici.....Disons que j'ai pas eu d'offres au Québec, mais je les ai pas vraiment cherchées non plus ENTREVUE 8#CA»*

*« When I left I went to the first place I could think of, without looking at anything.  
ENTREVUE 18#CA»*

*«I didn't apply in the U.S, but I decided I wanted to stay in Canada. I was looking at few other offers when I left Québec, one in Ottawa and one in Vancouver at the time.  
ENTREVUE 19#CA»*

Quant aux médecins ayant migré aux États-Unis, pour eux, soit qu'ils n'avaient pas eu d'offre d'emploi au Québec ou au Canada à la fin de leurs études, soit que les postes au Québec n'étaient pas intéressants, ou encore qu'ils n'ont tout simplement pas cherché à postuler aux postes québécois car ces derniers étaient considérés comme pas intéressants ou simplement étaient sans salaires. Par contre, presque tous ces médecins avaient eu plusieurs propositions aux États-Unis.

Certains mentionnent même la présence d'agences de recrutement qui prospectent en approchant indistinctement tous les médecins :

*«J'ai eu 7 lettres d'universités américaines m'invitant à descendre aux États-Unis pour présenter quelque chose, avec les frais payés et tout, et finalement j'ai choisi de m'installer à l'université de Yale....toutes les options étaient aux États-Unis, et non au Canada.  
ENTREVUE 16#E-U»*

*« Il y a des dizaines et des dizaines d'emplois (aux États-Unis)...au Québec Il y a eu des approches, mais elles étaient pas satisfaisantes. ENTREVUE 12 # E-U»*

*« De façon hebdomadaire, avant que je prenne ma décision de venir où je suis en ce moment, ça a pris presque un an. pendant cette année-là, juste au bureau où j'étais, par fax il y avait des agences de recrutement ici aux États-Unis qui faxaient des offres sans qu'on ait vraiment de contrôle. Ça arrivait directement. ENTREVUE 3#E-U»*

C-e. *Attrait vers le nouveau lieu de pratique*

Toujours dans la même optique d'approfondir les raisons professionnelles de migration des médecins québécois, nous nous sommes aperçues que pour nos deux groupes de répondants, l'attrait vers leurs nouveaux lieux de pratique était pour ainsi dire analogue. Cet attrait portait sur des rémunérations beaucoup plus avantageuses ainsi que de meilleures conditions et modalités de travail (type de travail, responsabilités, atmosphère de pratique etc.).

*«Travailler moins pour plus d'argent : Moins fort pour une meilleure rémunération. ENTREVUE 9#CA»*

*«Parce que j'aime bien l'atmosphère de pratique aux États-Unis. ENTREVUE 4#E-U »*

La disponibilité des ressources matérielles et académiques aussi a joué un rôle attractif sur nos médecins à savoir, des ressources plus accessibles, à la pointe de la technologie ainsi que la possibilité de faire de la recherche ou d'entreprendre de nouveaux programmes très pointus en certaines spécialités, initiative qu'ils ne pouvaient entreprendre au Québec.

*«I chose it because the facilities were top notch: a brand new hospital, a brand new clinic, lots of money. They had everything. And the style of practice was nice. . ENTREVUE 18#CA»*

*«Practising in an academic centre, with state-of-the-art technology. ENTREVUE 11#E-U»*

*« On offrait de bâtir un programme. Moi je fais de la chirurgie laparoscopique, de la laparoscopie assez avancée, puis on nous a offert de bâtir un programme de chirurgie laparoscopique. ...C'était un peu une bénédiction, alors on nous a donné beaucoup de ressources. ENTREVUE 21#CA»*

Le défi professionnel et la réputation des universités aussi ont joué un rôle significatif dans l'attrait de ces nouveaux lieux de pratique, par rapport à nos médecins québécois :

*«La zone d'influence que procure le poste de directeur général ... par rapport aux standards de la médecine spécialisée au Canada...c'était un défi en fait d'engager ou de diriger un profond changement dans l'intérêt public par rapport à la médecine spécialisée.*

ENTREVUE 20#CA»

*«...c'était un poste, ici, à Yale, qui était en fait très intéressant, dans une grande université américaine. Grande dans le sens clinique... C'était la réputation de l'université.*

ENTREVUE 16#E-U»

Néanmoins, certains médecins allèguent des facteurs non professionnelles telles, la température, la géographie mais surtout la proximité de Montréal comme principal attrait de leurs nouveaux lieux de pratique. Cela pour des raisons surtout d'ordre affectif et familial, telles la proximité des parents et amis mais aussi, l'éducation des enfants en français ou la proximité de la famille du conjoint :

*«La proximité de Montréal. Je suis à une heure et demie de Montréal.....Comme moi, mon fils, je l'envoie à l'école française. .... Je l'envoie en Ontario. On habite de l'autre bord de l'Ontario, sur le bord du Fleuve. Puis il va à l'école française en Ontario.* ENTREVUE 12#E-U »

*«La différence culturelle entre Philadelphie puis Montréal est beaucoup moins grande que la différence culturelle entre Montréal puis Memphis... la proximité de Montréal, c'est-à-dire qu'on peut se rendre assez facilement à Montréal en auto. Donc, vu qu'on a de la famille, des amis là-bas, on retourne fréquemment à Montréal.* ENTREVUE 2#E-U »

*« Moi j'étais de Montréal, puis ma femme était de Cleveland. Alors on a choisi entre ces 2 villes.* ENTREVUE 17#E-U»

C-f. Valeur ajoutée d'une pratique hors Québec

La valeur ajoutée d'une pratique hors Québec, que ce soit pour nos médecins installés dans les autres provinces, ou ceux partis pour les États-Unis, va sensiblement dans le même sens que l'attrait distinctif de chaque endroit élu pour migrer. En effet, la plus-value d'une pratique hors du Québec, proposait elle aussi une meilleure rémunération avec un taux d'imposition relativement plus bas et sans pénalités financières. Elle offrait aussi comme exposé dans la section précédente, de meilleures conditions de travail du point de vue stabilité, ainsi que par exemple des incitatifs monétaires, de même qu'une meilleure accessibilité aux ressources et aux équipements.

- Caractéristiques des rémunérations hors Québec :

*«Puis aussi la rémunération pour les médecins au Québec est plutôt inférieure, puis les impôts sont supérieurs... meilleurs avantages fiscaux... Il y a plus de stabilité là (Ontario) ENTREVUE 14#CA»*

*«I think the main thing is that the University of British Columbia will pay much more for someone to do either administrative or subspecialty work. It's maybe twice as much salary for the same type of job at UBC, compared to McGill where I was. ENTREVUE 19#CA»*

*«Tandis qu'ici, aux États-Unis, il y a des incitatifs à la performance, c'est-à-dire, si l'hôpital va bien, l'hôpital a des surplus, l'hôpital redonne ces surplus à ses employés. Du chef de chirurgie, au balayeur de plancher, tout le monde a des bonis, tout le monde a des augmentations de salaire quand ça va bien. ENTREVUE 2#E-U »*

- Conditions de travail

*«Moi je suis surgeon-in-chief, mon partenaire est directeur du programme. On nous a donné tout l'équipement qu'on voulait. La fondation a ramassé un million. Ils nous bâtissent l'été prochain 2 salles d'opération state-of-the-art de chirurgie laparoscopique. Notre nouvel étage est maintenant en construction, où on va avoir sur le même étage tous les malades, une unité d'endoscopie qui comprend 6 salles d'endoscopie et un centre d'apprentissage où les*

*fellows de chirurgie laparoscopique et les fellows de chirurgie de gastro-entérologie d'intervention vont partager les mêmes lieux. Alors moi, sur le plan professionnel, c'est absolument impossible de trouver quoi que ce soit qui ressemble à ça au Québec.*

ENTREVUE 21#CA.»

*«The facilities (équipements) were definitely superior....The financial resources for the hospital in the community. Also, it's not that any other place can't be well-run, but this place was particularly well-run. What did it offer more than Quebec. In Québec there was so much stress going on, in Montreal, in the medical facilities. That was the time when they closed 7 hospitals, and everybody was so stressed and so worried about everything. When I got here, it was different, there was no stress here.* ENTREVUE 18#CA»

*«I thought the practice of medicine there was very oppressive because of limitations in patient access, in technology, access to technology, and in remuneration....Lots of things. It offers more time with patients, easy access to investigational testing, easy access to state-of-the-art testing which is not available in Quebec, easy access to operating room time and superior remuneration.* ENTREVUE 11#E-U»

- Type de pratique

Toutefois, nos répondants installés aux États-Unis rapportent que hors Québec, le type même de pratique était particulièrement intéressant, et plus en rapport avec la formation médicale propre de chacun, avec des rapports très personnalisés avec les patients et des cas plus complexes et plus intéressants du point de vue scientifique.

*«J'ai un beaucoup plus grand contrôle sur la pratique, sur ce que je peux faire, les instruments qui sont disponibles pour opérer, les heures de chirurgie....J'ai beaucoup plus de laxité, de possibilités....Je travaille beaucoup plus en ce moment que je travaillais au Québec. Avant, il y avait un plafond à ce moment-là. Là j'ai pas de plafond.* ENTREVUE 3#E-U»

*«Une qualité de travail qui n'existe pas au Canada, un accueil qui n'existe pas au Canada pour des nouveaux médecins....Ça veut dire qu'on n'est pas obligé de voir 75 patients par jour pour subvenir à nos besoins. On a des temps opératoires tant que je veux, et avec tout l'équipement que je veux, et avec les infirmier(e)s qui coopèrent... Il y a moins de compétition, il y a moins de docteurs surspécialisés dans la pratique, puis il y a des listes d'attente trop longues, les patients sont pas référés à temps.* ENTREVUE 12#E-U»

- Recherche académique

La possibilité de faire de la recherche et la réputation académique des universités et hôpitaux, étaient aussi des prérogatives que le Québec n'offrait pas.

*« Much better-known around the world, much better ties with other large hospitals. ENTREVUE 15#CA »*

- Qualité de vie

Selon certains médecins la qualité de vie, personnelle et professionnelle, était elle aussi meilleure que celle qu'ils avaient au Québec.

*« un enrichissement .....on travaille avec des groupes avec des perspectives différentes sur des questions semblables, il y a un enrichissement toujours considérable...je pense qu'il y a des gens qui le font parce qu'il y a des opportunités, je pense, plus variées et plus considérables à l'extérieur du Québec. Deuxièmement, je pense que des défis nouveaux, ça fait partie. Puis troisièmement, je pense qu'un des facteurs importants également, c'est en fait de trouver à l'extérieur du Québec des conditions de rémunération et de qualité de vie potentiellement plus grande. ENTREVUE 20#CA »*

- Entrepreneurship

De même, nos répondants ont reporté l'aspect «affaires» offert aux États-Unis, représenté par toute l'industrie satellite du secteur de la santé :

*« la capacité de faire de la business avec notre travail, c'est-à-dire je suis orthopédiste, il y a des orthèses associées, de la physiothérapie qu'on peut inclure dans notre clinique, il y a de*

*la résonance magnétique. Il y a tout un aspect business qui est paramédical, qui est disponible, qui m'intéresse. ENTREVUE 3#E-U»*

- Pratique privée

Puis certains médecins ont choisi de s'installer hors Québec, parce qu'ils voulaient pratiquer dans le domaine privé, vu surtout les avantages pécuniaires qui venaient avec ce type de pratique :

*«Je veux dire pas dire que les États-Unis c'est un endroit parfait, mais je pense qu'un moment donné le système en partie public et en partie privé, ils n'auront pas le choix d'aller vers ce système. Ce sera pas une décision politique, ça va être une décision de fait ENTREVUE 4#E-U»*

### **C-g. Choix d'une pratique aux États-Unis vs au Canada**

Quant aux motivations du choix du lieu de pratique dans une autre province canadienne plutôt qu'aux États-Unis, les réponses de nos médecins furent bien sûr différentes selon que leur choix fut de rester au Canada ou de s'installer aux États-Unis.

- Pour les médecins ayant choisi une autre province canadienne

Les raisons de cette décision furent avant tout de type idéologique en rapport avec les politiques américaines. En effet, les répondants n'appréciaient pas le climat des politiques de santé américaines, qu'ils trouvaient trop capitalistes à leur goût, trop axées sur le «business» et auxquelles ils préféreraient le système plus socio-démocratique retrouvé dans les politiques de santé canadienne.

De plus, pour certains médecins, il existerait une limitation des libertés de prises de décisions cliniques dans la pratique médicale aux États-Unis.

*« We have Medicare, medical coverage for everybody. ... And I talked to different people. I find that you can't necessarily do what you want in managed care. They'll tell you what to do, and patients that need help may not get help ... And I think that there is too much of a business attitude down there, whereas I think it is a better social aspect to medicine in Canada. I support the Canadian system. ENTREVUE 18#CA »*

*« I think probably the health care system. I think I prefer to practise in a Canadian than an American health care system. ENTREVUE 19#CA »*

Il y a aussi tout l'aspect relatif à la culture, l'éducation des enfants ainsi que la qualité de vie aux États-Unis, et qui ne satisfaisaient pas certains des médecins restant au Canada :

*« Aux États-Unis, je dirais sans doute que l'accent est très net sur la rémunération accrue et les ressources accrues. Ça ne se traduit pas de la même façon nécessairement en une qualité de vie. Combien de mes collègues sont allés aux États-Unis, ont fait beaucoup, beaucoup plus d'argent, mais sont revenus rapidement à cause de questions au sujet de l'éducation de leurs enfants, de la violence dans les lieux où ils se retrouvaient, et en fait, des exigences de la vie quotidienne également en terme de travail... de meilleures conditions financières et en terme de ressources ne se traduisent pas nécessairement par une plus grande qualité de vie, et j'ai l'impression qu'il y a probablement plus d'opportunités pour une plus grande qualité de vie dans certains secteurs canadiens, d'une façon plus importante qu'aux États-Unis. ENTREVUE 20#CA »*

*« The American style of practice is not of interest to me and I've got no interest in being American.... And I never could see any substantial benefits to going there that would make any significant difference in my life ENTREVUE 18#CA ».*

*« Parce que j'ai 6 enfants puis ça me coûterait trop cher, les élever dans les écoles américaines. ENTREVUE 9#CA »*

D'autres médecins ont préféré ne pas s'installer aux États-Unis pour des raisons plus personnelles comme l'éloignement ou encore parce qu'ils préféraient tout simplement rester chez eux, dans leur pays.

*«I never thought about going to the States. I wanted to stay close to home and I always wanted to stay in Canada. ENTREVUE 5#CA »*

*«...My family is in Montreal, and Ottawa is not very far from Montreal, and yet, it's not in Quebec. So I established my practice in Ottawa ...I thought about it (U.S), but it's a little too far and I preferred Canada. ENTREVUE 13#CA»*

*«...je suis allé aux États-Unis, j'ai bien aimé ça là-bas, j'ai aimé la vie là-bas, j'ai aimé la pratique là-bas, mais disons que le Canada c'est chez nous, puis je pense qu'il y a pas vraiment de raison clinique, professionnelle. Je pense que si j'avais à partir aux États-Unis pour une raison quelconque, si on me faisait une offre que je trouvais intéressante là-bas, j'irais puis probablement que j'y penserais pas 2 fois.  
Mais présentement j'ai aucune intention d'y aller. ENTREVUE 8#CA»*

*« a surprising number went to the States. But quite a few people came here. It's just because it's so close. You always think of Montreal as your home. So I feel like it even though I'm way up here. When I take my holidays, I go to Montreal. Montreal is still my home.  
ENTREVUE 18#CA»*

► Pour les médecins ayant choisi de migrer aux États-Unis

Outre le revenu, argument récurrent chez quasi tous les répondants installés aux États-Unis, les raisons de ce choix furent principalement en rapport avec les problèmes et conditions de pratiques sévissant dans les autres provinces, et qui étaient similaires à celles vécues au Québec. De ce fait, il n'était pas attrayant pour eux de changer de lieu de pratique pour rester dans le même genre de problèmes et difficultés :

*«Because, by and large, the same problems that exist in Quebec exist in other Canadian provinces. ENTREVUE 11#E-U»*

*«J'avais pas d'intérêt à aller en Ontario, même si j'ai une licence en Ontario. Le problème en Ontario est le même qu'au Québec, sauf qu'ils sont payés 40% de plus. Mais ça m'intéressait pas. Aux États-Unis, c'est bien meilleur que l'Ontario, même. ENTREVUE 12#E-U»*

*«C'est parce que les autres provinces à ce moment-là, moi j'ai quitté en 94, et elles faisaient à peu près face au même système de coupures et de rationalisation.*

*Tandis qu'aux États-Unis il y avait beaucoup d'offres...*

*Les perspectives d'avenir s'avéraient mieux aux États-Unis. ENTREVUE 4#E-U»*

*« Je pense qu'une partie de la masse globale des raisons, c'est qu'on n'arrivait plus à soigner les gens, et puis il y avait les listes d'attente, puis il y avait des délais interminables. Et puis il y avait aussi les fermetures de lit. Ce qu'il y a encore au Québec, d'ailleurs, je crois...Je veux dire pas dire que les États-Unis c'est un endroit parfait, mais je pense qu'un moment donné le système en partie public et en partie privé, ils n'auront pas le choix d'aller vers ce système. Ce sera pas une décision politique, ça va être une décision de fait. ENTREVUE 4#E-U »*

D'autres médecins, trouvaient qu'il y avait très peu de demande dans leur spécialité au Canada contrairement aux États-Unis. En effet, pour ces médecins, les États-Unis sont plus peuplés et donc plus susceptibles d'offrir davantage d'opportunités et de postes intéressants :

*«Premièrement c'est parce que je suis dans un champ extrêmement limité, qui est la pathologie pédiatrique. Au Canada, il y a peut-être, au plus, une demi-douzaine de centres hospitaliers où un pathologiste pédiatrique peut avoir une pratique intéressante. C'est Vancouver, c'est Toronto, c'est Ste-Justine, le Montreal Children's jusqu'à un certain point, puis Halifax. On a rapidement fait le tour. Alors si ça s'adonne qu'à Toronto il y a pas d'ouverture à ce moment-là, ça fait 20% des possibilités qui chutent. C'était très limité. Tandis qu'aux États-Unis, avec 10 fois plus de population, c'est facile à croire qu'il y avait tout simplement plus de possibilités. ENTREVUE 2#E-U»*

Le Canada n'offre pas les possibilités des États-Unis dans la recherche en général et il semble que les postes à responsabilités soient assez limités.

*«Je pense que du côté des fonds pour la recherche, des fonds qui sont là pour aider dans l'achat d'un équipement spécialisé. le support qu'on donne aux médecins afin de pouvoir accomplir leurs tâches, sans doute ce côté-là est mieux développé ici. ENTREVUE 16#E-U»*

Les médecins pensaient aussi que les conditions scientifiques et académiques étaient moins disponibles dans les autres provinces canadiennes qu'elles ne l'étaient aux États-Unis.

*«Comme je vous ai dit, il y avait pas de poste vraiment académique qui était aussi intéressant que le poste qu'on m'offrait à (Université américaine réputée)... Je pense qu'il y a certains neurochirurgiens qui arrivent à avoir quand même une pratique intéressante au Canada, mais ils sont peu nombreux. J'entends de la part de mes collègues, donc les neurochirurgiens en particulier, beaucoup sur les problèmes d'avoir des fonds de recherche, d'avoir du temps. Ils sont plus que comblés avec le côté clinique. Ils arrivent pas à avoir des salles d'opération pour leurs malades, ou des lits. C'est toujours les mêmes problèmes qu'on entend, et malheureusement ça a pas l'air de s'améliorer, parce que sinon, je pense que je serais plus en train de vivre aux États-Unis, mais au Canada. ENTREVUE 16#E-U»*

D'autres médecins ont privilégié les États-Unis à cause des avantages des programmes de formation qui y étaient offerts :

*«I originally left for the education piece and it was a better training environment here at the time. ENTREVUE 22#E-U»*

De plus, la relation médecin patient, le contrôle ainsi que le style de pratique de nos voisins du Sud étaient eux aussi assez captivants pour s'y établir :

*«...aux États-Unis il faut que tu travailles, vu que tu es responsable. Comme moi, ma tournée, mes patients s'attendent que c'est moi qui les vois demain matin. Ils s'attendent pas à voir un de mes partenaires ou n'importe quoi. Si je suis absent,*

*il y a pas de problème, ils voient mon partenaire. Tandis qu'au Québec, ils ont installé une routine que c'est différents médecins qui font les tournées...  
Je pense pas que je travaille plus d'heures qu'au Québec. Mais je suis disponible plus d'heures. Ça, c'est une grosse différence. Parce que si un de mes patients va à l'urgence, puis le docteur à l'urgence veut me parler, je suis attaché à mon Bellboy, parce que s'il veut me parler, il faut que je sois là pour lui répondre, ou que j'aie un autre docteur assigné pour répondre pour mes patients. Au Québec, on n'avait pas ces organisations-là...  
Je pense que la relation avec le patient est plus serrée, ici aux États-Unis. ENTREVUE 7#E-U »*

*« J'ai un beaucoup plus grand contrôle sur la pratique, sur ce que je peux faire, les instruments qui sont disponibles pour opérer, les heures de chirurgie. J'ai beaucoup plus de laxité, de possibilités. Je travaille beaucoup plus en ce moment que je travaillais au Québec.  
Avant, il y avait un plafond à ce moment-là. Là j'ai pas de plafond.  
Quand j'ai commencé à travailler au Québec, j'avais l'intention de prendre 10 à 12 semaines de vacances à cause du plafond. Donc ça. Puis évidemment il y a la rémunération qui est beaucoup, beaucoup plus intéressant ici. Il y a d'autres choses aussi : la capacité de faire de la business avec notre travail, c'est-à-dire je suis orthopédiste, il y a des orthèses associées, de la physiothérapie qu'on peut inclure dans notre clinique, il y a de la résonance magnétique. Il y a tout un aspect business qui est paramédical, qui est disponible, qui m'intéresse. Pour avoir toutes ces possibilités-là. C'est impossible pareil dans les autres provinces canadiennes. ENTREVUE 3#E-U »*

D'autres médecins soulignaient que les incitatifs et perspectives d'avenir semblaient meilleurs aux États-Unis avec également le sentiment de plus de stabilité financière et au travail :

*« ...la compétition existe aux États-Unis. C'est très bon, la compétition en médecine, parce que ça amène une meilleure qualité des services et aussi une attitude où les gens sont pas assis pendant 20 ans, ils font la même chose pendant 20 ans, puis après ils prennent leur retraite. Il y a plein de docteurs qui font ça.  
Tandis qu'ici, s'il y a un gars de l'autre bord de la rue qui fait quelque chose de mieux que toi, il a appris une nouvelle technique, il faut que tu l'apprennes parce que si tu l'apprennes pas, (4-5 mots inaudibles). Ça fait que le niveau augmente tout le temps. Tandis que au Québec, ça avance pas. Il y a certains docteurs qui se décident à faire quelque chose, puis s'ils décident de pas le faire, ça se fait pas. Il y a plein de choses qui se font pas au Québec.  
Comme ma spécialité en rétine, ça n'existe pas, parce qu'il y a aucun des 5 docteurs de Montréal qui le fait. ENTREVUE 12#E-U »*

*« ...si on regarde dans le milieu médical, il y a pas mal plus de motivation ici. Tandis qu'au Québec, on a vécu que de la morosité pendant 10 ans. Alors comme atmosphère de travail c'était très démotivant. Sans compter les équipements, etc., etc. ENTREVUE 2#E-U »*

Finalement, il y avait encore des raisons personnelles et géographiques (température du sud) qui faisaient pencher la balance vers les États-Unis :

*« I'm married to a U.S. citizen, so we're close to her family. ENTREVUE 10#E-U »*

### **C-h. Milieu professionnel stimulant**

Nous avons voulu approfondir ce point de vue, surtout en regard de la perception qu'ont nos répondants d'un milieu professionnel plus stimulant et en quoi leurs nouveaux milieux professionnels étaient plus stimulants que ceux qu'ils avaient quitté au Québec.

Les deux groupes de médecins partagent l'avis, qu'un milieu professionnel plus stimulant est un milieu qui encourage la performance, l'ambition et la motivation. Par exemple, en fournissant des fonds de recherche, des ressources matérielles et professionnelles mais aussi en procurant des incitatifs à la performance comme les incitatifs monétaires :

*« There isn't enough motivation and I think a lot of that is that the infrastructure is running down... There's 2 departments I know of at McGill, in ophthalmology, that people were put in as chief of the department the year after they graduated from their subspecialty, and that shows that there is no one interested in being there, which is very sad, because – and I'm sure it's not that different at the University of Montreal in some areas – it indicates that there just aren't people willing to stay there. ENTREVUE 15#CA »*

*« Tandis qu'ici, aux États-Unis, il y a des incitatifs à la performance, c'est-à-dire, si l'hôpital va bien, l'hôpital a des surplus, l'hôpital redonne ces surplus à ses employés. Du chef de*

*chirurgie, au balayeur de plancher, tout le monde a des bonis, tout le monde a des augmentations de salaire quand ça va bien... un hôpital qui est bien géré, un groupe de médecins qui est bien géré, qui est bien administré, qui sont efficaces, qui font un travail de qualité, ils ont des incitatifs, ils sont rémunérés en conséquence.*

*Ce qui n'existe pas au Québec. ENTREVUE 2#E-U»*

*«Il y a pas de compétition, on nivelle par le bas. Tout ce qui semble excellence, élitisme, c'est (1 mot inaudible)... Ici, comme chirurgien en chef, je suis en charge de l'évaluation annuelle de tous les membres de mon département. S'il y a quelque chose, l'évaluation c'est peut-être un peu par-dessus bord ici, mais il y a une grille, il y a 4 personnes qui font l'évaluation. Le*

*C.V. académique de chacun des membres est online ici. Il y a un logiciel Windows spécialement des C.V. du département de chirurgie. C'est peut-être un peu ridicule aussi dans l'excès contraire, mais c'est même pas la même planète, c'est une galaxie différente ici.*

*Moi, ma production académique a probablement triplé depuis que je suis ici. ... C'est pas compliqué, regardez le ... (Centre hospitalier universitaire) dans ... (ville du Québec). Du jour au lendemain on a pris les professeurs d'université, des gens qui avaient jamais rien fait, qui avaient jamais fait une présentation scientifique de l'autre bord du pont .... Écoutez, c'est de la folie furieuse, ça, là. C'est comme si du jour au lendemain, on a nommé des officiers universitaires, puis il est tombé des lames de feu. Ces gens-là sont devenus académiciens. Ils ont jamais publié un article en comité de revue,*

*révision de pairs, rien. ENTREVUE 21#CA»*

*« Je pense que du côté des fonds pour la recherche, des fonds qui sont là pour aider dans l'achat d'un équipement spécialisé, le support qu'on donne aux médecins afin de pouvoir accomplir leurs tâches, sans doute ce côté-là est mieux développé ici. ENTREVUE 16#E-U»*

Nos médecins, surtout ceux installés aux États-Unis, sont d'avis que hors Québec, le personnel médical est plus dynamique et ambitieux, que la compétitivité est omniprésente mais que c'est aussi l'unique façon pour rester dans la course, tandis qu'au Québec, les quotas ont empêché les médecins d'être plus productifs, en plus de complètement abolir la continuité des relations médecin patient :

*«...c'est autant le dynamisme des gens qui nous entourent, c'est la mission de l'hôpital dans lequel on est, que ce soit un grand centre de référence, que ce soit le dynamisme des gens avec qui on travaille ... c'est pas que les gens ici sont plus intelligents que les gens au Québec. ENTREVUE 2#E-U»*

*«Je dirais qu'il y a plus d'ambition ici, aux États-Unis. Je pense que la compétition est plus forte chez les docteurs. ... Tandis qu'au Québec, avec leurs quotas, ils ont empêché les docteurs qui produisaient beaucoup, de continuer à produire...  
Avec les plafonds de revenus. .... Ici, aux États-Unis, le gars qui s'occupe pas de son monde, il en voit pas, de monde. Il ramasse ses valises, puis il déménage ailleurs...  
S'il est pas capable de s'en monter une, clientèle, il fait ses valises, puis il s'en va ailleurs.  
...Tandis qu'au Québec, ... Combien de gens que j'ai vus, qu'au point de vue goût de la médecine ou n'importe quoi, qui voulaient faire des périodes de travail pour gagner leur vie, puis après ça, pas avoir la responsabilité de rien.  
Quand tu pratiques, puis ton patient est à l'hôpital à 3 heures du matin, puis tu vas le voir parce que ça va pas bien, ça fait partie de la vie, ça fait partie du monde médical. Au Québec, ils ont tout enlevé ça. Il y a des gens qui s'occupent du patient à l'hôpital, puis l'autre fait rien que son bureau...  
Mais ça, avec leurs quotas, moi j'ai toujours dit qu'ils ont favorisé ceux qui voulaient pas travailler. Mais ici, aux États-Unis, ...  
il faut que tu travailles, puis il faut que tu prennes tes responsabilités. Si tu donnes pas de services à ton monde, ça, c'est sûr que tu fais tes valises. Tu auras pas de clientèle. Tu pourras pas faire vivre ton bureau. ENTREVUE 7#E-U »*

Abstraction faite des salaires, l'environnement de travail plus agréable et plaisant, moins stressant et inconfortable, est aussi un argument rendant le milieu professionnel plus stimulant et attirant pour nos médecins des deux groupes :

*«I think salary caps are important, but they're not everything, and especially in teaching university centres, there are a lot of staff people at the University of Toronto making salaries certainly a lot less than the Quebec caps. They're not making much money at all, but they're very happy because they have a good work environment. ENTREVUE 15#CA »*

*«...plus agréable, moins exigeant. Pas plus profitable, plus stimulant. C'était plus viable. ENTREVUE 9#CA»*

*«Je pense que oui, parce que, effectivement, l'endroit où je pratiquais au Québec, c'était (ville du Québec), au (région du Québec). C'était pas que c'était pas stimulant, mais on pratiquait, on pratiquait, on travaillait comme des fous. Tandis qu'aux États-Unis, actuellement je travaille pas autant qu'au Québec. ENTREVUE 4#E-U »*

Le fait aussi d'avoir un rapport plus personnalisé avec les patients, de pouvoir passer plus de temps avec eux, de voir des cas plus rares et plus intéressants, rendaient le milieu du travail plus stimulant (ENTREVUE 6#CA) :

*«Probably, yes. That wasn't the reason I left, but it probably is, yes...  
I'm in a regional referral centre. The kinds of patients that I see are very interesting.  
It's sort of a unique practice opportunity here... Also, just a higher percentage of the  
patients I see are challenging because I'm in a referral centre, even more so than in Québec,  
even in the big centres. I'm seeing a higher percentage  
of very complicated challenging patients. ENTREVUE 22#E-U »*

De plus, la pratique médicale de type privée ainsi que la possibilité de travailler dans des institutions moins rigides où le niveau de responsabilité est élevé (ENTREVUE 1#E-U), là où il y aurait plus d'opportunités d'amélioration et de perfectionnement, rendaient le milieu de travail considérablement stimulant :

*«There were promotions. I became head of a hospital department...And B.C. is a younger  
medical school, so there's less rigidity. There's more opportunity, I think, for advancement.  
It's less rigid than some of the older schools. ENTREVUE 19#CA »*

*«That's exactly it, yes... When I went to Edmonton I was the head of a large clinic and when  
I came back here (Ottawa) it was because I wanted to go into private practice. ..It was a  
different type of work, because in Quebec I was working on an in-patient unit, and this was  
outpatient. ENTREVUE 13#CA »*

*«...pour moi je traduisais ça en terme de diversité, de nouveaux défis, de nouvelles  
rencontres, de nouvelles personnes, un nouveau milieu. Pour moi, en fait c'est une autre  
façon d'exprimer la stimulation...en venant ici, je me trouvais exposé, du côté de l'Ontario, à  
des expériences différentes, à un milieu complètement différent, qui est extrêmement  
stimulant sur le plan professionnel.... Une diversité là aussi extrêmement stimulante... Les  
fonctions nous obligent à nous ajuster et puis j'ai toujours trouvé ça un élément très positif.  
ENTREVUE 20#CA »*

Quant aux médecins qui ont choisi de s'installer aux États-Unis, l'opportunité de pouvoir faire des affaires dans leur milieu de pratique, rendait ce dernier très attractif et stimulant :

*«...Je dirais pas que c'est beaucoup plus stimulant. Où j'étais, c'était intéressant. Mais ce que je trouve stimulant aussi, c'est tout le côté affaires qui va autour de la pratique, de la clinique. On a toutes sortes d'options, toutes sortes d'avenues affaires, des orthèses, une résonance dans notre pratique, on peut ajouter de la physiothérapie. ENTREVUE 3 #E-U »*

Par contre, certains médecins n'ont pas trouvé leur nouveau lieu de pratique plus stimulant que celui qu'ils avaient au Québec, et cela surtout parce qu'ils pratiquaient dans des territoires lointains ou ruraux. Cependant un des répondants jugeait les médecins du Québec généralement meilleurs que ceux de l'endroit des États-Unis où il a migré :

*«...Je crois pas ça. ... les médecins au Québec sont aussi bons, et beaucoup de fois meilleurs, que les médecins ici. Au Québec, c'est plus égal, je dirais, qu'ici. Ici il y a des médecins qui sont superbes puis des médecins qui sont, disons, moins que ça. Et ma mémoire du Québec c'est que tout le monde était au moins bon. Et je dirais pas ça de tous les médecins ici. ENTREVUE 17#E-U»*

### **C-i. Aspects moins agréables d'une pratique hors Québec**

Lorsque nous avons voulu savoir auprès de nos deux groupes de répondants, quels étaient les aspects les moins agréables de leur pratique hors du Québec, deux sous-catégories émergèrent spontanément et au niveau des deux groupes, à savoir une dichotomie entre les inconvénients professionnels et les inconvénients contextuels (qualité et style de vie, géographie, etc.). Nous nous sommes rendus compte aussi qu'il n'y avait pratiquement aucune analogie dans les réponses des médecins de nos

deux groupes dans les catégories ‘Inconvénients professionnels’, et ‘Inconvénients contextuels’.

❖ **Inconvénients professionnels**

Nous allons examiner ces inconvénients professionnels séparément, au niveau des provinces canadiennes, ensuite au niveau des États-Unis.

➤ **Provinces canadiennes**

Auprès de nos répondants ayant choisi de s'établir dans une autre province canadienne, deux nouvelles sous-catégories nous apparaissent, soit les répondants qui trouvaient que les inconvénients étaient communs et similaires à toutes les provinces canadiennes et ceux qui avançaient des particularités à chacune des provinces où ils ont migré.

• **Inconvénients communs à toutes les provinces**

La gestion du système de santé canadien semble être le fondement des problèmes du réseau de la santé, selon certains de nos répondants, et cela dans la mesure où le système de santé est loin d'être sous-financé ou manquant de ressources mais plutôt que sa gestion est très inappropriée. En effet, pour nos répondants, ceci se manifeste particulièrement au niveau des carences en ressources matérielles et en main-d'œuvre professionnelle, ce qui rend la pratique médicale au Canada très malaisée :

*«I think the poor management of health care everywhere. I mean, it's true in my province, but it's true in every province. So I think health care is very badly managed and it's, not underfunded, but it's not appropriately funded. We're funding things that shouldn't be done and we're not funding things that should be done.*

*So I think it really is that management of scarce resources is bad in health care.*

ENTREVUE 19#CA »

*« I would say the biggest problem is really the general Canadian health care problem that a lot of people in varied resources are beginning to become strained ... I think in general it seems like there is a shortage of physicians in general everywhere ...*

*I think Canada has a big shortage of anaesthetists as well as other subspecialties and the governments right across the country are not doing very much to attract new people, and the training programs themselves are not necessarily doing a good job I think anywhere in attracting and graduating enough people. So that when we get older, in 15-20 years, how many people will be there? There's more people retiring right now in many of the specialities than there are graduating, and yet the population is increasing. So that's a worry and the governments are not taking that into account. ENTREVUE 15#CA »*

- Particularités provinciales

Certains de nos répondants nous spécifièrent les particularités de certaines provinces comme les problèmes inhérents à certaines institutions telles la «Ontario Drug Benefit Program» ainsi que l'«Association canadienne de protection médicale» ou CMPA qui rendent particulièrement harassante la pratique médicale dans certaines provinces :

*«The only thing is the Ontario Drug Benefit Program: It's almost like managed care. You have to write a special prescription with the reason why you prescribe a lot of medications, because they subsidise some of the medication prescriptions for a fairly major category. I don't know if it's 20 or 30%, of the population which is on that. And so, they try to keep us from prescribing medications that are expensive, or they try to find other excuses and its harassment and the Ontario Medical Association is trying to fight them. ENTREVUE 18#CA»*

*«Un autre inconvénient majeur, ...mais ça je trouve que c'est un gros, gros inconvénient d'être en Ontario, c'est le coût de l'assurance professionnelle. L'Association canadienne de protection médicale, le CMPA, ils sont en train d'instituer des frais différenciés d'une province à l'autre, c'est-à-dire les primes d'assurance professionnelle sont plus élevées dans les provinces qui sont plus à risque et puis moins élevées dans les provinces qui sont moins à risque, puis malheureusement le système judiciaire ontarien fait que les dédommagements qui ont été donnés aux patients qui ont poursuivi avec succès des médecins, les dédommagements ont été énormément plus élevés en Ontario que dans d'autres provinces, probablement parce que les systèmes judiciaires en Ontario ont été plus généreux, ou je sais pas s'ils ont une façon différente d'évaluer les choses. Tout ça pour dire que l'Association canadienne de protection médicale, ça leur a coûté énormément d'argent en Ontario, comparé à d'autres provinces, puis là ils veulent nous charger énormément plus ici que dans d'autres provinces. Alors ça, c'est des choses que je trouve négatives, de vivre en Ontario ENTREVUE 8#CA»*

Aussi, l'attitude intrinsèque des professionnels de la santé des autres provinces canadiennes, à l'égard de leurs nouveaux confrères ainsi que le milieu de pratique très compétitif et le comportement assez différent des anglophones, semblent rendre les autres provinces canadiennes bien moins attrayantes pour nos répondants québécois qui y ont migré :

*«Paediatricians in BC have a small town attitude. People think they are the centre of the universe. Very self-centred type of practice...They don't have as much possibilities to share ideas with other specialist because there are very few. But they still think they know it all.*

ENTREVUE 6#CA»

*«...c'est une université très compétitive. Si quelqu'un compétitionne pas ici, ça va pas bien pour lui. Alors dans tout environnement où il y a beaucoup de compétition, il y a des problèmes de comportement ici. Moi j'en ai vus plus que j'en avais jamais vus. Mais moi ça me touche pas personnellement. Mais de mon rôle de chef de département, je suis au courant de toutes ces choses-là, puis disons que c'est pas leur plus grande force.*

ENTREVUE 21#CA»

*«...un comportement de political correctness dans le milieu anglophone qui est plus marqué que ce qu'on a au Québec...Moins direct. Qui complique un peu parfois le travail*

ENTREVUE 20#CA »

Nos répondants ont aussi cerné des problèmes découlant des politiques gouvernementales, spécifiques à chaque province.

*«Au niveau professionnel, ...Le gouvernement ontarien, qui est un gouvernement conservateur, a eu un gros effet négatif sur le système de santé. Ils ont coupé à grands coups de couteau dans les dépenses parce qu'ils avaient un budget à balancer. Ça, c'est à la fin des années 90. Et puis notre système de santé s'est ramassé gravement affecté. Ça s'est senti au niveau des médecins, ça s'est senti aussi énormément au niveau des infirmier(e)s puis tout ça. ... il y a énormément de médecins qui sont pas contents.*ENTREVUE 8#CA»

*«I think that 10 years ago, when I came, British Columbia was very strong economically and people were moving here, money was coming in, there was lots of money going into health care, and then the last 8 years we had an NDP government which has not been supporting*

*business and not supporting health care. So I think it's really been political that B.C. is no longer the fastest growing province. .... When I first came to British Columbia, because it was growing, there was lots of money here, it was much better. Just like right now it's good in Alberta, because Alberta is rich because of industry. B.C. was like that. But B.C. now I think is very bad for business. So that's a bad thing now for B.C. ENTREVUE 19#CA»*

Finale­ment, certains méde­cins trou­vent qu'ils ren­con­trant des diffi­cultés com­para­bles à celles exis­tant au Qué­bec, par exem­ple au niveau des res­sources limi­tées ainsi que des charges et con­di­tions de travail.

*«I think we have very similar problems to Quebec in terms of the ability to refer for hospitalisation. There are more limited resources than there were 10 years ago  
ENTREVUE 13#CA»*

*«Les conditions se détériorent présentement en Ontario... Mon fardeau de travail augmente... La disponibilité des lits se détériore un peu. Ça commence à ressembler plus à l'urgence que j'exerçais au Québec. ENTREVUE 9#CA»*

### ➤ États-Unis

Nos méde­cins ayant migré aux États-Unis assurent y avoir ren­con­tré plusieurs diffi­cultés au niveau profes­sion­nel. Toutefois, ces diffi­cultés n'étaient pas du tout incompatibles avec une pratique supérieure à celle qu'ils avaient au Qué­bec. De ces diffi­cultés, la problématique des poursuites méde­co-lé­gales ainsi que celle des compagnies d'assurance étaient omniprésentes. De même, le type même de pratique états-unien était souvent jugé plus défensif dans la mesure où l'utilisation des examens et tests de laboratoires était plus grande, et plus agressive dans la mesure où le recours à certaines chirurgies invasives se faisait très couramment.

- Poursuites méde­co-lé­gales

Par rapport au risque de poursuites méde­co-lé­gales, plusieurs de nos répon­dants considéraient cette pratique beaucoup plus élevée et fréquente aux États-Unis et

représentant de ce fait un important inconvénient ou tout au moins un important facteur de stress, à exercer la médecine là-bas. Cependant, d'après eux, cette pratique semble responsabiliser beaucoup plus les praticiens, dans la mesure où leurs patients sont toujours sous assistance d'un médecin traitant et au cas où celui-ci serait absent, il serait de son devoir de se trouver un remplaçant, qui le relèverait auprès de ses patients.

*«Aux États-Unis, le plus gros désavantage qu'il y a, c'est que le risque de poursuites médicales est beaucoup plus élevé qu'au Canada. C'est le plus gros désavantage... Dans mon coin, là. Quand tu t'absentes, il faut que tu aies quelqu'un qui couvre tes patients, parce que là tu peux être accusé légalement d'avoir abandonné tes patients... la loi t'oblige à être plus près de tes patients, puis plus répondre, plus responsable. Tu peux pas abandonner tes patients sans dire un mot. ENTREVUE9 #E-U»*

- Compagnies d'assurance

Quant à l'ubiquité et la multiplicité des compagnies d'assurance, nos praticiens considèrent cette situation omniprésente comme une importante source de contrariétés et d'ennuis dans leur pratique professionnelle. En effet, ceci s'exprime particulièrement en tout ce qui a trait à l'impressionnante quantité de temps requise pour remplir les multiples formulaires justifiant les tests diagnostiques ainsi que les traitements. De plus, une certaine frustration naît lors de la remise en question des décisions médicales par ces compagnies d'assurance. Le phénomène de multiplicité de ces assurances et de leur omniprésence est considéré comme très fréquent dans les grandes villes et les états les plus industrialisés, par exemple en Nouvelle-Angleterre, ainsi qu'en Floride ou en Californie où il y aurait jusqu'à la moitié des malades qui appartient à des «Health Maintenance Organizations» (HMO) et où il est d'usage de toujours plus justifier ses décisions surtout comparativement avec d'autres couvertures médicales telles que Medicare ou Medicaid.

*« Aux États-Unis nous avons affaire à des compagnies d'assurance qui nous remettent en question très souvent, et ça, c'est une frustration qui existe ici pour tous les médecins, c'est-à-dire qu'on pense qu'un tel traitement est le traitement idéal pour ce malade et c'est pas le manque de lits ou d'équipement, mais c'est la compagnie d'assurance qui dit, « on n'est pas d'accord avec ça », et puis on passe du temps à écrire des lettres pour justifier nos décisions... Ici, dans le nord-est, c'est-à-dire la Nouvelle-Angleterre, je dirais que 50% des malades ont justement des Health Maintenance Organizations, des HMO... c'est-à-dire avec Medicare ou Medicaid, on vous laisse plus ou moins tranquille. Mais pour l'histoire des HMO, c'est tout à fait vrai. Parfois ils nous cassent les oreilles... Je vous ai déjà parlé du problèmes des HMO. Ça, c'est certainement un problème qui est moins agréable, et c'est important de le dire. ENTREVUE 16#E-U»*

*« ...parce que en fait beaucoup de temps est passé à avoir la permission de la part des HMO pour pouvoir faire une telle opération et puis ça demande énormément de temps et de papier et tout ça. Alors je pense que ce côté-là, c'est vraiment un désavantage de la médecine ici. ENTREVUE 16#E-U»*

Cependant, il y a dans les petites villes moins compétitives, des formules désignées par les «*Preferred Provider Organization, PPO*» où tout est pris en charge par l'assureur et où le médecin est payé directement et sans ambages, rendant ces tracés administratifs plus accessoires :

*« Les compagnies d'assurance, il y a différents programmes. Dans le coin où je suis, ils appellent ça des PPO, des Preferred Provider Organization. Ce plan-là, dans le coin ici, c'est le meilleur, parce que tu signes avec les assurance, puis là tu es payé directement par l'assurance. Tu remplis ta formule, tu envoies ça à l'assurance, c'est pas le patient qui reçoit l'argent. Il y a d'autres organisations, qu'on n'a pas dans notre région, qui sont assez astreignantes, je crois. Mais ici, nous, on n'en a pas, de ça, ce qu'ils appellent des HMO, des capitations, tout ça. Ils ont ça plus dans les grandes villes. À Atlanta, ils ont ça. Mais nous, on n'est pas touché ici par ça. ENTREVUE 7#E-U»*

De plus, la nature arbitraire des plans et modalités de recouvrement de ces compagnies, dans la mesure où chacune a ses propres exigences et procédures, rendent la pratique beaucoup plus lourde et fastidieuse.

*« I think the arbitrary nature of the insurance companies is probably the major one. The fact that different insurance companies have different requirements, and different insurance plans within the same companies, even, have different requirements for approval of procedures, visits, I would say that is one ... ENTREVUE 11#E-U »*

Aussi, le grand nombre de ces compagnies, implique la multiplicité des agences de paiement d'où la nécessité de soumettre les charges dans chacune d'elles et de ce fait suppose d'interminables délais pour être remboursé.

*« Ce que j'aimerais le plus, de pratiquer au Québec, c'est d'avoir affaire avec une seule agence de paiement. Ce que j'envisage, c'est soumettre toutes les charges en même temps, au lieu d'avoir 30 ou 40 places différentes où soumettre des charges ici. ENTREVUE 17#E-U »*

*I would say the delay in reimbursement from insurance companies is another (problem) ...  
ENTREVUE 11#E-U »*

En outre, d'autres inconvénients des compagnies d'assurances aux États-Unis sont en rapport avec l'incapacité des médecins d'arriver à négocier des ententes de groupe.

*« I would say the inability of physicians to negotiate as a group with insurance companies is a third. ENTREVUE 11#E-U »*

Par ailleurs, les primes des assurances responsabilité sont plus coûteuses, cependant nos répondants expliquent que les salaires aussi sont beaucoup plus élevés aux États-Unis :

*« L'assurance responsabilité est plus élevée.  
Mais par contre, le salaire est plus élevé ENTREVUE 7#E-U »*

Certains médecins rapportent aussi le problème de pourvoir en soins de santé toute la fraction de la population qui n'a pas d'assurance adéquate et recouvrant un minimum de soins :

*« Et puis j'aimerais savoir que tous mes patients ont le droit de me voir et que je peux faire pour eux ce que je pense qui est le mieux pour eux, sans songer à combien ça va leur coûter, ou si ça va être un burden, quelque chose qui est trop cher pour endurer pour eux. ENTREVUE 17#E-U »*

*« And then, I guess the other piece is being able to provide care even to people who don't have adequate insurance. ENTREVUE 22#E-U »*

- Pratique défensive

Également, plusieurs de nos répondants ont taxé la pratique médicale états-unienne comme une pratique particulièrement défensive et excessivement agressive dans le sens de la multiplicité des demandes de tests de laboratoires et qui sont très souvent inutiles. Dans le même sujet, les actes chirurgicaux sont considérés comme intempestifs et jugés assez souvent plus préjudiciables que bénéfiques, surtout pour certaines spécialités (exemple de la chirurgie du dos).

*« ... fréquemment il y a des médecins qui sont pas tellement bons et comme résultat ils demandent toutes sortes de tests qui sont pas indiqués par la condition du patient. Moi je trouve que les gens ici utilisent les laboratoires beaucoup trop. ENTREVUE 17#E-U »*

*« Ici, c'est toujours le tapis rouge, mais ça veut pas dire que les patients sont toujours mieux traités, parce que si on regarde ici, aux États-Unis, c'est beaucoup plus agressif que chez nous. ... si on regarde les opérations que j'ai dans mon bureau ici en Georgie, comparé à celles que j'avais au Canada, j'aime mieux la situation des dos que j'avais au Canada. Parce que ici la chirurgie est beaucoup plus agressive. Si on prend celle pour le cœur, la chirurgie est beaucoup plus agressive, beaucoup plus facile d'accès...  
C'est pas parfait ici. ENTREVUE 7#E-U »*

### ❖ Inconvénients contextuels

Dans cette catégorie également, il ne semble pas y avoir de grandes similitudes au niveau de nos deux groupes de médecins migrants.

De ce fait, au Canada, les inconvénients sont d'ordre familial vu l'éloignement qui peut être parfois assez important. De plus, l'absence du milieu francophone semble aussi être un sérieux inconvénient pour nos médecins québécois :

*«Puis je pense que le premier inconvénient, pour moi en tout cas, il est d'ordre familial. Je viens de Montréal, j'ai grandi là-bas, ma famille est là. J'ai évidemment énormément d'amis ici, mais la famille, le noyau familial est encore au Québec, et puis l'éloignement, c'est sûr que c'est un inconvénient. Un autre inconvénient jusqu'à un certain point, malgré qu'on s'intègre bien, c'est de pas pouvoir vivre dans un milieu francophone, parce qu'il faut l'admettre, même s'il y a énormément de francophones à Toronto puis que c'est très facile d'envoyer ses enfants à l'école en français puis d'avoir accès à toutes sortes d'activités en français avec des francophones, c'est quand même pas la vie en français.*

*Puis ça, je dois dire que ça nous affecte un petit peu. Pas de façon grave parce qu'on s'intègre bien, mais c'est toujours quelque chose que je mettrais dans la liste des inconvénients. À part ça, je peux pas vraiment penser à beaucoup d'inconvénients. ENTREVUE 8#CA»*

L'aspect culturel ou plutôt l'absence d'un environnement culturel ainsi que le style de vie plutôt différent dans les autres provinces, rendent désavantageux la pratique dans ces dernières. Il en est de même pour l'aspect loisirs, qui sont relativement onéreux et où c'est surtout une mentalité américaine qui domine, c'est-à-dire selon nos répondants, une mentalité commerciale axée sur les affaires :

*« C'est l'aspect culturel, l'aspect loisirs ici. Je vais vous régler ça dans une phrase. À Toronto, les gens vivent pour travailler. Au Québec, les gens travaillent pour vivre. Grosse différence....D'abord, ici, il faut vous dire, les désavantages, on les (1 mot inaudible). C'est une ville de 4 millions point 8. Alors ça a des problèmes de grande ville. Les loisirs sont*

*loin. ... Et tout est cher ici. Les prix de quoi que ce soit sont un peu influencés par la prospérité de la communauté financière. Alors tout le reste de la société s'en ressent, ... Et puis c'est une mentalité américaine ici. C'est une mentalité business. C'est pas chaleureux comme au Québec. Culturellement c'est très différent. ENTREVUE 21#CA»*

*« The negative, I find that I miss the culture, which is much richer in Québec. And I miss the many old friends in my life. Those were the two downsides. ENTREVUE 19#CA»*

Quant à nos répondants installés aux États-Unis, ils ont relevé eux aussi des difficultés rendant la pratique moins attrayante en ces lieux. Cependant, ces inconvénients ne sont incompatibles ni avec une bonne pratique professionnelle ni un bon mode de vie. Par exemple, le côté social des Américains, plus superficiel et moins amical, plus axé sur le travail et la rentabilité. De même, la notion de violence beaucoup plus élevée qu'au Québec ainsi que le système d'éducation beaucoup plus onéreux chez nos voisins américains.

*«Le côté social, les Américains sont bien fins, mais ils sont moins amical que chez nous. C'est plus superficiel, si tu veux. C'est pas la même chose. C'est sûr qu'on est des étrangers. Peut-être que si j'étais un Américain au Canada, peut-être que les gens seraient moins friendly. Ils s'occupent de toi, mais tu connais pas leur vie ...*

*Puis aux États-Unis il y a un autre problème, qu'on n'a à peu près pas au Québec, dans les milieux partout, la vie sociale, chez nous la violence est pas tellement avancée, ce qui fait qu'elle est pas tellement importante. Aux États-Unis, la violence est très élevée. Il y en a beaucoup plus. ...Puis je pense que notre système scolaire est meilleur, est plus facile d'accès pour les jeunes. C'est pas rien que pour les enfants des docteurs.*

*Ici, pour les enfants des docteurs, c'est plus facile parce que tu as toujours les moyens de payer pour les envoyer dans les universités privées puis toute la patente.*

*Mais pour la majorité des gens, je pense que nos écoles sont meilleures.*

*Nos écoles sont meilleures. ENTREVUE 7#E-U»*

*«Les Américains, c'est très boulot, boulot, boulot. C'est assez puritain de ce côté-là. Donc moi j'ai toujours bien aimé vivre à Montréal, malgré l'hiver. ENTREVUE 16#E-U»*

**C-j. Les bons côtés d'une pratique au Québec**

En ce qui concerne les bons côtés d'une pratique professionnelle que nos deux groupes de répondants auraient eue au Québec, les deux sous-catégories ayant émergé dans la catégorie précédente (Aspects moins agréables d'une pratique hors- Québec) se sont encore révélées dans les réponses de nos deux groupes. À savoir donc «les Avantages professionnels» et «les Avantages contextuels» (qualité et style de vie, géographie, etc.). Nous nous sommes aussi rendues compte qu'il y avait une certaine analogie dans les réponses des médecins de nos deux groupes dans la sous-catégorie «Avantages contextuels». Par contre pour les avantages professionnels, les réponses de nos deux groupes de répondants étaient plutôt distinctes.

- **Avantages professionnels**

- **Répondants ayant migré vers les autres provinces**

Ainsi, pour les répondants ayant migré du Québec vers les autres provinces canadiennes, les bons côtés professionnels d'une pratique au Québec se refléteraient dans l'intensité du travail des médecins et qui serait, selon eux, beaucoup moindre que chez nos voisins ontariens. De même, le caractère beaucoup plus humaniste dans les soins des patients, patients qui seraient aussi plus reconnaissants au Québec qu'en Colombie Britannique, par exemple.

*«Je suis pas certain de pouvoir les séparer de caractéristiques personnelles, mais l'humanisme Dans les milieux de pratique...les considérations sociales et philosophiques à mon sens entraînent en jeu plus régulièrement, du moins dans les milieux où j'ai pratiqué.*

ENTREVUE 20#CA »

*«The patient population I think is more appreciative of health care in Québec than in B.C. So the patients are nicer. ENTREVUE 19#CA»*

Aussi, le fait que Montréal soit une grande ville, plus cosmopolitaine, les professionnels y jouiraient donc plus souvent de contacts professionnels variés et très constructifs.

*«Now, professionally, well, I was in a much bigger community in Montreal, and I had many more professional contacts. I'm a psychoanalyst, so I'm a member of the Canadian Psychoanalytic Society, and of course it's a much bigger organisation in Montreal than it is in Ottawa. We have a small society here, but nothing compared to that in Montreal. So there was that aspect, I was in a bigger organisation. And I knew many more physicians. That's not really an irritant in the Montreal area itself. But I did like living in Montréal. ENTREVUE 13#CA »*

➤ Répondants ayant migré aux États-Unis

Pour les répondants ayant migré du Québec vers les États-Unis, les bons côtés professionnels d'une pratique au Québec se percevraient dans le type même de pratique, beaucoup moins demandante et souvent moins agressive au Québec ce qui fait qu'il y aurait peut-être moins d'accident médicaux ; par exemple, on aurait beaucoup plus d'handicapés du dos, suite à des opérations intempestives, dans certaines régions des États-Unis comparé au Québec où les interventions chirurgicales du dos seraient moins fréquentes et moins agressives. Par contre des chirurgies telles que les cardiaques sont plus avantageuses aux États-Unis puisque les traitements sont agressifs et rapides et qu'il est donc plus facile d'avoir rapidement des tests et des diagnostics.

Il y a également le cas des vacances au Québec, ce qui serait complètement aberrant aux États-Unis où les gens sont très axés sur la performance et le gain au détriment de la qualité de vie et où les médecins ne prennent pas 6 à 8 semaines de vacances par années mais plutôt 3 semaines. Cependant, les patients vont où ils peuvent pendant ce temps de vacances (parfois forcés) de nos médecins québécois, contrairement aux États-Unis où il faudrait toujours avoir des remplaçants sous peine de poursuites pour « abandon » de patient.

*«Pour le médecin, la pratique au Québec est beaucoup moins demandante qu'aux États-Unis... Les médecins aux États-Unis travaillent beaucoup plus que les médecins au Canada... Plus d'heures, puis plus de responsabilités. Au Canada, les médecins prennent des vacances, puis les patients vont où ils veulent. Ici, aux États-Unis, ça ne se fait pas, ça. Dans mon coin, là. Quand tu t'absentes, il faut que tu aies quelqu'un qui couvre tes patients, parce que là tu peux être accusé légalement d'avoir abandonné tes patients. Puis la plupart des médecins, des vacances comme on prend au Canada, les médecins américains sont pas habitués à ça. ... Au Canada, la plupart des médecins vont prendre 6 à 8 semaines de vacances. Ici, aux États-Unis, les médecins américains, quand ils ont été à 3 semaines, là... C'est le maximum ENTREVUE 7#E-U»*

Aussi la possibilité qu'ont les médecins au Québec de ne traiter qu'avec un seul agent payeur, rend la facturation beaucoup plus facile et plus simple qu'elle ne l'est aux États-Unis, où les médecins doivent négocier avec plusieurs agents payeurs . De même la question des cotisations aux assurances pour négligence, sont de beaucoup moindres au Québec :

*«I guess it's simpler, billing is simpler. That administrative aspect is simpler. And I think the malpractice fees are lower. ENTREVUE 11#E-U»*

*«Je pense qu'en général, quand on facture le gouvernement, on reçoit au Québec en l'espace de 6 semaines le chèque en question. Aux États-Unis, ça peut prendre 6 mois. ENTREVUE19#E-U»*

Au Québec, il y a aussi selon nos répondants, moins de compétition pour les patients, parce que tous les médecins en ont trop, mais nos répondants ne savaient pas si c'était une bonne chose :

*« I guess there would be less competition for patients, because everybody is overworked. But I'm not sure that's a good thing. I mean, it's because there's so many doctors who have left that doctors are so busy. So I'm not sure that that is a positive thing. But I guess there's less competition for patients. ENTREVUE 11#E-U »*

Il y a aussi la liberté pour les patients de consulter le médecin de leur choix, avec des circuits beaucoup moins compliqués, selon nos répondants, qui serait aussi un des attraits de la pratique au Québec :

*« I think the biggest is from the point of view of patients, more than the providers: their freedom to choose and to see a provider of your choice, and then that sort of makes referral patterns between physicians much less complicated than they are here. So the single payer system, despite its problems, it's an advantage in some sense. ENTREVUE 22#E-U »*

- **Avantages contextuels**

Dans les autres provinces canadiennes ainsi qu'aux États-Unis, les avantages contextuels d'une pratique au Québec semblent assez similaires et sont surtout orientés vers la qualité de vie québécoise en général et montréalaise en particulier. Qualité de vie bien meilleure et empreinte de multiculturalisme et ne laissant personne indifférent.

*« Well, I love Montreal. Most of my life was spent in Montreal. And of course the quality of life in Montreal is very good. That's a very attractive factor if you're interested in recruiting physicians. Compared to Ottawa, Montreal is a much bigger city; it has much more to offer culturally. ENTREVUE 13#CA »*

*« C'est l'aspect culturel, l'aspect loisirs ici. Je vais vous régler ça dans une phrase. À Toronto, les gens vivent pour travailler. Au Québec, les gens travaillent pour vivre. Grosse différence... Quand je vais retourner au Québec, ce sera peut-être pas pour travailler. Ça va être pour profiter de la vie dans la ville de Québec. »*

*les tables d'hôte puis le ski au Mont Ste-Anne. La vie est bien intéressante pour ça, mais il se passe rien, tout le monde dort. ENTREVUE 21#CA»*

*«I find that I miss the culture, which is much richer in Québec. And I miss the many old friends in my life. ENTREVUE 19#CA »*

Cependant, plusieurs de nos médecins ayant migré ailleurs au Canada, ne trouvent aucun aspect positif dans la pratique au Québec et vont jusqu'à dire :

*«S'il était question de retourner au Québec pour des raisons professionnelles, j'y retournerais pas. ENTREVUE 14#CA»*

*«Professionally, there are none. It's unfortunate. I hate to say that, but most of the people I graduated with, I graduated at McGill, out of 160 I believe there are 3 or 4 people left in my class at my last reunion that are still in Quebec. Everyone else has moved out, and most of us were native Quebecers, just because the situation is not very good. It's not as much fun to practise, you can't just do your job, enjoy it. ...And it's unfortunate. It's frustrating but most of the better people, I know the people who were my teachers and other things have either retired or left, because they were too frustrated. ENTREVUE 15#CA »*

*«... en terme professionnel, je peux pas penser à un point qui serait plus stimulant au Québec, que ce que j'ai présentement. Je veux pas avoir l'air de vouloir dénigrer le Québec. Encore une fois, comme je disais, j'ai absolument rien contre le système au Québec. Mais présentement, probablement par ignorance plus que d'autres choses, je peux pas vraiment penser à rien qui me rendrait plus heureux si je retouruais au Québec, sur le plan professionnel. ENTREVUE 14#CA»*

*«Just living there! It's a nice place to live. That's about it. ENTREVUE 10#E-U »*

De plus, de nos répondants installés aux États-Unis, l'ambiance francophone et l'éducation des enfants sont bien des considérations positives à une pratique au Québec :

*« Du côté de la qualité de la vie, je pense qu'à Montréal la qualité de la vie est en général bonne, c'est-à-dire que nous avons quand même un certain aspect plus européen, je pense, qu'aux États-Unis. On apprécie mieux peut-être la nourriture et les bonnes choses de la vie. ENTREVUE 16#E-U»*

*« ... Mais pour la majorité des gens, je pense que nos écoles sont meilleures. Nos écoles sont meilleures. ENTREVUE 7#E-U»*

*« ...éduquer les enfants en français, à Montréal. Et je ne serais pas allé en région, comme à Chicoutimi, ou une place comme ça, où il y a encore moins de services. ENTREVUE 12#E-U»*

### **C-k. Liberté dans les décisions cliniques**

Les réponses furent de trois sortes, soit les médecins qui étaient parfaitement d'accord, ceux qui trouvaient au contraire qu'ils n'avaient pas plus de liberté aux États-Unis qu'au Québec et une troisième catégorie qui était de type «oui, mais...». Dès lors dans cette dernière catégorie, nos répondants ont justifié leurs hésitations par le fait qu'ils avaient plus de liberté aux États-Unis lors de la prise des décisions cliniques, cependant que deux facteurs d'importance modèrent singulièrement leurs comportements décisionnels, à savoir les assurances et les risques de poursuites médico-légales.

Au demeurant, une autre catégorie plus ou moins tributaire des trois premières a émergé au cours de notre analyse. Celle-ci est en rapport avec les libertés dans les décisions cliniques au Canada et au Québec. En fait, nos médecins en répondant à notre demande à propos des libertés de décisions aux États-Unis, ont donné des commentaires à propos des décisions cliniques au Canada et au Québec.

Pour les assurances, les médecins insistent sur le fait qu'ils doivent justifier pratiquement tous leurs actes auprès de celles-ci. Ces justifications leur donnent la nette impression que tous leurs faits et gestes sont scrutés, ce qui handicaperait sérieusement leur liberté de décision.

*«...Il faut qu'on documente plus dans les dossiers. Il faut que tout soit écrit dans le dossier, puis plus de formules. Disons, opérer pour une cataracte, il faut qu'il signe un permis (l'assureur), puis que ce soit bien expliqué... Si vous voulez faire passer un test rare à un patient, il faut le justifier. ENTREVUE 12 #E-U»*

*«...ça me touche parce que disons qu'une compagnie d'assurance questionne ce que j'ai fait, il faut que je compose une lettre pour expliquer ce que j'ai fait. Et ça arrive assez souvent. ENTREVUE 17#E-U»*

Tout dossier de patient doit être parfaitement documenté et tous les tests entièrement justifiés, sous peine de se voir refuser les remboursements par ces assurances. Pire, les assurances médicales gouvernementales tel Medicare peuvent examiner en détail les dossiers médicaux et résolument, les médecins peuvent subir des amendes si trop de tests demandés étaient injustifiés.

*«Oui, mais il faut pas dire qu'on n'est pas limité, parce qu'il y a des règles aussi ici. Si on prend le gouvernement, Medicare, qui est le plus grand pourvoyeur de soins aux États-Unis, si tu demandes un test, il faut que tu aies la justification de ce test-là. Tu demandes pas un test pour le plaisir de le demander. Il faut que tu le justifies. ... il faut que tu aies une raison, il faut que tu aies un diagnostic. Et puis si tu n'as pas de justification pour tes tests, ils peuvent revenir sur toi, puis tchèquer tes affaires, puis vérifier tes dossiers, puis te faire des amendes. Le Medicare, c'est gros, c'est comme une assurance aussi. Ils te demandent souvent des rapports. Il faut que tu justifies tes choses. ... ENTREVUE 7#E-U»*

Cependant, l'avis de nos répondants n'est pas unanime quant à l'assurance la plus belliqueuse.

*«Aux États-Unis nous avons affaire à des compagnies d'assurance qui nous remettent en question très souvent, et ça, c'est une frustration qui existe ici pour tous les médecins... je pense que dans tous les États maintenant il y a des HMO. ... Puis dans les HMO, il faut toujours plus se justifier... avec Medicare ou Medicaid, on vous laisse plus ou moins tranquille. Mais pour l'histoire des HMO, c'est tout à fait vrai. Parfois ils nous cassent les oreilles. ENTREVUE 16#E-U»*

*«... je pense que dans les HMO ils ont pas de problème, ils peuvent faire faire n'importe quoi. ENTREVUE 12#E-U»*

Quant aux poursuites médico-légales, celles-ci peuvent toucher les médecins si ces derniers sont suspectés de négligence, mais peuvent aussi toucher les compagnies d'assurances :

*«Je pense que oui et non. Avec les HMO, je pense que la décision n'est pas aussi libre qu'au Québec. Mais finalement, face aux poursuites dont les HMO sont la cible, maintenant on a de plus en plus les coudées franches dans la décision pour le bien du patient, et puis effectivement si c'est justifié on peut faire les chirurgies qu'on veut, on peut faire les traitements qu'on veut, en autant que ce soit justifié. Mais il y avait le côté monétaire qui intervenait à ce moment-là à certains moments donnés. Mais pas autant qu'au Québec. Je veux dire, la différence avec le Québec, c'est que on sait qu'on peut traiter les gens, mais on les met sur des listes d'attente. ENTREVUE 4#E-U »*

*«C'est plus facile. Je pense que l'accès est plus facile. C'est sûr que mes patients ont beaucoup de (l mot inaudible) réservé pour la protection du docteur à cause des poursuites médicales. ... Mais tout le monde ont leur avocat, puis disons que les menaces de poursuites sont beaucoup plus flagrantes aux États-Unis qu'au Canada. ENTREVUE 7#E-U»*

À noter également que certains médecins disent que leurs libertés décisionnelles sont reflétées par leur plus grande accessibilité aux ressources matérielles (tests diagnostics par exemple).

*« Peut-être un peu plus, mais pas énormément plus. Un peu plus parce que j'ai un choix de plus, comme la résonance magnétique est plus facilement accessible. Il y a certaines modalités qui sont plus accessibles. ENTREVUE 3#E-U»*

Cependant, d'autres médecins considèrent que même si cette liberté d'accès aux ressources matérielles existe assurément, au fond, ils ne l'apprécient pas tellement, vu

la multitude de risque de surconsommation non justifiée, de tests par exemple, qui se produit :

*«Mais c'est pas toujours la meilleure chose parce que ça veut dire que fréquemment il y a des médecins qui sont pas tellement bons et comme résultat ils demandent toutes sortes de tests qui sont pas indiqués par la condition du patient. Moi je trouve que les gens ici utilisent les laboratoires beaucoup trop. ENTREVUE 17#E-U»*

Quant à la liberté de décision clinique au Canada et au Québec, plusieurs de nos répondants trouvent en fait qu'ils en avaient suffisamment, mais que leurs frustrations naissaient particulièrement du manque de moyens et d'accessibilité aux ressources.

*«En fait, je pense que les médecins au Canada jouissent dans leurs décisions, ce qu'ils veulent faire avec le malade et les raisons pour lesquelles ils veulent amener un malade vers un traitement quelconque, sont plus appréciés au Canada qu'aux États-Unis... La frustration, je pense que, en tout cas pour les neurochirurgiens québécois que je connais, c'est qu'ils arrivent pas à avoir un lit, ils arrivent pas à avoir un temps dans la salle d'opération. C'est plutôt des facteurs comme ça. Mais c'est pas au niveau de la décision : quelle opération serait en fait la meilleure opération pour tel malade. ENTREVUE 16#E-U»*

*«Je pense pas. Je pense pas. Quand j'étais au Québec, je traitais mes patients avec la plus grande honnêteté que je pouvais, puis ici c'est la même chose. La seule affaire, c'est plus facile ici de demander une consultation, que c'était chez nous. Mais dire qu'un moment donné on était brimé dans notre façon de traiter les patients... La seule affaire qui pouvait empêcher les choses, c'est que des fois tu avais pas toutes les informations par le laboratoire puis la radiographie, que tu peux avoir ici facilement. Mais qu'on était brimé ? Non. Moi je dirais pas que j'étais brimé ... La seule affaire, c'est que des fois on était brimé dans le temps. Quand tu arrives puis que tu as un patient qui est le 23<sup>ième</sup> sur la liste puis que tu sais que l'hôpital va en faire peut-être 18 durant l'année, il va être remis l'année d'ensuite parce que le groupe d'orthopédistes ont droit à 18 prothèses, ça, tu es brimé, là, mais tu es pas brimé dans tes décisions. Tu sais que ça prend la prothèse. Tu es brimé du côté monétaire, dans les coûts. C'est à ce niveau-là qu'on est brimé. ENTREVUE 7#E-U»*

### **C-1. Les charges administratives**

Aux États-Unis, selon le type de pratique, les charges administratives peuvent être considérables et compliquées et même retentir sur les revenus des praticiens.

Nous avons voulu savoir si c'était le cas pour nos répondants ayant migré aux États-Unis. Nous avons également désiré avoir des précisions sur l'importance de ces charges, d'une part par rapport à nos médecins et d'autre part en comparaison des charges qu'ils avaient au Québec. De plus, nous nous sommes intéressées à savoir si ces charges valaient la peine au niveau du revenu.

Excepté un seul répondant, unanimement et tous types de pratique confondus, nos répondants ont assuré que leurs charges administratives étaient supérieures à celles qu'ils avaient au Québec, néanmoins ces charges additionnelles dépendaient du type de pratique (privé vs universitaire ou publique).

Au demeurant, tous nos répondants, qu'ils soient en pratique privée ou non, attestent avoir du personnel spécifique pour remplir ces tâches administratives.

#### **1. Pratique privée**

Selon nos répondants, le volume de paperasse et des formalités dans la pratique médicale aux États-Unis est particulièrement considérable. Cependant, certains médecins disent que ces charges administratives sont beaucoup plus élevées qu'au Québec, alors que d'autres disent qu'elles sont à peine plus importantes.

Ces charges administratives sont communément en relation avec la pluralité des compagnies d'assurances. Effectivement, chacune de ces compagnies a ses propres normes, méthodes et modalités d'adhérence, de paiement et de facturation.

À l'opposé, au Québec, il n'y a qu'un seul agent payeur, soit la Régie de l'assurance-maladie.

Par conséquent, à moins d'engager du personnel qualifié, pratiquer en privé aux États-Unis, signifie que les médecins doivent s'occuper directement sinon personnellement d'importantes charges administratives inhérentes à leurs cliniques et à leurs clientèles.

*«Il y a beaucoup de papeterie. Il y a plus de papeterie qu'au Québec, parce que chaque compagnie d'assurance a ses formules, ses façons de payer n'importe quoi, puis quand tu reçois tes facturations, un moment donné il y a des gens qui ont une deuxième assurance, qui paie ce que la première paie pas. Il y a des assurances qu'il faut que tu envoies un bill au patient pour récupérer une partie de ton argent. Donc la facturation, puis tout au complet, c'est plus compliqué que notre affaire au Québec. Au Québec, tu envoies ton compte à l'assurance maladie puis... c'est réglé .ENTREVUE 7#E-U»*

*«Dans ma pratique, j'ai 4 infirmier(e)s, j'ai un business manager. C'est surtout le business manager qui s'occupe des choses administratives.... mais, je veux dire, c'est parce qu'il y a plus qu'un agent payeur. Tandis qu'avec le gouvernement du Québec, il y avait seulement un agent payeur, puis tu avais pas le choix d'être ou de ne pas être avec l'agent payeur. La quantité de médecins qui étaient désaffiliés de la Régie de l'assurance maladie du Québec était très minime. Puis d'autre part, il faut accepter leur rémunération. Il n'y a pas de grève possible, il n'y a aucune négociation possible, pratiquement. Les associations qui sont supposées être des syndicats, ne sont pas des syndicats réels. ENTREVUE 4#E-U»*

*«Administrative, nous, il y a une équipe de gestion de pratique qui s'occupe de gérer la nôtre. Donc c'est assez minimal. Puis même, je trouve ça stimulant. Je trouve que j'ai un contrôle sur ma pratique. Je peux voir à ça. On a rendez-vous avec eux de façon mensuelle pour voir comment ça fonctionne, des décisions justement sur la business. Non, je peux pas dire que c'est des maux de tête. ENTREVUE 3#E-U»*

*« ... pour mon bureau privé, je peux vous dire que j'ai une employée qui fait tout le billing, et moi ça me prend peut-être un couple d'heures par semaine. ... Il y a plus de papperasse, mais je suis pas sûr qu'il y ait tant de plus de papperasse qu'au Québec. Au moins c'est une papperasse qui est moins frustrante parce qu'elle aboutit sur quelque chose. ENTREVUE 12#E-U»*

## **2. Pratique universitaire et hospitalière**

En revanche, dans la pratique publique ou universitaire, ce sont les directions des institutions qui s'occupent du volet gestion et administration de toutes les formalités. Donc, ce sont des gestionnaires et des administrateurs qualifiés et mandatés par ces institutions qui ont la charge de la masse considérable de ces affaires administratives. Parfois, les médecins vont également participer à ces activités, surtout au niveau des facturations, mais du reste, ces charges sont très sommaires à leur niveau.

*« We have a practice administrator, because it's university-based. He takes care of a lot of the paperwork. Personally what I find, I guess, is the documentation requirements for billing is always more complex and it's a moving target as to what documentation you need to bill at different levels. ... I do myself a part. The rest of the administrative aspects are done by a practice administrator. ENTREVUE 22#E-U »*

*« Moi je suis pas en pratique privée, alors c'est en fait l'université qui s'occupe de tout du côté administratif, et moi j'obtiens donc un salaire de la part de l'université, qui évidemment reflète un peu ce que je rapporte à l'université... personnellement j'ai 2 secrétaires et j'ai une infirmière qui travaillent uniquement pour moi. Alors je pense qu'au Canada on n'a pas*

*besoin d'avoir 2 secrétaires, parce que en fait beaucoup de temps est passé à avoir la permission de la part des HMO pour pouvoir faire une telle opération et puis ça demande énormément de temps et de papier et tout ça. Alors je pense que ce côté-là, c'est vraiment un désavantage de la médecine ici. ENTREVUE 16#E-U »*

*« Je peux vous dire que dans notre département, on a 2 ou 3 personnes qui font rien que faire des charges avec des compagnies d'assurance, puis elles passent toute la journée au téléphone ou à écrire des lettres à des compagnies d'assurance. C'est incroyable, combien de charges administratives il y a ici... et il faut aussi savoir que chaque plan d'assurance est différent. Ça fait qu'il y a des choses qui ne sont pas questionnées par certains, et ça peut être avec la même compagnie, mais il y a différents plans d'assurance. Alors il faut savoir exactement ce qui est inclus dans le plan de chaque patient pour savoir si leur assurance va payer pour ce que je fais, ou non ... il faut savoir auparavant si l'assurance va payer pour ça, ou non. ENTREVUE 17#E-U »*

*« Mine are not an issue because we have a large department and we're in a university. I know what you're referring to. Much of the issues pertaining to insurance issues and administration and things like that are alleviated from us. So we don't directly deal with those issues... There's a management team that deals with those issues. ENTREVUE 11#E-U »*

*« Moi je touche pas à ça. L'hôpital s'occupe de cette négociation-là pour moi (compagnies d'assurance). Je sais que c'est très ardu. J'ai entendu toutes sortes d'histoires de mes collègues. Mais moi j'ai pas d'expérience personnelle. ENTREVUE 2#E-U »*

Quant à savoir si cette augmentation des responsabilités administratives en vaut la peine au niveau du revenu, l'avis de nos répondants était encore une fois presque unanime. En effet, que ce soit dans le secteur hospitalier ou la pratique privée, nos répondants étaient d'avis que cette responsabilité était de loin suppléée par un salaire

proportionnellement très compétitif, à l'exception d'un seul répondant (l'unique omnipraticien) qui de son avis prône la prudence dans les dépenses.

*«J'ai un revenu probablement 10 fois plus important que ce que j'avais.  
Donc je m'en plains pas. ENTREVUE 3#E-U»*

*«Mais du côté administratif, sûrement, pour chaque dollar qui est généré par un médecin,  
jusqu'à 40%, je pense, va dans les frais administratifs. ENTREVUE 16#E-U»*

*« Et la rémunération est tellement plus importante que on tolère beaucoup plus de choses.  
Surtout pour un Québécois qui arrive ici, la différence est tellement grande, il y a des fois on  
est payé 10 à 20 fois plus que la même chose au Canada. En général, c'est disons 5 fois.  
Alors c'est tellement ridicule que les Canadiens se plaignent pas... Puis la bureaucratie  
américaine est complètement différente du système gouvernemental québécois, où là ils te  
mettent en attente 10 minutes au téléphone. Ça existe pas ici. La bureaucratie est très  
efficace, est très personnalisée, et elle permet de faire avancer les dossiers rapidement, très,  
très rapidement. On règle les cas, on avance vite,  
puis on continue à d'autres choses. ENTREVUE 12#E-U»*

*«Disons que le coût de fonctionnement d'une pratique médicale aux États-Unis est  
beaucoup plus élevé que le coût d'une pratique médicale aux Québec. Puis si tu ne fais pas  
attention à tes dépenses, un moment donné tu vas travailler beaucoup, puis ton salaire ne  
changera pas beaucoup parce que tu vas tout le manger en dépenses. ENTREVUE 7#E-U»*

## **D) CATÉGORIES ÉMERGENTES**

Dans cette section, nous allons examiner les catégories émergentes lors de l'analyse de notre corpus et qui sont en rapport direct avec le contexte professionnel de nos répondants. Ce contexte professionnel a influencé de façon drastique la migration de nos répondants. Il comprend, entre autres, l'environnement de travail ou des aspects aussi importants que le stress, la compétitivité, le leadership et la loyauté institutionnelle. De plus, des caractéristiques comme la relation des médecins avec les administrateurs et les fonctionnaires de la santé et le climat politique général au

Québec, semblent jouer un rôle prépondérant dans la situation de tension qui entourait le quotidien de nos répondants.

Enfin, il nous est apparu judicieux de concevoir une nouvelle catégorie en rapport avec l'éventuel retour des répondants au Québec, vu que plusieurs d'entre eux ont évoqué spontanément cette éventualité.

### ■ **Manque de leadership**

Certains médecins ont rapporté qu'au niveau de la sphère médicale, un certain leadership et compétitivité, manquaient :

*«...si on regarde dans le milieu médical, il y a pas mal plus de motivation ici. Tandis qu'au Québec, on a vécu que de la morosité pendant 10 ans. Alors comme atmosphère de travail c'était très démotivant. Sans compter les équipements, etc., etc. ENTREVUE 2#E-U »*

*«Puis quand on regarde ça au Québec – moi je prends ça en amateur un peu – je comprends les gens d'être désabusés puis de faire le minimum, boulot-dodo, puis s'en aller. Ils veulent rien savoir. Ils veulent pas prendre le leadership d'aucune organisation puis rien de ça. Ils ont 20 ans d'histoire comme quoi ils ont été pénalisés pour faire tout ça. Pourquoi ils se forceraient ? Ils vont skier au Mont St-Anne, table d'hôte à 25 piasses, bing, bang, bang, ils vont au Grand Théâtre, la vie est belle. ENTREVUE 21#CA »*

### ■ **Loyauté institutionnelle**

Un certain nombre de répondants ont évoqué leur sentiment envers leur hôpital, qu'ils qualifiaient de «loyauté institutionnelle» et du sentiment de trahison ressenti :

*«Puis c'est pas par manque de loyauté, là. Moi j'ai été loyal à mon hôpital pendant 22 ans. Le tapis m'a été tiré sous les pieds, malgré tout ce que j'avais fait avec mon groupe. Il y a aucune considération. .... Moi je suis un gars du Québec. Tout ce que j'ai réussi à faire sur le plan professionnel, je devrais faire profiter mes concitoyens de ça. C'est pas normal. La société m'a forcé à devenir un mercenaire de la santé. C'est clair? La loyauté institutionnelle, moi, mon hôpital, ... je pensais que j'étais actionnaire de ça,*

*je pensais que c'était un petit peu à moi. C'était comme ma famille. Puis je me suis rendu compte que, non, c'était un élu du peuple qui était le patron, puis j'avais juste à suivre les ordres. Alors la journée qu'on m'a rappelé ça de façon très concrète, ça m'a pris quelque temps à faire ce deuil-là, mais une fois que je l'ai eu fait, j'ai dit, ah! moi je suis un mercenaire. La société m'a forcé à devenir un mercenaire de la santé... ENTREVUE 21#CA »*

### ■ Frustration

D'autres répondants évoquaient leur amertume et la frustration vécue dans leur pratique :

*«It's frustrating but most of the better people, I know the people who were my teachers and other things have either retired or left, because they were too frustrated. ENTREVUE 15#CA»*

*«Écoutez, il y a des gars de mon âge qui sont à la retraite, madame. C'est pas normal, ça. Ils sont à la retraite parce qu'ils veulent plus rien savoir du système. Ça a pas de bon sens. On est en période de pénurie, puis ils viennent au sommet de leur pratique, au sommet de leur game : burn-out. Moi je pense que c'est la somme de 20 ans d'abus du système envers les professionnels. ENTREVUE 21#CA»*

*«Mais sinon, malheureusement de la part de mes collègues au Québec j'entends que des plaintes. Je n'ai pas rencontré un neurochirurgien au Québec qui est resté et qui m'a dit, « je suis très heureux dans ma pratique ici au Québec ». C'est triste de le dire, mais j'en n'ai pas entendu un seul. Quand je les rencontre, c'est une série de frustrations. ENTREVUE 16#E-U»*

### ■ Climat de travail quotidien

Ce sont surtout les médecins installés dans les autres provinces canadiennes qui se plaignent et rapportent avec forts détails, le milieu venimeux où ils travaillaient.

*« ... and there were budget cuts. So it increased the stresses at work to high levels. Like, a friend of mine who ran one of the major emergency rooms in Montreal, originally when I talked to him about going to the States or some place,*

*he was not really interested, and he explained how his whole family and his wife's family and his wife would never leave and this and that. And they're in Buffalo. I was pretty shocked... The stress levels at work probably had to do with the politics, and not necessarily the separatist politics so much as just general politics and the cutbacks. I believe you can live through cutbacks without overdue stress.*

*I never sensed the cutbacks were hurting my ability to practise; but they were causing such antagonism in the workplace that that's what interfered with me. ENTREVUE21#CA»*

*« I hate to say that, but most of the people I graduated with, I graduated at McGill, out of 160 I believe there are 3 or 4 people left in my class at my last reunion that are still in Quebec. Everyone else has moved out, and most of us were native Quebecers, just because the situation is not very good. It's not as much fun to practise, you can't just do your job, enjoy it. ENTREVUE 15#CA »*

*« It was just so nasty all the time. It just wasn't pleasant to be working in a field where everything was nasty and all you heard was just nasty. I mean, cutting back, it made sense to me what the government was doing, but everybody was screaming all the time against it and, I don't know, it just made it too disturbing an atmosphere for me. ENTREVUE 18#CA»*

*« ... it very hard to work there, because it's not just how much money you bring home, it's how you day-to-day life is, and if you work in a nice environment, even if you earn less it's very nice and you can enjoy it and work really hard. But if you're working in an environment that's been run down for 35 years and there's no hope of improving it, then you get depressed. ENTREVUE 15#CA»*

### ■ Compétitivité

Selon certains médecins installés aux États-Unis, la compétitivité manque au niveau du Québec et serait la cause du manque de qualité ainsi que d'une certaine excellence des services de santé. De plus, selon eux, cette compétitivité pousserait les praticiens à aller vers l'avant en devenant de plus en plus qualifiés et spécialisés, ce qui serait tout à l'avantage des patients :

*«C'est très bon, la compétition en médecine, parce que ça amène une meilleure qualité des services et aussi une attitude où les gens sont pas assis pendant 20 ans, ils font la même chose pendant 20 ans, puis après ils prennent leur retraite. Il y a plein de docteurs qui font ça. Tandis qu'ici, s'il y a un gars de l'autre bord de la rue qui fait quelque chose de mieux que toi, il a appris une nouvelle technique, il faut que tu l'apprennes parce que si tu l'apprends pas, (4-5 mots inaudibles).*

*Ça fait que le niveau augmente tout le temps. Tandis que au Québec, ça avance pas. Il y a certains docteurs qui se décident à faire quelque chose, puis s'ils décident de pas le faire, ça se fait pas. Il y a plein de choses qui se font pas au Québec... Parce que ça paye pas. ... C'est bien trop de trouble, puis c'est des chirurgies qui sont longues, puis ça coûte 300 piasses. Ici, si on vous donne trois, 4 000 piasses pour, vous êtes plus tenté d'apprendre la technique. Ça paye pas, ils ont pas l'équipement, puis ils veulent pas le faire. Ils veulent pas le faire. .... Il y a moins de compétition, il y a moins de docteurs surspécialisés dans la pratique, puis il y a des listes d'attente trop longues, les patients sont pas référés à temps. ... C'est un scandale... c'est évitable en ayant plus de docteurs qui sont surspécialisés puis qui savent ce qu'ils font puis qui sont intéressés à travailler. ENTREVUE14#E-U»*

*«... I mean, you know, it's the American system. You want to be besieged, you'll be besieged. Q: The harder you work the more patients you get? R: Yes. But you have to work more. Because there's no cap. ENTREVUE 11#E-U...»*

### ■ **Climat politique général**

Le climat politique régnant au Québec dans les années 90, referendum, loi 101, politique sur les langues officielles, etc, semblent constituer pour plusieurs médecins une raison additionnelle pour migrer. Non que ce soit la raison principale, mais cela constitue une raison supplémentaire contribuant à créer une atmosphère d'incertitude et d'instabilité nuisant à leur rendement et à leur carrière.

En ce qui concerne le referendum et le climat politique général l'entourant, ce sont surtout les médecins installés ailleurs au Canada qui le considèrent comme raison sinon de migrer mais toutefois comme catalyseur ayant accéléré leur décision de quitter le Québec :

*«I took my decision to leave 4 days before the last referendum. I'd had it with the politics and living in it. But it's not that that was the only factor ENTREVUE 18#CA»*

*«Then, the referendum on top of that, I said, "well, I'll just go try somewhere else" ENTREVUE 18#CA»*

*«Several political situations, actually, you know, just the overall separatist movement. And at the time when I left, it was a referendum time and it was particularly volatile and it just wasn't pleasant anymore to hear about it every single day.*

ENTREVUE 18#CA»

*«The political climate made me feel uncomfortable. ENTREVUE 13#CA »*

*«...c'est un mélange d'écoeuranterie graduelle avec ce qui se passait au Québec.*

ENTREVUE 2#E-U»,

Quant à l'application de la loi 101 ainsi que toute la controverse autour des langues officielles, l'avis de nos médecins installés ailleurs au Canada et ceux installés aux États-Unis, sont similaires, dans le sens où les anglophones se sentaient très inconfortables :

*«Pour moi personnellement, c'était pas un gros problème, la question de la Loi 101. Mais la raison pour laquelle je le demande, c'est que j'ai connu des médecins, surtout de mon milieu de McGill, où ça a été un facteur important, peut-être pas le seul, mais ça a été un facteur important dans les décisions de quitter. ENTREVUE 2#E-U»*

*«...j'ai beaucoup de mes collègues, évidemment puisque j'ai étudié à McGill, qui trouvaient ça bien désagréable, tout cet aspect, parce qu'ils sont anglophones. Et puis de ma classe, je vous dirais qu'il y en a moins de 20% qui sont restés au Québec. ... mais je pense que pour un certain nombre, c'était aussi des questions de langue et puis de politique. ENTREVUE 14#CA»*

*«Although I found that the politics were an irritant, that wasn't my primary reason for moving .... I also found it annoying because of the language dispute in Montreal*

ENTREVUE 13#CA »

### ■ **Relation avec les fonctionnaires**

Certains médecins mentionnent un rapport de force ainsi que des relations très conflictuelles avec les fonctionnaires du secteur de la santé.

*«Puis il y a le manque de respect. Les médecins détestent les fonctionnaires pour les fumer, puis c'est réciproque. Comment vous voulez que le système marche? Il marchera jamais. L'excellence, ça se bâtit pas de même. ....Les problèmes les plus criants au Québec, ça coûterait pas un sou pour les régler, je pense. Le numéro un, c'est la hargne du fonctionnarisme contre les médecins puis les infirmier(e)s. Il y a 50% des fonctionnaires qui détestent les infirmier(e)s puis les docteurs, puis la chasse est ouverte aux docteurs puis aux infirmier(e)s deux fois par année. Le Québec ne se sortira jamais du trou sur le plan médical tant que l'antagonisme entre les fonctionnaires de la médecine, les administrateurs de la médecine et les professionnels de la médecine – là j'inclus les infirmier(e)s – ne se réglera pas ENTREVUE 21#CA »*

### ■ Retour au Québec

Quant au retour au Québec, nos répondants ne semblent pas intéressés à revenir, du moins dans les conditions actuelles.

En outre, certains médecins disent qu'ils n'ont même pas eu de regrets d'avoir quitté le Québec pour pratiquer ailleurs.

*«I don't think I'd come back to practise, but there's a pretty good possibility I'll come back to live in Montreal... If Quebec wants to know what to do, I would say: follow what they're doing in Ontario and get the physicians on salaries and some of the other stuff they do here. ENTREVUE 18#CA»*

*«Si on m'offrait quelque chose, d'abord je peux vous dire une chose, je saurais quelles questions poser. Mais je retournerais au Québec. Mais j'embarquerai pas dans le même borbier où j'étais. Ça, c'est certain. Je vais vous donner un petit exemple. Quand je suis arrivé à Toronto, ici les chefs de département vont tous suivre un cours d'administration à Harvard. Ils ont dit, « on va te le payer ». Alors l'hôpital, la première année, m'a envoyé 2 semaines à Harvard pour un cours d'administration pour les chefs de département clinique. Ça leur a coûté 2 000 dollars et ça a été payé dans le budget global de l'hôpital. Le d.g. qui ferait ça, demain matin il serait en prison. Voyez-vous la différence de mentalités? Au fond, c'est pas de la physique nucléaire. C'est de dire, si notre leadership médical font partie de notre équipe parce que, un, on les paye, deux, on s'assure qu'on les envoie s'entraîner pour qu'ils comprennent notre langage, les trois quarts des problèmes administratifs sont réglés. ENTREVUE 21#CA»*

*«...j'ai pas pensé retourner au Québec puis pourquoi j'y pense pas non plus présentement. J'ai aucune amertume envers le Québec. C'est chez nous, toute ma famille est là, tout mon monde est là.*

*J'ai aucune animosité avec eux autres. Sauf que je déplore fortement le fait que on m'a dit qu'il faut que je repasse des examens là-bas avant d'avoir le droit de pratiquer au Québec. Si, par exemple, on me faisait une offre dans un hôpital à Montréal demain matin puis que je voulais aller pratiquer là-bas, je suis tout simplement pas éligible.*

*Le Collège des médecins du Québec me demande de repasser un examen d'anesthésie, même si je suis un fellow du Collège royal canadien. Et puis ça, c'est le gros point qui – passez-moi le canadianisme – qui m'écoeure au plus haut point.*

*C'est que j'ai pas fait ma résidence au Kenya, ou en Inde, ou dans un endroit comme ça; j'ai fait ma résidence au Canada, je suis dans une institution très reconnue, et puis on me dit au Québec que c'est pas suffisant... Il faut que je repasse mes examens.*

*Puis ça, ça m'achale beaucoup. Alors disons que ça , c'est la grosse raison pour laquelle je retourne pas. ENTREVUE10#CA»*

*«S'il était question de retourner au Québec pour des raisons professionnelles, j'y retournerais pas ENTREVUE17#CA»*

*«I guess it sounds crude, but I did not have one moment of regret for leaving. ENTREVUE 11#E-U»*

*«Mais, en fait, je pense que le Canada est quand même un pays où on vit bien. Malheureusement, c'est pas le cas pour les médecins et je pense que peut-être il va falloir que ça empire, avant de s'améliorer. J'en sais rien. Mais moi je serais tout à fait prêt à revenir au Canada si on était capable de m'offrir un travail qui était à la hauteur de ce que je m'attends. ENTREVUE19#E-U»*

*«Je peux vous dire ça. Avoir 60% des chances professionnelles que j'ai ici, je retournerais au Québec demain matin. Mais je m'embarquerai pas dans ce bourbier-là. La logique circulaire, c'est assez. ... On est un gros groupe qui pense comme ça, madame. ENTREVUE 21#CA»*

*« You know, when I left, had McGill given me a much bigger offer, I would have stayed. When I got the job out here, I went to McGill and said, "look, they want me; what do you do to keep me?" And they made me a nice offer to make me stay, but it was about half of the offer out here.*

*So it wasn't even close... By Québec's standards they did a very nice offer. But it was not competitive with the offer here. And those offers here are not happening now.*

*You know, it's always cyclical. Vancouver was booming 10 years ago. All the money was coming in here, and now it's not. Things change every 5-10 years. So it was a right offer at the right time. ENTREVUE 19#CA»*

## VII. DISCUSSION

Nous avons subdivisé notre chapitre discussion en trois sections, soit les limites de l'étude, la contribution de notre étude aux connaissances actuelles et finalement les implications découlant de notre recherche.

Nous soulignons que notre étude, est à notre connaissance à date, la première du genre au Québec mais aussi à l'échelle du Canada, à tenter d'examiner en profondeur les facteurs professionnels de «répulsion» et d'«attraction», qui mènent les médecins québécois à migrer vers les autres provinces ou vers les États-Unis.

Le cadre analytique que nous avons adopté dans notre recherche, pour souligner la pertinence de notre étude mais aussi pour une meilleure compréhension de nos résultats, s'appuie sur l'examen approfondi de ces facteurs professionnels qui relèvent des «push factors» soit les facteurs de « répulsion» et des «pull factors» soit les facteurs d' «attraction», décrits par d'autres chercheurs et colligés dans notre revue de littérature.

### A) Limites de l'étude

L'essence même d'une présentation des résultats d'une recherche qualitative dépend de l'aptitude du chercheur à agencer les données recueillies avec des descriptions, explications et analyses ou commentaires appropriés.

Nonobstant, vu que toute recherche renferme ses propres biais et limites, il nous a importé de prendre un maximum de mesures pour nous assurer de la rigueur lors de toutes les étapes, que ce soit au moment de la collecte de données, de la codification ou de l'analyse. Comme dans toute recherche qualitative, le chercheur et lui seul, recueille et analyse, définit des concepts et interprète des résultats, et donc est très susceptible d'introduire des biais lors de l'une ou l'autre de ces étapes (Pires, 1997).

Mais, comme le soulève Chenail (1995), pour contrer ces biais ou tout au moins les minimiser, les données doivent demeurer la "vedette" de toute recherche qualitative.

Notre échantillon de 22 médecins, est un échantillon raisonné visant l'homogénéité de nos répondants en fonction du choix du lieu de pratique (autres provinces canadiennes vs États-Unis) et d'un motif de départ essentiellement pour raisons professionnelles. Cette homogénéité constitue en soi une limite à la généralisation de nos résultats, puisqu'elle ne permet pas de dégager de spécificité pour d'éventuels sous-groupes, tels les femmes médecins, ou les omnipraticiens.

Toutefois, et spécifiquement pour ce qui a trait à notre objectif de recherche, et donc aux principaux facteurs professionnels de migration des médecins québécois vers les autres provinces et vers les États-Unis, une saturation des informations a été obtenue. En effet et grâce précisément à cette sélection minutieuse des participants, il y a eu une certaine redondance dans les réponses de nos répondants. La «saturation des données» qui assure la validité des méthodes qualitatives, a donc pu être atteinte.

*L'implication de l'interviewer* a été constatée lors de la lecture des entrevues. En effet, les entrevues ont été effectuées par une agente de recherche et à l'analyse de celles-ci, l'implication de l'interviewer nous a semblé évidente dans divers endroits de plusieurs entrevues. Nous pensons que, vu la nature téléphonique de l'entrevue et son modèle semi-structuré, le risque d'intervention de l'interviewer a été augmenté. De plus, selon certains auteurs tels Powney et Watts (1987), les interviewers ont leurs propres perspectives et leurs propres partis pris dont il importe d'être conscient. Le contrôle de ces biais introduits est illusoire et nous ne pouvons qu'essayer d'en limiter les effets. La transcription mot à mot des entrevues enregistrées, nous a cependant permis de repérer les emplacements où l'interviewer semble avoir induit les réponses et de ce fait nous avons essayé de limiter les effets de ces interventions, en ne tenant pas compte de ces entremises.

*L'implication de la chercheuse* est probable, voire prévisible, vu que cette dernière est médecin et migrante de son état. Nous avons voulu maximiser la validité de nos résultats en exploitant les ressources de cette subjectivité attendue plutôt que de l'en exclure du processus de recherche. Nous nous sommes renforcées dans notre avis vu que, des chercheurs en recherche qualitative tels que Poupart, Lalonde et Jaccoud (1997) conçoivent que la subjectivité du chercheur est considérée de plus en plus comme un apport à la connaissance et non plus seulement comme un obstacle à éviter. En effet, dans la présente recherche, cette subjectivité s'est manifestée à travers les choix théoriques de la chercheuse et de son implication sociale et émotive lors du processus de recherche : choix de la question de recherche et des méthodes d'analyse, de même que la délimitation du sujet à étudier (Laperrière, 1997). Aussi, la proximité due à une même appartenance de groupe est généralement perçue comme une condition favorisant une bonne compréhension du groupe étudié. En revanche, elle peut être également considérée comme susceptible de constituer un obstacle, dans la mesure où une trop grande familiarité avec le groupe aurait pu empêcher le chercheur de prendre la distance nécessaire pour remettre en question les évidences ou les rationalisations propres au groupe (Poupart, 1997). Cependant, dans notre cas présent, la chercheuse n'était pas l'interviewer et n'a été à aucun moment en contact direct avec les répondants, et donc tout risque d'introduction de biais à ce niveau de la recherche, a été évité.

Par le choix de nos répondants et l'analyse en profondeur d'un aspect d'une problématique, et ce à partir de plusieurs points de vue, nous sommes à même de produire de nouvelles connaissances (processus, concepts et théories). Subséquemment, de cet examen détaillé des facteurs professionnels de migration des médecins québécois, nous sommes en mesure de mieux comprendre dans quels contextes les résultats sont obtenus et donc, d'appréhender à quelles situations il est possible de les généraliser. Comme en recherche quantitative, ce sont ces nouvelles connaissances qui sont généralisables, le lecteur doit donc d'abord se demander si, la

problématique à l'étude et les interprétations des données sont applicables à son propre contexte, ou à des contextes jugés similaires.

En effet, nos résultats s'appliquent aussi au contexte international de la migration de la main-d'œuvre médicale, non seulement des pays en voie de développement vers les pays riches, mais aussi entre pays de l'OCDE. Aussi, nous retrouvons par exemple, une large contribution au bassin des médecins australiens, belges, français, allemands, irlandais, etc, dans leurs pays respectifs, provient d'un autre pays européen.

En effet, nous avons retrouvé des similitudes dans leurs facteurs professionnels de migrations, eux aussi regroupés en facteurs d'attraction et de répulsion (push et pull factors) (Simoens et Hurst, 2006), cependant, leur conceptualisation s'avère moins élaborée et précise que dans notre recherche.

Quant aux États-unis, notre seul pays limitrophe, et où s'opère une féroce concurrence entre les états pour attirer et retenir les médecins, nos résultats semblent s'appliquer parfaitement. En effet, nous participerons sûrement avec les résultats de notre étude à aider leurs planificateurs et gestionnaires en santé, à comprendre de manière plus adéquate et approfondie les raisons professionnelles de migration de ces médecins, d'un état à un autre et d'une région à l'autre.

Par contre nos résultats ne pourraient s'appliquer pleinement à la compréhension des facteurs professionnels de migration des médecins, des zones urbaines vers les zones rurales ou des régions plus habitées vers les zones éloignées.

## **B) Contribution de notre étude**

À notre connaissance et pour la première fois dans la littérature, nous appréhendons en profondeur les facteurs professionnels de migration des médecins québécois vers les autres provinces et vers les États-Unis.

Nous considérons que la compréhension approfondie de ces dits facteurs de la dynamique migratoire, aiderait les politiciens et les gestionnaires à mieux définir des

stratégies et politiques, à l'échelle nationale mais aussi plus spécifiquement provinciale, dans le but d'une meilleure distribution et rétention des médecins, et afin aussi de venir à bout du déséquilibre des effectifs médicaux qui se reflète dans la pénurie réelle ou perçue de ces effectifs.

En effet, lors des dernières décennies, au Canada comme au Québec, les effectifs de la main-d'œuvre médicale se sont modifiés selon de nombreux facteurs. Et d'après plusieurs auteurs (Barer et Weber, 2000; Zhao, 2000 ; Barer, Lomas et Sanmartin, 1996; Barer et Weber, 1999; Chan, 2002; Skinner, 2002), se retrouve parmi ces facteurs, la migration de la main-d'œuvre de la santé, notamment les médecins, infirmier(e)s et techniciens. Comme nous l'avons constaté antérieurement dans notre chapitre «États des connaissances», la migration des médecins a elle aussi découlé de plusieurs facteurs. Les chercheurs canadiens comme leurs homologues à l'international les ont qualifiés de facteurs d'attraction et facteurs de répulsion. Fréquemment, ces facteurs d'attraction sont en corrélation avec les nouveaux lieux de migration alors que les facteurs de répulsion sont beaucoup plus en relation avec les lieux de pratique délaissés par ces professionnels. Aussi, ces motifs professionnels de migration auxquels nous nous rapportons, font partie de ces deux classes de facteurs.

Après une revue de littérature relativement substantielle, nous pouvons aussi arguer que ces facteurs professionnels intervenant au niveau de la décision de migrer chez les médecins sont, grosso modo, quasi similaires à l'internationale, qu'à l'échelle canadienne mais aussi québécoise. Nous pouvons aussi assumer qu'ils sont en relation particulière avec l'autonomie professionnelle/clinique, la disponibilité d'installations médicales et la disponibilité d'un emploi, le revenu et la rémunération, et l'état général du système de santé. Nonobstant, pour le Québec, il semble exister certaines différences quant aux spécificités de langue, de fiscalité et de régimes de taxation.

Dans notre étude, dans un premier temps, nous constatons que les raisons professionnelles de migration ayant jailli spontanément des propos des médecins migrant vers les autres provinces canadiennes mais aussi vers les États-Unis, vont dans un même sens. Elles sont elles aussi comme les raisons de migration à l'international, en corrélation avec la disponibilité d'emploi ainsi que de meilleures opportunités et conditions de travail (salaire, environnement, ressources). Elles sont aussi en relation avec la disponibilité des postes de résidence (rémunération, disponibilités dans certaines spécialités) et enfin, en rapport avec les politiques québécoises en matière de main-d'œuvre médicale, autant qu'avec les différentes réformes du système de santé (coupures dans les budgets des hôpitaux, déficience en ressources professionnelles et matérielles, coupures des salaires des spécialistes). Nous pouvons aussi soutenir que plusieurs de ces raisons professionnelles de migration ayant surgi spontanément, concordent avec les raisons professionnelles de migration préétablies à priori, par nous, dans la deuxième partie de cette recherche. Par conséquent, cette première partie de nos résultats, d'une part confirme la pertinence de notre choix des raisons professionnelles de migration. Ces raisons sont préconçues dans la deuxième section de notre recherche. Et d'autre part, ces facteurs retrouvés lors de notre première section, sont retrouvés aussi au niveau des facteurs de «répulsion» et d'« attraction» de la littérature internationale. Donc ceci confère une certaine robustesse à notre recherche, attribuant ainsi un certain pouvoir de généralisation à nos résultats.

Dans un deuxième temps de notre étude, nous nous sommes assignés comme objectif spécifique, l'analyse minutieuse de ces facteurs professionnels pour essayer d'appréhender plus profondément et plus en détail, la composition et la teneur des enjeux que ces facteurs soulevaient chez nos répondants. Ceci, tout en établissant les similitudes et différences entre les deux groupes de médecins, soit ceux ayant migré au reste du Canada et ceux qui ont choisi de s'établir aux États-Unis.

En effet, nous retrouvons que le revenu, et surtout la rémunération différenciée et le plafond du revenu sont d'importants facteurs de «répulsion» de la pratique médicale au Québec. Ce sont les médecins installés aux États-Unis qui critiquent le plus

ouvertement les politiques ayant mis en place les réformes, telle la réforme Rochon, qui ont entraîné des répercussions directes sur les revenus. De plus, les médecins ont clairement expliqué que leurs modiques revenus étaient aussi dus au mode de rémunération à l'acte appliqué au Québec, qui favorisait le «volume» de consultation et non la «qualité» ni «l'expertise» du médecin. Cependant, la majorité des répondants étaient d'avis, qu'à lui seul, le revenu n'était pas suffisant pour justifier la migration des médecins hors du Québec.

En ce qui a trait au financement du secteur de la santé et surtout ses répercussions sur la qualité des soins, l'allongement des listes, l'accès aux ressources, et les retombées sur les salaires mais aussi et surtout l'impact de ce financement sur la disponibilité des postes de résidences, sont tous d'importants facteurs professionnels de «répulsion», favorisant la migration vers les autres provinces ou vers les États-Unis.

Quant à la disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles, que ce soit pour les médecins migrant vers les provinces mais surtout pour ceux migrant vers les États-Unis, et à quelques exceptions près, ils eurent une nette amélioration dans l'accessibilité et la disponibilité de ces dites ressources dans leur nouveau lieu de pratique. Ce sont des facteurs que les médecins estiment être très valorisant, avec des retombées positives sur leur pratique mais aussi sur la santé des patients et donc justifiant clairement le changement de lieu de pratique, et plaçant la disponibilité des ressources comme important facteur professionnel d'«attraction».

Relativement aux options ou possibilités au moment du choix du lieu de pratique, le fait qu'il rencontre de multiples propositions d'emploi, dans les autres provinces et aux États-Unis, plus intéressantes que celles existant au Québec, fut un important facteur d'«attraction» pour quitter le Québec.

Pour l'attrait de leurs nouveaux lieux de pratique et la plus-value d'un emploi hors Québec, nous remarquons que pour nos répondants ces deux notions se confondent, et que leurs réponses s'avèrent assez analogues. De ce fait, nous retrouvons comme

importants facteurs d'«attraction» ou de valeur ajoutée, vers le nouveau lieu de pratique, que ça soit vers les autres provinces ou vers les États-Unis, le revenu (meilleure rémunération, taux d'imposition plus faible, aucune pénalité financière en fonction du lieu ou du volume de pratique), l'amélioration des conditions et modalités d'emploi (stabilité d'emploi), la disponibilité mais aussi la qualité des ressources matérielles (meilleure technologie) et le potentiel des universités (notoriété académique, recherche). De plus l'attrait de la pratique privée et la possibilité de faire des affaires dans l'univers de la santé, sont d'indéniables facteurs d'«attraction» vers les États-Unis.

Quant aux facteurs professionnels d'«attraction» des autres provinces par rapport aux États-Unis, nous retrouvons pour les provinces, le climat socio-démocratique du système de santé canadien, ainsi que davantage de liberté dans les décisions cliniques (moins de compte à rendre aux assurances et moins de risque de poursuites). Pour les États-Unis, ces facteurs d'«attraction» sont encore le revenu, une vacance plus importante au niveau de toutes les spécialités, plus d'opportunités de carrières (formations académiques, recherche), meilleurs modalités et styles de pratique, meilleures perspectives d'avenir et stabilité financière, en plus d'une meilleure accessibilité aux postes à responsabilité.

De même, comme facteurs professionnels de «répulsion» de la migration vers les autres provinces, nous retrouvons d'une part, des inconvénients communs à toutes ces provinces, telle la gestion jugée très inappropriée du système de santé pancanadien qui ne semble être, à l'avis de certains médecins, ni sous-financé ni défaillant en ressources matérielles, mais bien mal géré. Et d'autre part, des inconvénients particuliers à chaque province, tels ceux spécialement en rapport avec certaines institutions comme la «Ontario Drug Benefit Program» et l'Association Canadienne de Protection Médicale (CMPA), qui rendent particulièrement harassante la pratique médicale dans certaines provinces. En effet, la CMPA institue des frais différenciés d'une province à une autre, c'est-à-dire que les primes d'assurance professionnelle sont plus élevées dans certaines provinces par rapport à d'autres et la «Ontario Drug

Benefit Program» exige trop de justificatifs, à presque chaque prescription. De plus, l'attitude des professionnels de la santé des autres provinces à l'égard de leur confrères québécois, le milieu de pratique trop compétitif, anglophone, ainsi que les problèmes découlant des penchants politiques conservateurs ou libéraux spécifiques à chaque province, constituent autant de facteurs de «répulsion» à la migration en ces lieux. Par contre, pour les médecins établis aux États-Unis, bien que ces facteurs de «répulsion» soient nombreux, ils n'entravent pas la migration vers les États-Unis. Ces facteurs sont inhérents à la fréquence des poursuites médico-légales, l'omniprésence des compagnies d'assurance avec la quantité de temps perdu pour s'occuper des différents formulaires justifiant tests diagnostiques et traitements. Ces facteurs sont aussi en relation avec la pratique médicale états-unienne considérée comme singulièrement défensive et excessivement agressive, dans le sens de la multiplicité des recours aux tests de laboratoire ainsi que de la banalité du recours aux gestes chirurgicaux.

Également, le milieu professionnel stimulant semble être un excellent facteur d'«attraction» selon la perception des médecins. Ils sont d'avis à le définir comme un lieu qui encouragerait la performance, l'ambition et la motivation. Et pour ce faire, les fonds de recherche, les ressources matérielles et professionnelles en sont d'excellents préceptes. Les salaires mais aussi les incitatifs à la performance comme les incitatifs financiers rendent eux aussi le milieu de travail très stimulant, de l'avis de tous nos répondants. De même, un environnement de travail moins stressant, plus agréable et confortable est aussi considéré comme argument rendant le milieu professionnel plus attrayant. De surcroît, la pratique privée, la pratique dans des institutions jeunes et moins rigides où le niveau de responsabilité est accru, ou la pratique dans d'autres types d'établissements où il y aurait plus d'opportunités d'amélioration et de perfectionnement rendraient le milieu de travail considérablement stimulant.

Les médecins installés aux États-Unis, sont aussi d'avis que le personnel médical y est plus dynamique et ambitieux, et que la compétitivité est omniprésente mais que

c'est aussi l'unique façon de rester concurrentiel et performant. Au contraire, au Québec, nos répondants perçoivent que les quotas ont aboli la continuité des relations médecin-patient et empêchent les médecins d'être plus productifs, ce qui constitue à leurs yeux un important facteur de «répulsion» à la pratique au Québec.

Quant aux autres facteurs professionnels d'«attraction» d'une pratique au Québec, nous avons de l'avis des médecins ayant migré vers les autres provinces, l'intensité du travail qui serait beaucoup moindre au Québec, en termes de stress mais également en quantité, aussi beaucoup plus d'humanisme dans les soins des patients. D'ailleurs les patients sont beaucoup plus reconnaissants au Québec qu'en Colombie Britannique, par exemple. De plus, les professionnels installés à Montréal, jouiraient plus fréquemment de contacts professionnels multiples et très constructifs de point de vue académique et culturel, du fait que ce soit une ville cosmopolite et multiethnique, et qui abrite de nombreuses associations professionnelles et instituts de recherche qui attirent les sommités de la profession médicale.

De plus, pour les médecins ayant migré aux États-Unis, comme facteurs d'«attraction» professionnels d'une pratique au Québec, il y aurait le type même de cette pratique. En effet, au Québec, les pratiques sont beaucoup moins exigeantes et souvent moins agressives, par exemple dans plusieurs types de chirurgie. De plus, au Québec, la présence d'un seul agent payeur, rend la facturation plus simple et rapide, et les assurances professionnelles sont nettement moins onéreuses.

Pour le reste des facteurs de migration que nous allons traiter, nos questions ont été orientées uniquement vers les répondants installés aux États-Unis. Pour le groupe des répondants ayant migré vers les autres provinces, nous n'avons pas jugé ces questions pertinentes.

Donc, pour le facteur professionnel ayant trait à la liberté dans les décisions cliniques, les réponses furent trop dispersées pour nous permettre de le qualifier de facteur d'«attraction» ou au contraire de «répulsion», à la migration aux États-Unis. En effet,

les médecins étaient soit parfaitement d'accord quant à une liberté plus importante aux États-Unis, soit au contraire qu'il n'y avait pas plus de liberté aux États-Unis qu'au Québec. Quant à la troisième catégorie de répondants, la réponse était de type «oui, mais...», dans le sens où nos répondants ont justifié leurs hésitations par le fait qu'ils avaient plus de liberté aux États-Unis lors de la prise des décisions cliniques, par contre la présence de deux facteurs d'importance, modéraient singulièrement leurs comportements décisionnels, à savoir, l'omniprésence des assurances, qui les poussent constamment à justifier leurs décisions et handicapent de ce fait même leur liberté décisionnelle. Mais aussi les risques de poursuites médico-légales très fréquents et qui peuvent toucher aussi bien les médecins que leurs compagnies d'assurance. En effet, les patients dont la prise en charge aurait été refusée par les HMO, par exemple, peuvent engager des poursuites judiciaires devant la Cour de l'Etat de résidence ou devant la Cour fédérale en cas d'impact sur leur état de santé.

Enfin, par rapport aux charges administratives, leur fardeau est bien présent aux États-Unis, surtout en pratique privée. Cependant, ce fardeau est contrebalancé par l'augmentation systématique au niveau des revenus des médecins migrants et qui permet donc d'embaucher du personnel pour gérer ces charges administratives.

De plus, nous avons deux groupes de facteurs qui correspondent aux catégories ayant émergé spontanément lors de l'analyse de notre corpus. D'une part, ceux qui sont en rapport direct avec les facteurs professionnels d'«attraction» vers les autres provinces ou les États-Unis, dont des facteurs aussi importants que le contexte professionnel des médecins. En effet, ce contexte a influencé de façon drastique la migration de nos répondants. Il comprend, entre autres, l'environnement de travail où sont impliqués des aspects aussi conséquents que le niveau de stress, la compétitivité, le leadership et la loyauté institutionnelle.

D'autre part, nous avons le groupe émergent des facteurs professionnels de «répulsion» du Québec. Ce groupe comprend, le facteur relationnel des médecins

avec les administrateurs et fonctionnaires de la santé qui, pour certains médecins, ces relations ont été très conflictuelles et semblent avoir joué un rôle prépondérant dans la situation de tension qui entourait le quotidien de nos répondants. De même, le manque de reconnaissance, de la part du gouvernement provincial, pour le travail et pour la qualification de ces médecins, semble être un important facteur de «répulsion» pour les médecins ayant migré du Québec vers les autres provinces mais aussi à ceux installés aux États-Unis. Ces médecins jugent n'avoir eu aucun incitatif pour mieux performer. Ils croient même avoir été considérés par leurs employeurs (hôpitaux) comme des sources de dépense, contrairement à ce qui se passe dans les autres provinces et aux États-Unis où les médecins sont considérés comme d'importantes sources de revenu. De plus, les médecins installés aux États-Unis, ont comme conviction certaine que le salaire est une juste récompense pour tous les efforts investis durant la formation médicale, mais représente aussi un incitatif à mieux performer et même à être concurrentiel. Certains médecins installés au Canada partagent aussi ce point de vue.

De plus, le climat politique régnant au Québec dans les années 90, le référendum, les politiques sur les langues officielles, etc, semblent constituer pour plusieurs médecins une raison additionnelle pour migrer. Non que ce soit la raison principale, mais cela constitue une raison supplémentaire contribuant à créer une atmosphère d'incertitude et d'instabilité nuisant à leur rendement et à leur carrière. En ce qui concerne le référendum et le climat politique général l'entourant, ce sont surtout les médecins installés ailleurs au Canada qui le considèrent comme raison, sinon de migrer, mais toutefois comme catalyseur ayant accéléré leur décision de quitter le Québec.

Quant à l'application de la loi 101 ainsi que toute la controverse autour des langues officielles, l'avis des médecins anglophones est qu'elle est un sérieux facteur de «répulsion» pour les anglophones du Québec.

En conclusion, nous constatons que la description des facteurs professionnels de migration décrits dans la littérature, est relativement concise par rapport à la profusion de détails que nous avons obtenus lors de cette recherche. Profusion qui

confère à notre étude toute sa portée, la généralisabilité de ses résultats et l'importance de ses retombées. En effet, nous retrouvons que des facteurs de migration qui semblent aussi évidents que le revenu, peuvent en fait signifier non seulement l'augmentation de salaire, comme il a été mentionné dans quasi toutes les recherches antérieures, mais aussi comme argument pro-valorisation de la profession médicale car juste récompense pour tous les efforts investis dans cette formation. Grâce à notre recherche nous sommes arrivés à mieux comprendre et circonscrire le revenu comme facteur de migration, entre autres facteurs, car elle a mis en exergue la perception des médecins qui croient que la reconnaissance de leur travail et de leurs qualifications, par leurs gouvernements, doit se refléter au niveau du dit revenu. Notre étude a ainsi mis en lumière l'importance du rôle symbolique que revêt cette rémunération pour les médecins.

En outre, au Québec, les régimes de taxation, la rémunération différenciée et les plafonds des revenus ainsi que les différentes politiques gouvernementales en matière de rémunération de la main-d'œuvre médicale semblent jouer un rôle prépondérant comme facteurs de «répulsion» à la pratique au Québec. Finalement, pour la quasi-totalité des médecins, le revenu est un argument majeur pour la migration, mais non exclusif ni nécessaire.

Également, nous pouvons aussi conclure, que la disponibilité et la qualité des équipements médicaux ainsi que la disponibilité des ressources professionnelles, sont considérés comme d'importants facteurs professionnels d'«attraction» à la migration vers certaines provinces (l'Ontario) mais encore plus vers les États-Unis.

De plus, la multitude des opportunités d'emploi avec l'amélioration des conditions et modalités de ces emplois, jouent eux aussi comme d'importants facteurs d'«attraction» à la migration hors du Québec.

Le potentiel des universités en ce qui a trait à leurs notoriétés académiques et au domaine de la recherche, des milieux de pratique stimulants, font aussi partie des facteurs d'«attraction» à la migration, communs aux provinces et aux États-Unis

Quant au climat politique du système de santé canadien et à la liberté décisionnelle, ce sont deux facteurs d'«attraction», spécifiques aux provinces canadiennes.

Pour le reste, et comme facteurs d'«attraction» à la migration spécifiques aux États-Unis, nous retrouvons la plus grande disponibilité de poste au niveau de toutes les spécialités, beaucoup plus d'opportunités de carrières, de meilleures modalités et styles de pratique, de meilleures perspectives d'avenir et une plus grande stabilité financière. Il y a de plus, la possibilité et meilleure accessibilité aux postes à responsabilité qui est considérée comme un facteur d'«attraction» important et spécifique aux États-Unis.

En dernier, nous constatons que le contexte professionnel qui comprend des facteurs comme l'environnement de travail, le leadership et le niveau de stress sont, eux aussi, autant de facteurs professionnels d'«attraction» spécifiques aux États-Unis.

Par contre, comme conséquences des multiples réformes que le Québec s'est imposé pour couper dans ses dépenses de santé, la rémunération différenciée et le plafond du revenu sont d'importants facteurs de «répulsion» à la pratique médicale au Québec, vu leur répercussion directe sur le salaire et la motivation des médecins. Mais aussi, comme facteurs de «répulsion» conséquences de ces réformes, nous avons l'augmentation des coûts de formation, les politiques de main-d'œuvre telles que les restrictions des postes de résidence, la pénurie des autres professionnels de la santé tels les infirmiers, techniciens, etc.

Également, comme facteurs de «répulsion» conséquences de ces réformes, nous retrouvons le niveau de financement du secteur de la santé au Québec et ses multiples méfaits, comme les coupures des budgets des hôpitaux, mais aussi la réduction de l'accès aux ressources matérielles et professionnelles. De plus, l'impact sur la disponibilité des postes de résidences, sur la motivation du personnel soignant mais aussi et essentiellement sur la rémunération des médecins, sont autant de facteurs de «répulsion» à la pratique médicale au Québec.

Le facteur relationnel des médecins avec les administrateurs et fonctionnaires de la santé, le manque de reconnaissance de la part du gouvernement provincial, la perception par les médecins d'avoir été considérés par les employeurs (hôpitaux) comme des source de dépense, ainsi que le climat politique régnant au Québec dans les années 90, le référendum, les politiques sur les langues officielles, tous ces facteurs semblent constituer pour plusieurs médecins une raison additionnelle pour migrer et constituent d'importants facteurs de «répulsion» à une pratique au Québec.

### **C) Implications de notre étude :**

L'émigration des médecins québécois vers les autres provinces canadiennes et vers les États-Unis est un phénomène qui est de plus en plus d'actualité, et s'inscrit en ce siècle de mondialisation, riche en avènements technologiques.

Dans notre étude nous avons examiné en profondeur, la signification intrinsèque, des facteurs professionnels d'attraction et de répulsion, lors de la migration des médecins, cités dans la littérature et retrouvés également dans notre recherche. Nous avons développé des implications, des retombées de notre étude, qui nous semblent pertinentes pour mieux avancer dans la gestion de ces ressources professionnelles si précieuses qu'est la main-d'œuvre médicale.

1. Recommandations sur les activités futures de collecte des données et des informations, pour pouvoir homogénéiser les bases de données et ainsi en assurer la validité et l'uniformité à l'échelle pancanadienne. Il faut procéder à une évaluation plus systématique et objective à la fois des documents et de ces bases de données afin de regrouper davantage la masse de connaissances du Canada qui sert à la planification des effectifs médicaux.

2. Planification des ressources humaines et politique de gestion des effectifs médicaux à l'échelle provinciale et fédérale : Réévaluation constante de la situation de la main-d'œuvre médicale pour pouvoir quantifier les besoins, adaptés dans le temps et dans l'espace, et donc pour pouvoir définir l'existence d'une éventuelle pénurie et y remédier. Consolider et soutenir les plans régionaux des effectifs médicaux (PREM), mis en place pour une régulation optimale des concentrations médicales, à l'instar de certains pays européens comme l'Allemagne, qui a établi un seuil de saturation défini par spécialité et par province (Land). Si la zone est saturée, l'autorisation d'installation n'est pas délivrée. Ceci aide à pallier à la répartition inégale des médecins et donc aussi au renforcement des effectifs médicaux dans les régions éloignées et rurales. Ou bien, l'obligation de passer par une installation transitoire dans une zone à forte difficulté démographique ou dans des postes hospitaliers déficitaires et ce avant de pouvoir choisir son site définitif d'activité, à l'instar de l'Espagne et de l'Allemagne. Définir et financer un nombre suffisant de postes pour les étudiants en médecine et les résidents postdoctoraux.
3. Établissement au niveau interprovincial de politiques de recrutements des médecins. Le déséquilibre des effectifs reflète une mauvaise répartition et celle-ci justifie une coordination provinciale et territoriale accrue parce que la mobilité des effectifs médicaux entrave les efforts de planification de la main-d'œuvre médicale. Instauration de stratégies pancanadiennes pour fournir une stratégie qui faciliterait la discussion et la résolution des problèmes, incluant la détermination des modes de financement.
4. Établissement de politiques pour la rétention des médecins en leur fournissant le soutien nécessaire pour atteindre leurs objectifs professionnels mais aussi personnels. Donc, offrir des incitatifs pour mieux performer, non seulement monétaire mais aussi autres. Le revenu ne semble pas être l'unique moteur de la dynamique migratoire des médecins. L'allocation de ressources afin de permettre

aux médecins d'exercer leur pratique dans toute la gamme de leur discipline, comme par exemple suffisamment de temps en salle d'opération, mais aussi reconnaître la portée de toute la panoplie des activités des médecins en milieu universitaire (tel l'enseignement, la recherche et les fonctions administratives et de direction). Aussi, instaurer des politiques pour l'amélioration des technologies de l'information et de l'infrastructure. Et enfin, l'importance de la valorisation de la profession médicale et la reconnaissance du gouvernement provincial, pour le travail et les qualifications des médecins.

5. Intégration et soutien des médecins dans les stratégies de santé publique et de promotion de la santé, et donc plus d'implications dans les restructurations du système de santé et lors de l'établissement de nouvelles politiques. Ceci éviterait les embûches lors de l'instauration des grandes réformes, type Rochon. Les médecins devraient jouer un rôle plus participatif dans l'élaboration des stratégies et des politiques visant à réduire la pénurie.
6. Réguler le phénomène de plus en plus émergent de «tourisme médical» ou les patients québécois se tournent pour se soigner, vers d'autres pays où l'accessibilité aux soins est plus rapide qu'au Canada.
7. L'élaboration de politiques d'immigration ainsi que d'une éthique de recrutement, conformément au droit international et en tenant compte des règles internationales sur les droits de l'homme. Les pressions internationales en matière de ressources humaines influencent également le recrutement et le maintien en poste.
8. Les facteurs de «répulsion» et d'«attraction» qui influencent la migration internationale de la main-d'œuvre de la santé doivent être examinés plus attentivement. L'élaboration d'une approche globale à l'égard du recrutement des

médecins et de leur maintien en poste est un des piliers essentiels qui est nécessaire pour assurer l'accès à des soins de santé de qualité au Canada.

## VIII. CONCLUSION

Lors des dernières décennies, les effectifs de la main-d'œuvre médicale se sont modifiés, au Québec comme au Canada et à l'international, selon de nombreux facteurs dont la migration.

Cette migration des médecins a elle aussi découlé de plusieurs facteurs. Les chercheurs canadiens comme leurs homologues à l'international les ont qualifiés de facteurs d'attraction et facteurs de répulsion. Les raisons professionnelles de migration que nous avons exploré dans cette étude, font partie de ces deux classes de facteurs.

Effectivement, cette étude constitue une investigation de la dynamique de la migration des médecins québécois vers d'autres provinces et vers les États-Unis. Elle nous a permis de mieux explorer les principaux facteurs déterminants cette migration. Elle a souligné que des facteurs qui semblent aussi évidents que le revenu, peuvent en fait signifier non seulement l'augmentation de salaire, comme il a été mentionné dans quasi toutes les recherches nationales et internationales, mais aussi un argument de valorisation de la profession médicale car perçu comme juste récompense pour tous les efforts investis dans cette formation. Notre recherche a mis en évidence que les médecins croient que la reconnaissance de leur travail et de leurs qualifications, par leurs gouvernements, doit se refléter au niveau du dit revenu. Ainsi, nous avons mis en évidence l'importance du rôle symbolique que revêt cette rémunération pour les médecins.

En outre, au Québec, les régimes de taxation, la rémunération différenciée et les plafonds des revenus ainsi que les différentes politiques gouvernementales en matière de rémunération de la main-d'œuvre médicale semblent jouer un rôle prépondérant comme facteurs de «répulsion» à la pratique au Québec. Finalement, pour la quasi-totalité des médecins, le revenu est un argument majeur pour la migration, mais ni exclusif ni nécessaire.

Nous pouvons aussi conclure que, la disponibilité et la qualité des équipements médicaux ainsi que la disponibilité des ressources professionnelles, sont considérés comme d'importants facteurs professionnels d'«attraction» à la migration vers certaines provinces comme l'Ontario, mais encore plus vers les États-Unis. De plus, la multitude des opportunités d'emploi de concert avec une nette amélioration des conditions et modalités de ceux-ci, jouent eux aussi comme d'importants facteurs d'«attraction» à la migration hors du Québec.

Nous avons aussi les conséquences des multiples réformes que le Québec s'est imposé pour couper dans ses dépenses de santé, telles la rémunération différenciée et le plafond du revenu sont d'importants facteurs de «répulsion» à la pratique médicale au Québec, vu leur répercussion directe sur le salaire mais aussi sur la motivation des médecins. Aussi, comme conséquences de ces réformes, l'augmentation des coûts de formation, les politiques de main-d'œuvre telles que les restrictions des postes de résidence, la pénurie des autres professionnels de la santé tels les infirmier(e)s, techniciens, etc. Également, le niveau de financement du secteur de la santé et ses multiples conséquences, comme les coupures des budgets des hôpitaux, la réduction de l'accès aux ressources matérielles et professionnelles, l'impact sur la disponibilité des postes de résidences, sur la motivation du personnel soignant mais aussi et essentiellement sur la rémunération des médecins, sont autant de facteurs de «répulsion» à la pratique médicale au Québec.

Nous relevons aussi, le facteur relationnel des médecins avec les administrateurs et fonctionnaires de la santé, le manque de reconnaissance de la part du gouvernement provincial, le fait d'avoir été considérés par les employeurs (hôpitaux) comme des source de dépense, ainsi que le climat politique régnant au Québec dans les années 90, le referendum, les politiques sur les langues officielles, semblent constituer pour plusieurs médecins une raison plus que valable pour migrer et constituent d'importants facteurs de «répulsion» à une pratique au Québec.

Quant aux facteurs d'«attraction» à la migration, communs aux provinces et aux États-Unis, nous retrouvons les milieux de pratique stimulants ainsi que le potentiel

des universités, surtout en ce qui a trait à leurs renommées académiques et à leurs notoriétés dans le domaine de la recherche.

Relativement au climat politique du système de santé canadien et à la liberté décisionnelle, ce sont deux facteurs d'«attraction», spécifiques aux provinces canadiennes.

Pour le reste, et comme facteurs d'«attraction» à la migration spécifiques aux États-Unis, nous retrouvons la plus grande disponibilité de poste au niveau de toutes les spécialités, beaucoup plus d'opportunités de carrières, de meilleures modalités et styles de pratique, de meilleures perspectives d'avenir et une plus grande stabilité financière. De plus, il y a le contexte professionnel qui comprend des facteurs comme l'environnement de travail, le leadership et le niveau de stress, et enfin les possibilités et meilleures accessibilités aux postes à responsabilité, sont eux aussi, autant de facteurs professionnels d'«attraction» spécifiques aux États-Unis.

**ANNEXE-1**  
**GRILLE D'ENTREVUE**  
**POUR LES MÉDECINS ÉTABLIS DANS UNE AUTRE PROVINCE**  
**CANADIENNE**

*Bonjour,*

*Mon nom est Geneviève Ste-Marie, je vous appelle de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cet automne nous vous avons fait parvenir un questionnaire sur le choix de lieu de pratique. Nous avons compilé les résultats et aimerions en connaître davantage. Vous nous avez dit vouloir participer à une entrevue. Seriez-vous prêt à nous accorder 30 minutes de votre temps ?*

*Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer notre conversation afin de pouvoir m'y référer lors de mon analyse.*

*La majorité des médecins qui ont quitté le Québec l'ont fait les raisons professionnelles. Est-ce votre cas ?*

*OUI--*

*NON--Je vous remercie nous désirons rejoindre les médecins qui ont quitté principalement pour des raisons professionnelles*

**STABILITÉ**

*J'aimerais débiter en vous posant quelques questions sur votre lieu de pratique actuel.*

1. Quel est votre lieu de pratique actuel (ville, état/province) ?

2. En quelle année avez-vous quitté le Québec ?
3. Avez-vous pratiqué dans d'autres lieux hors Québec avant votre lieu de pratique actuel ? Lesquels ? Combien de temps à chaque endroit ? Pour quelles raisons avez-vous quitté ces lieux ?
4. Dans quelle sorte d'organisation pratiquez-vous actuellement ?
5. Combien de temps envisagez-vous demeurer dans votre lieu actuel de pratique ?
6. Avez-vous déjà songé quitter votre lieu de pratique actuel ? Si oui, quels endroits vous attirent et pourquoi ?

#### **MOTIFS DE DÉPART DU QUÉBEC**

*Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos motivations lorsque vous avez quitté le Québec pour vous établir dans une autre province canadienne.*

7. Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons vous avez décidé de pratiquer à l'extérieur du Québec ?
8. Quelles étaient vos options ou possibilités au moment de votre choix d'un lieu de pratique ?
9. Qu'est-ce qui vous a attiré le plus vers ce lieu ?
10. Qu'est-ce qu'une pratique hors Québec offrait de plus ?
11. Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir une pratique dans une autre province canadienne plutôt qu'aux États-Unis ?
12. Le niveau de financement du secteur de la santé était une préoccupation importante pour 43% des médecins qui ont quitté le Québec entre 1986 et 1999 ?

Est-ce votre cas ? Sur quels aspects de votre pratique cet éléments aurait pu jouer (a joué) ?

13. Presque la moitié (46%) des médecins québécois établis dans une autre province canadienne ont rapporté avoir quitté le Québec vers un milieu professionnel plus stimulant ? Est-ce votre cas ? En quoi votre milieu professionnel est plus stimulant que celui que vous aviez au Québec ? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous un milieu professionnel plus stimulant ?

14. Lors de notre enquête, plus du tiers 34% des médecins qui ont quitté le Québec pour une autre province nous disent l'avoir fait à cause de la disponibilité des ressources professionnelles. Est-ce votre cas ? Est-ce une amélioration considérable ?

- Ressources professionnelles ?
- Équipements médicaux ?

15. La principale raison professionnelle identifiée par les médecins pour avoir quitté le Québec vers une autre province était l'augmentation du revenu. En plus du revenu comme tel, plusieurs médecins ont identifié le plafond de revenu au Québec (31%) et la rémunération différenciée selon le lieu de pratique (29%) comme étant des facteurs considérés dans leur décision de quitter le Québec. Est-ce que ces deux facteurs ont joué sur votre décision ?

- Plafond de revenu ?
- Rémunération différenciée selon le lieu de pratique ?

16. Lors de nos entrevues avec les médecins établis dans une autre province canadienne, nous avons pris connaissance de plusieurs avantages d'une pratique hors Québec. Maintenant, nous aimerions connaître les aspects moins agréables d'une pratique dans une autre province canadienne. Quels sont-ils selon vous ?

17. Maintenant que vous pouvez comparer entre le Québec et votre lieu de pratique actuel, quels sont, selon vous, les bons côtés d'une pratique au Québec

## **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

*Pour terminer j'aimerais vous poser quelques questions démographiques. Ces informations seront traitées de manière anonyme et confidentielle.*

18. De quelle université avez-vous reçu votre diplôme de médecine ?
19. En quelle année ?
20. Avez-vous une spécialité ? Laquelle ? (précisez)
21. Où avez-vous fait votre spécialité ? Combien de temps ?
22. Avez-vous une surspécialisation ? Quelle est-elle ? Où ? Combien de temps ?
23. Avez-vous une formation postgraduée (maîtrise ou Ph.d.) ? Où ? Combien de temps ?

***Je vous remercie d'avoir participé à notre étude.***

**ANNEXE-2**  
**GRILLE D'ENTREVUE**  
**POUR LES MÉDECINS ÉTABLIS AUX ÉTATS-UNIS**

*Bonjour,*

*Mon nom est Geneviève Ste-Marie, je vous appelle de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cet automne nous vous avons fait parvenir un questionnaire sur le choix de lieu de pratique. Nous avons compilé les résultats et aimerions en connaître davantage. Vous nous savez dit vouloir participer à une entrevue. Seriez-vous prêt à nous accorder 30 minutes de votre temps ?*

*Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer notre conversation afin de pouvoir m'y référer lors de mon analyse.*

*La majorité des médecins qui ont quitté le Québec l'ont fait les raisons professionnelles. Est-ce votre cas ?*

*OUI--*

*NON--Je vous remercie nous désirons rejoindre les médecins qui ont quitté principalement pour des raisons professionnelles*

**STABILITÉ**

*J'aimerais débiter en vous posant quelques questions sur votre lieu de pratique actuel.*

24. Quel est votre lieu de pratique actuel (ville, état/province) ?

25. En quelle année avez-vous quitté le Québec ?

26. Avez-vous pratiqué dans d'autres lieux hors Québec avant votre lieu de pratique actuel ? Lesquels ? Combien de temps à chaque endroit ? Pour quelles raisons avez-vous quitté ces lieux ?
27. Dans quelle sorte d'organisation pratiquez-vous actuellement ?
28. Combien de temps envisagez-vous demeurer dans votre lieu actuel de pratique ?
29. Avez-vous déjà songé quitter votre lieu de pratique actuel ? Si oui, quels endroits vous attirent et pourquoi ?

### **MOTIFS DE DÉPART DU QUÉBEC**

*Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos motivations lorsque vous avez quitté le Québec pour vous établir aux États-Unis.*

30. Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons vous avez décidé de pratiquer à l'extérieur du Québec ?
31. Quelles étaient vos options ou possibilités au moment de votre choix d'un lieu de pratique ? Spécifiez les options au Québec, aux États-Unis ou ailleurs ?
32. Qu'est-ce qui vous a attiré le plus vers ce lieu ?
33. Qu'est-ce qu'une pratique hors Québec offrait de plus ?
34. Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir une pratique aux États-Unis plutôt que dans une autre province ? (ou l'inverse selon le cas)
35. Le niveau de financement du secteur de la santé était une préoccupation importante pour 43% des médecins qui ont quitté le Québec entre 1986 et 1999 ?

Est-ce votre cas ? Sur quels aspects de votre pratique cet éléments aurait pu jouer (a joué) ?

36. Lors de notre enquête, plus de 40% des médecins qui ont quitté le Québec pour les États-Unis nous disent l'avoir fait à cause de la disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles aux États-Unis. Quels ont été les avantages d'une pratique aux États-Unis au niveau de l'accessibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles comparés à une pratique au Québec ? Est-ce une amélioration considérable ?

- Équipements médicaux ?
- Ressources professionnelles ?

37. La principale raison professionnelle identifiée par les médecins pour avoir quitté le Québec vers les États-Unis était l'augmentation du revenu. En plus du revenu comme tel, plusieurs médecins ont identifié le plafond de revenu au Québec (44,6%) et la rémunération différenciée selon le lieu de pratique (36,3%) comme étant des facteurs considérés dans leur décision de quitter le Québec. Est-ce que ces deux facteurs ont joué sur votre décision ?

- Plafond de revenu ?
- Rémunération différenciée selon le lieu de pratique ?

38. Plus du tiers des médecins québécois établis aux États-Unis (36%) ont rapporté avoir quitté le Québec vers un milieu professionnel plus stimulant ? Est-ce votre cas ? En quoi votre milieu professionnel est plus stimulant ? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous un milieu professionnel plus stimulant ?

39. Enfin, une proportion important de médecins (27%) ont quitté le Québec vers les États-Unis en considérant comme facteur professionnel la liberté dans les décisions cliniques. Est-ce votre cas ? Si vous comparez votre pratique actuelle avec celle que vous aviez au Québec, diriez-vous que vous avez davantage de liberté dans vos décisions cliniques ?

40. Selon le type de pratique que vous avez aux États-Unis, les charges administratives peuvent être considérables et compliquées. Pouvez-vous me décrire brièvement vos charges administratives ? Est-ce que cette charge est importante selon vous ? Est-elle plus importante que celle que vous aviez au Québec ?

41. En considérant ces différences avec la pratique que vous auriez au Québec, est-ce que cette augmentation des responsabilités administratives en valent la peine au niveau du revenu ?
42. Quel est votre statut aux États-Unis ? Est-ce que ce statut vous permet d'être mobile et de changer de type de pratique facilement si vous en sentiez le besoin ? (test)
43. Au cours de nos entrevues avec les médecins québécois établis aux États-Unis, nous avons pris connaissance de plusieurs avantages d'une pratique aux États-Unis. Maintenant, nous aimerions connaître les aspects moins agréables d'une pratique aux États-Unis ? Quels sont-ils ?
44. Maintenant que vous pouvez comparer entre le Québec et les États-Unis, quels sont, selon vous, les bons côtés d'une pratique au Québec ?

#### **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

*Pour terminer j'aimerais vous poser quelques questions démographiques. Ces informations seront traitées de manière anonyme et confidentielle.*

45. De quelle université avez-vous reçu votre diplôme de médecine ?
46. En quelle année ?
47. Avez-vous une spécialité ? Si oui laquelle (précisez)
48. À quels endroits avez-vous fait votre spécialité ? Combien de temps ?
49. Avez-vous une surspécialisation ? Quelle est-elle ?
50. Avez-vous une formation postgraduée du type Maîtrise ou ph.d. ? Où ? Combien de temps ?
51. Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez ajouter à cette entrevue sur le choix d'un lieu de pratique ?

*Je vous remercie d'avoir participé à notre étude.*

## ANNEXE-3

### DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES REpondANTS

#### Entrevue N°1 :

Homme de 49, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : UDM en 1996, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 25 mois et plus,

Spécialité : médecine interne, possède une surspécialisation,

A débuté sa pratique médicale en 1990, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

#### Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 4 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 2 :**

Homme de 53 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1978,  
Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 13 à 24 mois,  
Spécialité : laboratoire / diagnostic, possède une surspécialisation, pratique médicale  
avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1986, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en  
1999, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 1 an,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue №3 :**

Homme de 44 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : UDM en 1983,

Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : chirurgie orthopédique, possède une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1987, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1997, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant les 5 premières années de pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 3 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N°4 :**

Homme de 50 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : U-LAVAL en 1980, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : gynéco-obstétrique, possède une surspécialisation,, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1985, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1995, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 6 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N°5 :**

Femme de 45 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1986, Lieu et durée de formation post : Québec, 13 à 24 mois, E-U : 7 à 12 mois, Spécialité : omnipraticien, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1991, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1988, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant formation post graduée.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 9 ans,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 6 :**

Homme de 45 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1986, Lieu et durée de formation post : Québec, 7 à 12 mois, E-U : aucun, Spécialité : pédiatre, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1990, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1989, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant formation post graduée.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 11 ans,

A remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 7 :**

Homme de 64 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : U-LAVAL en 1969, Spécialité : omnipraticien, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1969, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 9 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 8 :**

Homme de 41 ans, francophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1990, Lieu et durée de formation post : Québec, 13 à 24 mois, E-U : 7 à 12 mois, Spécialité : anesthésiste, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1997, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1993, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant la formation post-graduée,

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 7 ans,

A remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 9 :**

Homme de 50 ans, francophone, installé au Canada, diplômé de M.D UDM en 1981, Lieu et durée de formation post : Québec, Aucun, E-U : Aucun,

Spécialité : urgence, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1985 et a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1988, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant les 5 premières années de sa pratique,

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité dans les équipements : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 12 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 10 :**

Homme de 44 ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1986, Lieu et durée de formation post : Québec, 7 à 12 mois, E-U : 25 mois et plus,

Spécialité : oncologie, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1987, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1987, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant la formation post graduation

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 13 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 11 :**

Homme de 46 ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1986,

Lieu et durée de formation post : Québec, 7 à 12 mois, E-U : 13 à 24 mois,

Spécialité : ORL, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1995, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1993, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant ses études médicales

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 5 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 12 :**

Homme de 52 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : UDM en 1983,  
 Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 13 à 24 mois,  
 Spécialité : ophtalmologie, possède une surspécialisation, pratique médicale sans  
 affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1989, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en  
 1987, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant la formation de post  
 graduation

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 11 ans,

A remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 13 :**

Homme de 64 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1968, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun, Spécialité : psychiatre, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1974, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1986, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 6 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 14 :**

Anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1989, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : urgence, ne possède pas une surspécialisation

A débuté sa pratique médicale en 1992, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1997, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 3 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 15 :**

Homme de 45 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1987, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun, Spécialité : ophtalmologie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1992, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1992, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans pendant 5 premières années de pratique.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 8 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 16 :**

Homme de 55 ans, francophone et anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1981, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : neurochirurgie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1989, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1989, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans pendant les 5 premières années de pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 11 ans,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 17 :**

Homme de 52ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1987,  
Lieu et durée de formation post : Québec, aucun, E-U : 25 mois et plus

Spécialité : neurologie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec  
affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1988, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en  
1987, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant ses études médicales

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 12 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 18 :**

Homme de 56 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1988, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun, Spécialité : omnipraticien, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1991, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 4 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 19 :**

Homme de 64 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1967, Lieu et durée de formation post : Québec, Aucun, E-U : 7 à 12 mois, Spécialité : ophtalmologie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1974, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1991, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 10 ans,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 20 :**

Homme de 65 ans, francophone, installé au Canada,

Obtention de diplôme de M.D : UDM en 1965,

Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et +, E-U : 0,

Spécialité : microbiologiste, pas de sur spécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

Débuté sa pratique médicale en 1966, a quitté le Qc en 1998, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique,

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité dans les équipements : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Facteur le plus important dans la décision de départ : fact. Prof : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 34 ans,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

N'a pas remis en question sa décision,

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 21 :**

Homme de 62 ans, francophone, installé au Canada, diplômé de M.D : UL en 1967, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et +, E-U : 0,

Spécialité : chirurgie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

Débuté pratique médicale en 1977, A quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique,

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité dans les équipements : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 5 ans,

a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 22 :**

Homme de 45 ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1985,  
 Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 13 à 24 mois,  
 Spécialité : médecine interne, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale  
 avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1987, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en  
 1990, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant sa formation post  
 graduation.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 6 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

## Bibliographie

Abella M, (1997): *Sending workers abroad*. International Labour Office. Geneva.

Adams O, Kinnon C, (1998): *A public health perspective. International trade in health services: a developmental perspective*. Geneva: World Health Organization.

Akosah AB, (2002): *Re: Staffing Situation in the Ghana Health Service*. Memo.

Association des facultés de médecine du Canada, (1991): *Should Canadian Faculties of Medicine Reduce the Number of Places For The Study of Medicine?*. Forum de l'AFMC : 25(1 ET 2) : 1-31.

Association des facultés de médecine du Canada, (2005-2006) : *CAPER. Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique*. Le Recensement annuel des stagiaires post M.D en formation clinique ; AFMC. <http://www.caper.ca>

Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R, (2004): *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Division du Développement des Systèmes et Services de Santé, Genève, Suisse.

Bach S, (2003): *International migration of health workers: labour and social issues*. Geneva: International Labour Office, Sectoral Activities Programme; (WP 209). <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>

Barer ML, Lomas J, Sanmartin C, (1996): *Reminding our Ps and Qs: medical cost controls in Canada*. Health Affairs (Millwood); 15(2):216-34.

Barer ML, Webber WA, (1999): *Immigration and Emigration of Physicians to/from Canada*, document de travail n° 99-6, Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research.

Barer ML, Webber WA, (2000) : *Le grand exode des médecins canadiens*. Revue canadienne de recherche sur les politiques. Isuma, Volume 1 N° 2. ISSN 1492-0611.

Barer ML, Wood L, Schneider D, (1999): *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*, report prepared for Health Canada, Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research.

- Basu K, Rajbhandary S, (2006): *Interprovincial migration of physicians in Canada: What are the determinants?*. Health Policy. 76(2):186-93.
- Benarroch M, Grant H, (2004): *The interprovincial migration of Canadian physicians: does income matter?*. Applied Economics.
- Bilodeau H, Leduc N, (2002): *Au-delà des statistiques : qu'en est-il de l'émigration des médecins québécois ?* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Faculté de médecine. Université de Montréal.
- Blondal S, Scarpetta S, (1999): *Early retirement in OECD countries: the role of social security systems*. OECD Economic Studies: No 29.
- Blumentahl D, (1994): *Geographic imbalances of physician supply: an international comparison*. Journal of Rural Health; 10 (2): 109-118.
- Bourassa Forcier M, Simoens S, Giuffrida A, (2004): *Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries*. Human Resources for Health; 2 :12.
- Bourgueil Y, Durr U, Roccamora-Houzard S, (2001): *La régulation démographique de la profession médicale dans cinq pays : Étude monographique*. Cahiers de sociologie et de démographie médicales; 41 (2) : 195-220.
- Buchan J, Parkin T, Sochalski J, (2003): *International nurse mobility: trends and policy implications*. Geneva: World Health Organization. [www.icn.ch/Int\\_Nurse\\_mobility%20final.pdf](http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf)
- Bundred PE, Levitt C (2000): *Medical migration: who are the real losers?* The Lancet, Vol. 356: pp 245–246.
- Centre syndical et patronal du Canada (CSPC). Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), pour Groupe de travail Deux, (2003): *Les effectifs médicaux au Canada : analyse des documents et des écarts. Rapport final. Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada*.
- Centre syndical et patronal du Canada (CSPC). Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), pour Groupe de travail Deux, (2005): *Les effectifs médicaux au Canada : Évaluation des données sur les effectifs médicaux et analyse des tendances*. Rapport final.
- Chan Benjamin TB, (1999): *Supply of Physicians' Services in Ontario: Report 1*. Atlas Reports: Uses Health Services. Toronto : Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Chan Benjamin TB, (2002) : *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'oeuvre médicale au Canada dans les années 1990*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Chen L, Evans TC, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, and al., (2004): *Human resources for health: overcoming the crisis*.(Public Health), The Lancet.

Chenail RJ, (1995): *Presenting qualitative data*. The qualitative report, volume 2: no 3.

Collège des médecins de famille du Canada, (2004): *La Médecine familiale au Canada – une vision d'avenir*.

Collège des médecins de famille du Canada (2002) : *Le Projet Janus : Aider les médecins de famille à répondre aux besoins de la société de demain* : <http://www.cfpc.ca>

Commander S, Kangasniemi M, Winters A (2001): *The brain drain: curse or boon? A survey of the literature*, paper prepared for the CEPR/NBER/SNS International Seminar on International Trade, Stockholm, 24-25 May, 2002;

Connell J, (2002): *The migration of skilled health personnel in the Pacific Region: 2002 report of study commissioned by WHO Western Pacific Regional Office*. Manila: Western Pacific Regional Office, WHO.

Conseil canadien de la santé, (2007) : *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Rapport Annuel aux Canadiens 2006.

DeVoretz D, Laryea S, (1998): *Canadian Human Capital Transfers: The United States and Beyond*. Commentary no. 115 (Toronto: C.D. Howe Institute).

Diallo K, Zum P, Gupta N, Dal Poz M, (2003): *Monitoring and evaluation of human resources for health: An international perspective*: [www.human-resources-health.com/content](http://www.human-resources-health.com/content)

Dobson R, (2003): *WHO to create international human resources database on health care*. British Medical Journal: 326 (7397), 1004. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7397/1004/a>

Dostie B, Leger PT, (2006-a): *The Migration of Highly-Skilled Workers: The Case of Physicians*: Paper presented at the annual meeting of the Economics of Population Health: Inaugural Conference of the American Society of Health Economists, USA. [http://www.allacademic.com/meta/p68807\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p68807_index.html)

Dostie B, Léger PT, (2006-b): *Self-selection in Migration and Returns to Unobservable Skills*. Cahier de recherché: No IEA-06-01.

Dovlo D, (1999): *Issues affecting the mobility and retention of health workers / professionals in Commonwealth African States*. Report Prepared for the Commonwealth Secretariat, London.

Dovlo D, (2002): *Retention and Deployment of Health Workers Professionals in Africa*. Technical Paper: Consultative meeting on collaboration between health professions and governments in policy formulation and implementation of health sector reform. Addis Ababa, Ethiopia.

Dovlo D, (2003): *Fuite des cerveaux et rétention des professionnels de santé en Afrique. Une étude de cas préparée pour la Conférence régionale de formation sur l'Amélioration de l'Enseignement Supérieur en Afrique Subsaharienne : Ce qui marche!* Accra. [www.worldbank.org/afr/teia/conf\\_0903/dela\\_dovlo\\_fr.pdf](http://www.worldbank.org/afr/teia/conf_0903/dela_dovlo_fr.pdf).

Dovlo D, Martineau T, (2004): *A Review of the Migration of Africa's Health Professionals*; JLI working paper 4-4.

Dovlo D, Nyonator F, (1999): *Migration by graduates of the University of Ghana Medical School: A preliminary rapid appraisal*. Human Resources for Health Development Journal; 3(1).

Ehman A J, Sullivan P, (2001): *South Africa appeals to Canada to stop recruiting its MDs*. Canadian Medical Association Journal; 164: 387 – 388.

Evans RG, (1998): *New bottles, same old wine: right and wrong on physician supply*. Canadian Medical Association Journal; 158: 757-9.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), (1999): *Mémoire de la fédération des médecins spécialistes du Québec*; Commission des finances publiques; Consultation générale sur la réduction des impôts; <http://www.fmsq.org/fmsq/documents/memoire/memoire.pdf>.

Findlay A, (2002): *From brain exchange to brain gain: policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries*. International Labour Office; Geneva: International Migration Papers, No. 43.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005): *À bas les mythes. Mythe : L'exode des médecins canadiens vers les États-Unis*; [www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth19\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth19_f.pdf).

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, (2002): *La mondialisation et les soins de santé au Canada*; document d'information /de sondage. [www.hcsc.gc.ca/francais/pdf/romanow/global\\_fre.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/francais/pdf/romanow/global_fre.pdf). 2002

Foster SA, Gorr WL, (1992): *Federal health care policy and the geographical diffusion of physicians: a macro-scale analysis*. Policy Sciences, 25, 117-34.

Fournier M.-A, Contandriopoulos A-P, Diene C-P, Trottier L-H, (2004): *Mesures d'attraction et de rétention des médecins en régions éloignées : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Secteur santé publique; faculté de médecine. Université de Montréal.

Frank J, Bélair E, (2000): *Nos meilleurs diplômés nous quittent-ils pour les États-Unis ?* Revue canadienne de recherche sur les politiques. ISUMA; [www.isuma.net/v01n01/frank/frank\\_e.pdf](http://www.isuma.net/v01n01/frank/frank_e.pdf)

Groulx LH, (1997): *Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale*. In Poupart J, Groulx LH, Deslauriers JP, Laperrière A, Mayer R, Pires AP : *La Recherche Qualitative : Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques*. Gaétan Morin Éditeur, Boucherville: Québec.

Guba EG, Lincoln YS, (1989): *Fourth generation evaluation*. Newbury Park (CA): Sage Publications; p. 233-43

Hare D, Nathan J, Darland J, (2000): *Teacher shortages in the Midwest*. North Central Regional Educational Laboratory; Oak Brook, Illinois.

Health Canada, (2000): *Taking action on Rural Health*. [http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/rural\\_health/TakingAction.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/rural_health/TakingAction.pdf)

Hillman AL, Weiss A, (1999): *A theory of permissible illegal immigration*. European Journal of Political Economy, Elsevier, vol. 15(4), pages 585-604.

Huberman AM, Miles MB, (1991) : *Analyse des Données Qualitatives : Recueil de Nouvelles Méthodes*. Belgique: De Boeck-Wesmael.

Industrie Canada, (1999): *La migration de travailleurs qualifiés dans le monde : faits et facteurs*. Développement des ressources humaines Canada.

International Organization for Migration, (2005): *World Migration: Costs and Benefits of International Migration*; Volume 3; IOM, World Migration Report Series.

International Organization for Migration, (2004): *The Migration of Health Care Workers: Creative Solutions to Manage Health Workforce Migration*; Seminar on Health and Migration, 9-11 June. Session III B – Migration of health care workers.

Institut Canadien d'Information sur la Santé: Southam Medical Database, (1999-2003). *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 1998-2002*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2000-2005). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1999-2004*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2001-2002). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Rapport Sur La Facturation Réciproque, Canada, 2001-2002*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2001-a). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2000*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé: Southam Medical Database, (2001-b). *Les dispensateurs de soins au Canada*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2004). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2003*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé. Base de données médicales Southam, (2005- a) : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, Rapport de 2004* :

Institut Canadien d'Information sur la Santé. Bases de données sur les médecins, (2005- b); *Bulletin analytique : Taux de réponse au Sondage national auprès des médecins de 2004 et comparabilité des répartitions des caractéristiques démographiques des répondants et de l'ensemble des médecins*. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/PDAB1\\_2005\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/PDAB1_2005_f.pdf)

Institut Canadien d'Information sur la Santé. Base de données médicales Southam, (2006) : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2005*.

Iqbal M, (2000): *The Migration of High-Skilled Workers from Canada to the United States: Empirical Evidence and Economic Reasons*. The Conference Board of Canada. The Center for Comparative Immigration Studies. University of California, San Diego.

Iredale R, (2001): *The migration of professionals: theories and typologies*. International Migration Quarterly. 39(5):7-27. Special Issue 1.

Joint Learning Initiative, (2004): *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Katikireddi V, (2005): *Canada and UK must stop taking African doctors*. Canadian Medical Association Journal; 173(6) :584.

Kaufmann J.-Cl, (1996): *L'entretien compréhensif*. Éditions Nathan, Paris. p.126.

Kazanjian A, Reid RJ, Pagliccia N, Apland L, Wood L, (2000): *Issues in Physician Resources Planning in B.C.: Key Determinants of Supply and Distribution, 1991-96*. A Report to the Post-Graduate Medical Education Advisory Committee, Vancouver, University of British Columbia; Centre for Health Services. Policy Research.

Kent H, (1997): *BC appeals court decision on billing numbers*. CMAJ; 157:1008.

Khadria B, (2002): *Skilled labour migration from developing countries: study of India*. International Labour Office; Geneva: International Migration Papers, No. 49.

Laperrière A, (1997) : *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives*. In J. Poupart et al. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin.

Leduc N, Bilodeau H, Contandriopoulos A-P, Sainte-Marie G, Fournier M-A, Dandavino A, (2001): *L'émigration des médecins québécois : motifs de départ et de retour*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Faculté de médecine. Université de Montréal.

Mafubelu Daisy, (2004): *Migration and Health Policies Using bilateral arrangements to manage migration of health care workers: The case of South Africa and the United Kingdom*; International Organisation of Migration (IOM); Seminar on Health and Migration. Session III B.

Martineau T, Decker K, Bundred P, (2002): *Briefing note on international migration of health professionals: Levelling the playing field for developing country health systems*. Liverpool, United Kingdom: Liverpool School of Tropical Medicine. [www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/InternationalMigrationBriefNote.pdf](http://www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/InternationalMigrationBriefNote.pdf)

McDonald P, Kippen R, (2001): *Labour supply prospects in 16 developed countries, 2000–2050*. Population and Development Review; 27:1-32.

McKendry RJ, Wells GA, Dale P, Adam O, Buske L, Strachan J et Flor L, (1996): *Factors influencing the emigration of physicians from Canada to the United States*. CMAJ; 154(2):171-81).

Mejia A, Pizurki H, (1976): *World Migration of health manpower*. WHO Chronicle 30: pp 455-460.

Mejia A, Pizurki H, Royston E, (1979): *Physician and nurse migration: analysis and policy implications*. Geneva: World Health Organization.

Mullan F, (2005): *The Metrics of the Physician Brain Drain*. The New England Journal of Medicine (NEJM); 353(17): 1810 – 1818.

Ministère de la Santé de l'Ontario (MSO), (1997): *Ontario Health Insurance Plan, Bulletin # 4298*. Toronto.

Ministère de la Santé de l'Ontario (MSO), (1997) : *Entente provisoire de 1993 sur les dispositions économiques*; Toronto.

Mullan F, (2005): *The metrics of the physician brain drain*. New England Journal of Medicine; 353:1810–1818.

Mutizwa-Mangiza D, (1998): *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Major Applied Research 5. Working Paper 4. Partnerships for Health Reform. Bethesda: Abt Associates.

National Office for the Information Economy (NOIE), (1998): *Skill shortages in Australia's IT &T industries*. Discussion Paper.

Newhouse J, Williams A, Bennett B, Schwartz W, (1982): *Does the geographical distribution of physicians reflect market failure*. Bell Journal of Economics; 13, 493-505.

Organisation for Economic Co-operation and Development, (1997): *Trends in international migration*. Paris: OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development, (2004): *OECD Health Data, 1re édition*.

Organization for Economic Co-operation and Development, (1998): *Maintaining prosperity in an ageing society*. Paris: OECD.

Organization for Economic Co-operation and Development, (2000-a): *Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?* OECD, Economic Studies.

Organization for Economic Co-operation and Development, (2000-b): *Themes: The migration of the qualified and highly qualified*; OECD, Economic Studies;

Organisation Mondiale de la Santé, (2003): *Façonner l'avenir*. Rapport sur la santé dans le monde.

Organisation Mondiale de la Santé, (2006): *Migrations Internationales des personnels de santé : Un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*; Rapport du Secrétariat; Cinquante-neuvième assemblée mondiale de la santé;

Pires AP, (1997): *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique*. In j. Poupart et al. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Paris, Casablanca.

Pitblado JR, Pong RW, (1999): *Geographic Distribution of Physicians in Canada*. Sudbury : Université laurentienne; Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord.

Pope C, Mays N, (1995): *Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research*. BMJ; 311:42-5.

Poupart J, Lalonde M et Jaccoud M, (1997): *De l'École de Chicago au post-modernisme. Trois quarts de siècle de travaux sur la méthodologie qualitative*. Cap-Rouge, Les presses Inter-Universitaires ; Casablanca, Les Editions 2 Continents ;

Poupart J, (1997): *L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques*. In J. Poupart et al. ; *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Paris, Casablanca: Gaëtan Morin;

Powney J, Watts M, (1987): *Interviewing in Educationnel Research*, London Routledge and Kegan Paul.

Professional Association of Internes and Residents of Ontario, (1996): *Lettre ouverte à tous les membres de l'OMA* ; (PAERO), Toronto

Public Health Conference, (2003): *Pull factors in international migration of health professionals*, at the Cape Town.

Rajbhandary Sameer, Basu Kisalaya, (2006): *Interprovincial migration of physicians in Canada: Where are they moving and why?*. Health Policy.

Robb N, (1997): *Quebec residents say province's retirement agreement took from young to pay old*. CMAJ; 156:882-5,888.

Robert Graham Center, (2003): *The Migration of Canadian Physicians to the United States*. International medical Workforce Conference. Oxford.

Ryten E, Thurber AD, Buske L, (1998): *The Class of 1989 and physician supply in Canada*. Canadian Medical Association Journal; 158:723-8.

Salzman H, (2000): *The information technology industries and Workforces*. Center for Industrial Competitiveness. University of Massachusetts. Lowell MA.

Schwanen D, (2000): *Putting the Brain Drain in Context: Canada and the Global Competition for Scientists and Engineers*. Commentary 140; Toronto: C.D. Howe Institute.

Simoens S et Hurst J, (2006): *The Supply of Physician Services in OECD Countries*. OECD health working papers. <http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>

Skinner BJ, (2002): *Medicare, the medical brain drain and human resource shortages in health care*. Atlantic Institute for Market Studies. Health Care Reform. [www.aims.ca](http://www.aims.ca)

Spurgeon D, (2001): *Canada asked to recruit fewer South African doctors*; British Medical Journal; 322(7280):189.

Sullivan P, (1999): *Canada a prime destination as MDs flee South Africa*. Canadian Medical Association Journal; 160(11):1615-6.

Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams Orvill, Buchan J, (2003): *Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges*; Human Resources for Health; 1:8; [www.human-resources-health.com/content/1/1/8](http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8).

Thomas-Hope E, (2002): *Skilled labour migration from developing countries: study on the Caribbean region*; International Migration Papers, No.50; Geneva: International Labour Office (ILO).

Tomblin Murphy G, O'Brien-Pallas L, (2005): *Guide d'élaboration de fichiers de données pour appuyer la gestion des ressources humaines de la santé au Canada*. (ICIS); [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance\\_Document\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance_Document_f.pdf)

Treff K, Perry D, (1999): *Finances of the Nation, 1998*; Toronto: Canadian Tax Foundation; Table A.4, p. A: 5.

United States Agency for International Development, (2001): *The Health Sector Human Resources Crisis in Africa: An issues paper*; (USAID); Washington, DC: Bureau for Africa, Office of Sustainable Development.

Zhao J, Drew D et Scott Murray T, ( 2000): *Exode et afflux de cerveaux : Migration des travailleurs du savoir en provenance à destination du Canada*. Revue trimestrielle de l'éducation, vol. 6 (3). No 81-003 au catalogue. Ottawa : Statistique Canada.

Zimmermann KF, (1996): *European Migration: Push and Pull, International Regional*. Science Review, 19:95-128.

Zurn P, Dal Poz M, Stilwell B, Adams O, (2002): *Imbalances in the health workforce: briefing paper*. Geneva: World Health Organization; [www.who.int/hrh/documents/en/imbalances\\_briefing.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalances_briefing.pdf).

Watanabe M, (2002): *Canadian physician workforce: the role of international medical graduates*; International Medical Graduates National Symposium Proceedings; Calgary (AB). Ottawa: Health Canada; Cat no H21-211/2002F. p. 178-202.

## Bibliographie

Abella M, (1997): *Sending workers abroad*. International Labour Office. Geneva.

Adams O, Kinnon C, (1998): *A public health perspective. International trade in health services: a developmental perspective*. Geneva: World Health Organization.

Akosah AB, (2002): *Re: Staffing Situation in the Ghana Health Service*. Memo.

Association des facultés de médecine du Canada, (1991): *Should Canadian Faculties of Medicine Reduce the Number of Places For The Study of Medicine?*. Forum de l'AFMC : 25(1 ET 2) : 1-31.

Association des facultés de médecine du Canada, (2005-2006) : *CAPER, Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique*. Le Recensement annuel des stagiaires post M.D en formation clinique ; AFMC. <http://www.caper.ca>

Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R, (2004): *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Division du Développement des Systèmes et Services de Santé, Genève, Suisse.

Bach S, (2003): *International migration of health workers: labour and social issues*. Geneva: International Labour Office, Sectoral Activities Programme; (WP 209). <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf>

Barer ML, Lomas J, Sanmartin C, (1996): *Reminding our Ps and Qs: medical cost controls in Canada*. Health Affairs (Millwood); 15(2):216-34.

Barer ML, Webber WA, (1999): *Immigration and Emigration of Physicians to/from Canada*, document de travail n° 99-6, Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research.

Barer ML, Webber WA, (2000) : *Le grand exode des médecins canadiens*. Revue canadienne de recherche sur les politiques. Isuma, Volume 1 N° 2. ISSN 1492-0611.

Barer ML, Wood L, Schneider D, (1999): *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*, report prepared for Health Canada, Vancouver: University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research.

- Basu K, Rajbhandary S, (2006): *Interprovincial migration of physicians in Canada: What are the determinants?*. Health Policy. 76(2):186-93.
- Benarroch M, Grant H, (2004): *The interprovincial migration of Canadian physicians: does income matter?*. Applied Economics.
- Bilodeau H, Leduc N, (2002): *Au-delà des statistiques : qu'en est-il de l'émigration des médecins québécois ?* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Faculté de médecine. Université de Montréal.
- Blondal S, Scarpetta S, (1999): *Early retirement in OECD countries: the role of social security systems*. OECD Economic Studies: No 29.
- Blumentahl D, (1994): *Geographic imbalances of physician supply: an international comparison*. Journal of Rural Health; 10 (2): 109-118.
- Bourassa Forcier M, Simoens S, Giuffrida A, (2004): *Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries*. Human Resources for Health; 2 :12.
- Bourgueil Y, Durr U, Roccamora-Houzar S, (2001): *La régulation démographique de la profession médicale dans cinq pays : Étude monographique*. Cahiers de sociologie et de démographie médicales; 41 (2) : 195-220.
- Buchan J, Parkin T, Sochalski J, (2003): *International nurse mobility: trends and policy implications*. Geneva: World Health Organization.  
[www.icn.ch/Int\\_Nurse\\_mobility%20final.pdf](http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf)
- Bundred PE, Levitt C (2000): *Medical migration: who are the real losers?* The Lancet, Vol. 356: pp 245–246.
- Centre syndical et patronal du Canada (CSPC). Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), pour Groupe de travail Deux, (2003): *Les effectifs médicaux au Canada : analyse des documents et des écarts. Rapport final. Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada*.
- Centre syndical et patronal du Canada (CSPC). Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), pour Groupe de travail Deux, (2005): *Les effectifs médicaux au Canada ; Évaluation des données sur les effectifs médicaux et analyse des tendances*. Rapport final.

Chan Benjamin TB, (1999): *Supply of Physicians' Services in Ontario: Report 1*. Atlas Reports: Uses Health Services. Toronto : Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Chan Benjamin TB, (2002) : *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'oeuvre médicale au Canada dans les années 1990*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Chen L, Evans TC, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, and al., (2004): *Human resources for health: overcoming the crisis*. (Public Health), The Lancet.

Chenail RJ, (1995): *Presenting qualitative data*. The qualitative report, volume 2: no 3.

Collège des médecins de famille du Canada, (2004): *La Médecine familiale au Canada – une vision d'avenir*.

Collège des médecins de famille du Canada (2002) : *Le Projet Janus : Aider les médecins de famille à répondre aux besoins de la société de demain* ; <http://www.cfpc.ca>

Commander S, Kangasniemi M, Winters A (2001): *The brain drain: curse or boon? A survey of the literature*, paper prepared for the CEPR/NBER/SNS International Seminar on International Trade, Stockholm, 24-25 May, 2002;

Connell J, (2002): *The migration of skilled health personnel in the Pacific Region: 2002 report of study commissioned by WHO Western Pacific Regional Office*. Manila: Western Pacific Regional Office, WHO.

Conseil canadien de la santé, (2007) : *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Rapport Annuel aux Canadiens 2006.

DeVoretz D, Laryea S, (1998): *Canadian Human Capital Transfers: The United States and Beyond*. Commentary no. 115 (Toronto: C.D. Howe Institute).

Diallo K, Zum P, Gupta N, Dal Poz M, (2003): *Monitoring and evaluation of human resources for health: An international perspective*; [www.human-resources-health.com/content](http://www.human-resources-health.com/content)

Dobson R, (2003): *WHO to create international human resources database on health care*. British Medical Journal: 326 (7397), 1004.  
<http://bmj.com/cgi/content/full/326/7397/1004/a>

Dostie B, Leger PT, (2006-a): *The Migration of Highly-Skilled Workers: The Case of Physicians*; Paper presented at the annual meeting of the Economics of Population Health: Inaugural Conference of the American Society of Health Economists, USA.  
[http://www.allacademic.com/meta/p68807\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p68807_index.html)

Dostie B, Léger PT, (2006-b): *Self-selection in Migration and Returns to Unobservable Skills*. Cahier de recherché: No IEA-06-01.

Dovlo D, (1999): *Issues affecting the mobility and retention of health workers / professionals in Commonwealth African States*. Report Prepared for the Commonwealth Secretariat, London.

Dovlo D, (2002): *Retention and Deployment of Health Workers Professionals in Africa*. Technical Paper: Consultative meeting on collaboration between health professions and governments in policy formulation and implementation of health sector reform. Addis Ababa, Ethiopia.

Dovlo D, (2003) : *Fuite des cerveaux et rétention des professionnels de santé en Afrique. Une étude de cas préparée pour la Conférence régionale de formation sur l'Amélioration de l'Enseignement Supérieur en Afrique Subsaharienne : Ce qui marche!* Accra. [www.worldbank.org/afr/teia/conf\\_0903/dela\\_dovlo\\_fr.pdf](http://www.worldbank.org/afr/teia/conf_0903/dela_dovlo_fr.pdf).

Dovlo D, Martineau T, (2004): *A Review of the Migration of Africa's Health Professionals*; JLI working paper 4-4.

Dovlo D, Nyonator F, (1999): *Migration by graduates of the University of Ghana Medical School: A preliminary rapid appraisal*. Human Resources for Health Development Journal; 3(1).

Ehman A J, Sullivan P, (2001): *South Africa appeals to Canada to stop recruiting its MDs*. Canadian Medical Association Journal; 164: 387 – 388.

Evans RG, (1998): *New bottles, same old wine: right and wrong on physician supply*. Canadian Medical Association Journal; 158: 757-9.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), (1999): *Mémoire de la fédération des médecins spécialistes du Québec*; Commission des finances publiques; Consultation générale sur la réduction des impôts; <http://www.fmsq.org/fmsq/documents/memoire/memoire.pdf>.

Findlay A, (2002): *From brain exchange to brain gain: policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries*. International Labour Office; Geneva: International Migration Papers, No. 43.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2005): *À bas les mythes. Mythe : L'exode des médecins canadiens vers les États-Unis*; [www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth19\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth19_f.pdf).

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, (2002): *La mondialisation et les soins de santé au Canada* ; document d'information /de sondage. [www.hcsc.gc.ca/francais/pdf/romanow/global\\_fre.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/francais/pdf/romanow/global_fre.pdf) . 2002

Foster SA, Gott WL, (1992): *Federal health care policy and the geographical diffusion of physicians: a macro-scale analysis*. Policy Sciences, 25, 117-34.

Fournier M.-A, Contandriopoulos A-P, Diene C-P, Trottier L-H, (2004): *Mesures d'attraction et de rétention des médecins en régions éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Secteur santé publique; faculté de médecine. Université de Montréal.

Frank J, Bélair E, (2000): *Nos meilleurs diplômés nous quittent-ils pour les États-Unis ?* Revue canadienne de recherche sur les politiques. ISUMA; [www.isuma.net/v01n01/frank/frank\\_e.pdf](http://www.isuma.net/v01n01/frank/frank_e.pdf)

Groulx LH, (1997): *Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale*. In Poupart J, Groulx LH, Deslauriers JP, Laperrière A, Mayer R, Pires AP : *La Recherche Qualitative : Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques*. Gaétan Morin Éditeur, Boucherville: Québec.

Guba EG, Lincoln YS, (1989): *Fourth generation evaluation*. Newbury Park (CA): Sage Publications; p. 233-43

Hare D, Nathan J, Darland J, (2000): *Teacher shortages in the Midwest*. North Central Regional Educational Laboratory; Oak Brook, Illinois.

Health Canada, (2000): *Taking action on Rural Health*. [http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/rural\\_health/TakingAction.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/rural_health/TakingAction.pdf)

Hillman AL, Weiss A, (1999): *A theory of permissible illegal immigration*. European Journal of Political Economy, Elsevier, vol. 15(4), pages 585-604.

Huberman AM, Miles MB, (1991) : *Analyse des Données Qualitatives : Recueil de Nouvelles Méthodes*. Belgique: De Boeck-Wesmael.

Industrie Canada, (1999): *La migration de travailleurs qualifiés dans le monde : faits et facteurs*. Développement des ressources humaines Canada.

International Organization for Migration, (2005): *World Migration: Costs and Benefits of International Migration*; Volume 3; IOM, World Migration Report Series.

International Organization for Migration, (2004): *The Migration of Health Care Workers: Creative Solutions to Manage Health Workforce Migration*; Seminar on Health and Migration, 9-11 June. Session III B – Migration of health care workers.

Institut Canadien d'Information sur la Santé: Southam Medical Database, (1999-2003). *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 1998-2002*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2000-2005). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1999-2004*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2001-2002). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Rapport Sur La Facturation Réciproque, Canada, 2001-2002*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2001-a). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2000*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé: Southam Medical Database, (2001-b). *Les dispensateurs de soins au Canada*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé : Southam Medical Database, (2004). Base De Données Nationale sur les Médecins : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2003*.

Institut Canadien d'Information sur la Santé. Base de données médicales Southam, (2005- a) : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, Rapport de 2004 ;*

Institut Canadien d'Information sur la Santé. Bases de données sur les médecins, (2005- b); *Bulletin analytique : Taux de réponse au Sondage national auprès des médecins de 2004 et comparabilité des répartitions des caractéristiques démographiques des répondants et de l'ensemble des médecins*. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/PDAB1\\_2005\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/PDAB1_2005_f.pdf)

Institut Canadien d'Information sur la Santé. Base de données médicales Southam, (2006) : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2005*.

Iqbal M, (2000): *The Migration of High-Skilled Workers from Canada to the United States: Empirical Evidence and Economic Reasons*. The Conference Board of Canada. The Center for Comparative Immigration Studies. University of California, San Diego.

Iredale R, (2001): *The migration of professionals: theories and typologies*. International Migration Quarterly. 39(5):7-27. Special Issue 1.

Joint Learning Initiative, (2004): *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Katikireddi V, (2005): *Canada and UK must stop taking African doctors*. Canadian Medical Association Journal; 173(6) :584.

Kaufmann J.-Cl, (1996): *L'entretien compréhensif*. Éditions Nathan, Paris. p.126.

Kazanjian A, Reid RJ, Pagliccia N, Apland L, Wood L, (2000): *Issues in Physician Resources Planning in B.C.: Key Determinants of Supply and Distribution, 1991-96*. A Report to the Post-Graduate Medical Education Advisory Committee, Vancouver, University of British Columbia; Centre for Health Services. Policy Research.

Kent H, (1997): *BC appeals court decision on billing numbers*. CMAJ; 157:1008.

Khadria B, (2002): *Skilled labour migration from developing countries: study of India*. International Labour Office; Geneva: International Migration Papers, No. 49.

Laperrière A, (1997) : *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives*. In J. Poupart et al. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin.

Leduc N, Bilodeau H, Contandriopoulos A-P, Sainte-Marie G, Fournier M-A, Dandavino A, (2001): *L'émigration des médecins québécois : motifs de départ et de retour*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Faculté de médecine. Université de Montréal.

Mafubelu Daisy, (2004): *Migration and Health Policies Using bilateral arrangements to manage migration of health care workers: The case of South Africa and the United Kingdom*; International Organisation of Migration (IOM); Seminar on Health and Migration. Session III B.

Martineau T, Decker K, Bundred P, (2002): *Briefing note on international migration of health professionals: Levelling the playing field for developing country health systems*. Liverpool, United Kingdom: Liverpool School of Tropical Medicine. [www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/InternationalMigrationBriefNote.pdf](http://www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/InternationalMigrationBriefNote.pdf)

McDonald P, Kippen R, (2001): *Labour supply prospects in 16 developed countries, 2000–2050*. Population and Development Review; 27:1-32.

McKendry RJ, Wells GA, Dale P, Adam O, Buske L, Strachan J et Flor L, (1996): *Factors influencing the emigration of physicians from Canada to the United States*. CMAJ; 154(2):171-81).

Mejia A, Pizurki H, (1976): *World Migration of health manpower*. WHO Chronicle 30: pp 455-460.

Mejia A, Pizurki H, Royston E, (1979): *Physician and nurse migration: analysis and policy implications*. Geneva: World Health Organization.

Mullan F, (2005): *The Metrics of the Physician Brain Drain*. The New England Journal of Medicine (NEJM); 353(17): 1810 – 1818.

Ministère de la Santé de l'Ontario (MSO), (1997): *Ontario Health Insurance Plan, Bulletin # 4298*. Toronto.

Ministère de la Santé de l'Ontario (MSO), (1997) : *Entente provisoire de 1993 sur les dispositions économiques*; Toronto.

Mullan F, (2005): *The metrics of the physician brain drain*. New England Journal of Medicine; 353:1810–1818.

Mutizwa-Mangiza D, (1998): *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Major Applied Research 5. Working Paper 4. Partnerships for Health Reform. Bethesda: Abt Associates.

National Office for the Information Economy (NOIE), (1998): *Skill shortages in Australia's IT & T industries*. Discussion Paper.

Newhouse J, Williams A, Bennett B, Schwartz W, (1982): *Does the geographical distribution of physicians reflect market failure*. Bell Journal of Economics; 13, 493-505.

Organisation for Economic Co-operation and Development, (1997): *Trends in international migration*. Paris: OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development, (2004): *OECD Health Data, 1re édition*.

Organization for Economic Co-operation and Development, (1998): *Maintaining prosperity in an ageing society*. Paris: OECD.

Organization for Economic Co-operation and Development, (2000-a): *Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?* OECD, Economic Studies.

Organization for Economic Co-operation and Development, (2000-b): *Themes: The migration of the qualified and highly qualified*; OECD, Economic Studies;

Organisation Mondiale de la Santé, (2003): *Façonner l'avenir. Rapport sur la santé dans le monde*.

Organisation Mondiale de la Santé, (2006): *Migrations Internationales des personnels de santé : Un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*; Rapport du Secrétariat; Cinquante-neuvième assemblée mondiale de la santé;

Pires AP, (1997) : *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique*. In j. Poupart et al. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Paris, Casablanca.

Pitblado JR, Pong RW, (1999): *Geographic Distribution of Physicians in Canada*. Sudbury : Université laurentienne; Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord.

Pope C, Mays N, (1995): *Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research*. BMJ; 311:42-5.

Poupart J, Lalonde M et Jaccoud M, (1997): *De l'École de Chicago au post-modernisme. Trois quarts de siècle de travaux sur la méthodologie qualitative*. Cap-Rouge, Les presses Inter-Universitaires ; Casablanca, Les Editions 2 Continents ;

Poupart J, (1997): *L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques*. In J. Poupart et al. ; La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Paris, Casablanca: Gaëtan Morin;

Powney J, Watts M, (1987): *Interviewing in Educational Research*, London Routledge and Kegan Paul.

Professional Association of Internes and Residents of Ontario, (1996): *Lettre ouverte à tous les membres de l'OMA* ; (PAERO), Toronto

Public Health Conference, (2003): *Pull factors in international migration of health professionals*, at the Cape Town.

Rajbhandary Sameer, Basu Kisalaya, (2006): *Interprovincial migration of physicians in Canada: Where are they moving and why?*. Health Policy.

Robb N, (1997): *Quebec residents say province's retirement agreement took from young to pay old*. CMAJ; 156:882-5,888.

Robert Graham Center, (2003): *The Migration of Canadian Physicians to the United States*. International medical Workforce Conference. Oxford.

Ryten E, Thurber AD, Buske L, (1998): *The Class of 1989 and physician supply in Canada*. Canadian Medical Association Journal; 158:723-8.

Salzman H, (2000): *The information technology industries and Workforces*. Center for Industrial Competitiveness. University of Massachusetts. Lowell MA.

Schwanen D, (2000): *Putting the Brain Drain in Context: Canada and the Global Competition for Scientists and Engineers*. Commentary 140; Toronto: C.D. Howe Institute.

Simoens S et Hurst J, (2006): *The Supply of Physician Services in OECD Countries*. OECD health working papers. <http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>

Skinner BJ, (2002): *Medicare, the medical brain drain and human resource shortages in health care*. Atlantic Institute for Market Studies. Health Care Reform. [www.aims.ca](http://www.aims.ca)

Spurgeon D, (2001): *Canada asked to recruit fewer South African doctors*; British Medical Journal; 322(7280):189.

- Sullivan P, (1999): *Canada a prime destination as MDs flee South Africa*. Canadian Medical Association Journal; 160(11):1615-6.
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR, Adams Orvill, Buchan J, (2003): *Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges*; Human Resources for Health; 1:8; [www.human-resources-health.com/content/1/1/8](http://www.human-resources-health.com/content/1/1/8).
- Thomas-Hope E, (2002): *Skilled labour migration from developing countries: study on the Caribbean region*; International Migration Papers, No.50; Geneva: International Labour Office (ILO).
- Tomblin Murphy G, O'Brien-Pallas L, (2005): *Guide d'élaboration de fichiers de données pour appuyer la gestion des ressources humaines de la santé au Canada*. (ICIS); [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance\\_Document\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance_Document_f.pdf)
- Treff K, Perry D, (1999): *Finances of the Nation, 1998*; Toronto: Canadian Tax Foundation; Table A.4, p. A: 5.
- United States Agency for International Development, (2001): *The Health Sector Human Resources Crisis in Africa: An issues paper*; (USAID); Washington, DC: Bureau for Africa, Office of Sustainable Development.
- Zhao J, Drew D et Scott Murray T, ( 2000): *Exode et afflux de cerveaux : Migration des travailleurs du savoir en provenance à destination du Canada*. Revue trimestrielle de l'éducation, vol. 6 (3). No 81-003 au catalogue. Ottawa : Statistique Canada.
- Zimmermann KF, (1996): *European Migration: Push and Pull, International Regional*. Science Review, 19:95-128.
- Zurn P, Dal Poz M, Stilwell B, Adams O, (2002): *Imbalances in the health workforce: briefing paper*. Geneva: World Health Organization; [www.who.int/hrh/documents/en/imbalance\\_briefing.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalance_briefing.pdf).
- Watanabe M, (2002): *Canadian physician workforce: the role of international medical graduates*; International Medical Graduates National Symposium Proceedings; Calgary (AB). Ottawa: Health Canada; Cat no H21-211/2002F. p. 178-202.

## ANNEXE-1

### GRILLE D'ENTREVUE

#### POUR LES MÉDECINS ÉTABLIS DANS UNE AUTRE PROVINCE CANADIENNE

*Bonjour,*

*Mon nom est Geneviève Ste-Marie, je vous appelle de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cet automne nous vous avons fait parvenir un questionnaire sur le choix de lieu de pratique. Nous avons compilé les résultats et aimerions en connaître davantage. Vous nous avez dit vouloir participer à une entrevue. Seriez-vous prêt à nous accorder 30 minutes de votre temps ?*

*Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer notre conversation afin de pouvoir m'y référer lors de mon analyse.*

*La majorité des médecins qui ont quitté le Québec l'ont fait les raisons professionnelles. Est-ce votre cas ?*

*OUI--*

*NON--Je vous remercie nous désirons rejoindre les médecins qui ont quitté principalement pour des raisons professionnelles*

#### STABILITÉ

*J'aimerais débiter en vous posant quelques questions sur votre lieu de pratique actuel.*

1. Quel est votre lieu de pratique actuel (ville, état/province) ?
2. En quelle année avez-vous quitté le Québec ?
3. Avez-vous pratiqué dans d'autres lieux hors Québec avant votre lieu de pratique actuel ?  
Lesquels ? Combien de temps à chaque endroit ? Pour quelles raisons avez-vous quitté ces lieux ?
4. Dans quelle sorte d'organisation pratiquez-vous actuellement ?

5. Combien de temps envisagez-vous demeurer dans votre lieu actuel de pratique ?
6. Avez-vous déjà songé quitter votre lieu de pratique actuel ? Si oui, quels endroits vous attirent et pourquoi ?

### **MOTIFS DE DÉPART DU QUÉBEC**

*Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos motivations lorsque vous avez quitté le Québec pour vous établir dans une autre province canadienne.*

7. Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons vous avez décidé de pratiquer à l'extérieur du Québec ?
8. Quelles étaient vos options ou possibilités au moment de votre choix d'un lieu de pratique ?
9. Qu'est-ce qui vous a attiré le plus vers ce lieu ?
10. Qu'est-ce qu'une pratique hors Québec offrait de plus ?
11. Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir une pratique dans une autre province canadienne plutôt qu'aux États-Unis ?
12. Le niveau de financement du secteur de la santé était une préoccupation importante pour 43% des médecins qui ont quitté le Québec entre 1986 et 1999 ? Est-ce votre cas ? Sur quels aspects de votre pratique cet élément aurait pu jouer (a joué) ?
13. Presque la moitié (46%) des médecins québécois établis dans une autre province canadienne ont rapporté avoir quitté le Québec vers un milieu professionnel plus stimulant ? Est-ce votre cas ? En quoi votre milieu professionnel est plus stimulant que celui que vous aviez au Québec ? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous un milieu professionnel plus stimulant ?
14. Lors de notre enquête, plus du tiers 34% des médecins qui ont quitté le Québec pour une autre province nous disent l'avoir fait à cause de la disponibilité des ressources professionnelles. Est-ce votre cas ? Est-ce une amélioration considérable ?
  - Ressources professionnelles ?
  - Équipements médicaux ?

15. La principale raison professionnelle identifiée par les médecins pour avoir quitté le Québec vers une autre province était l'augmentation du revenu. En plus du revenu comme tel, plusieurs médecins ont identifié le plafond de revenu au Québec (31%) et la rémunération différenciée selon le lieu de pratique (29%) comme étant des facteurs considérés dans leur décision de quitter le Québec. Est-ce que ces deux facteurs ont joué sur votre décision ?

- Plafond de revenu ?
- Rémunération différenciée selon le lieu de pratique ?

16. Lors de nos entrevues avec les médecins établis dans une autre province canadienne, nous avons pris connaissance de plusieurs avantages d'une pratique hors Québec. Maintenant, nous aimerions connaître les aspects moins agréables d'une pratique dans une autre province canadienne. Quels sont-ils selon vous ?

17. Maintenant que vous pouvez comparer entre le Québec et votre lieu de pratique actuel, quels sont, selon vous, les bons côtés d'une pratique au Québec

#### **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

*Pour terminer j'aimerais vous poser quelques questions démographiques. Ces informations seront traitées de manière anonyme et confidentielle.*

18. De quelle université avez-vous reçu votre diplôme de médecine ?

19. En quelle année ?

20. Avez-vous une spécialité ? Laquelle ? (précisez)

21. Où avez-vous fait votre spécialité ? Combien de temps ?

22. Avez-vous une surspécialisation ? Quelle est-elle ? Où ? Combien de temps ?

23. Avez-vous une formation postgraduée (maîtrise ou Ph.d.) ? Où ? Combien de temps ?

*Je vous remercie d'avoir participé à notre étude.*

**ANNEXE-2**  
**GRILLE D'ENTREVUE**  
**POUR LES MÉDECINS ÉTABLIS AUX ÉTATS-UNIS**

*Bonjour,*

*Mon nom est Geneviève Ste-Marie, je vous appelle de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cet automne nous vous avons fait parvenir un questionnaire sur le choix de lieu de pratique. Nous avons compilé les résultats et aimerions en connaître davantage. Vous nous savez dit vouloir participer à une entrevue. Seriez-vous prêt à nous accorder 30 minutes de votre temps ?*

*Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer notre conversation afin de pouvoir m'y référer lors de mon analyse.*

*La majorité des médecins qui ont quitté le Québec l'ont fait les raisons professionnelles. Est-ce votre cas ?*

*OUI--*

*NON--Je vous remercie nous désirons rejoindre les médecins qui ont quitté principalement pour des raisons professionnelles*

**STABILITÉ**

*J'aimerais débiter en vous posant quelques questions sur votre lieu de pratique actuel.*

24. Quel est votre lieu de pratique actuel (ville, état/province) ?

25. En quelle année avez-vous quitté le Québec ?

26. Avez-vous pratiqué dans d'autres lieux hors Québec avant votre lieu de pratique actuel ?  
Lesquels ? Combien de temps à chaque endroit ? Pour quelles raisons avez-vous quitté ces lieux ?

27. Dans quelle sorte d'organisation pratiquez-vous actuellement ?

28. Combien de temps envisagez-vous demeurer dans votre lieu actuel de pratique ?

29. Avez-vous déjà songé quitter votre lieu de pratique actuel ? Si oui, quels endroits vous attirent et pourquoi ?

## **MOTIFS DE DÉPART DU QUÉBEC**

*Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos motivations lorsque vous avez quitté le Québec pour vous établir aux États-Unis.*

30. Pouvez-vous nous dire pour quelles raisons vous avez décidé de pratiquer à l'extérieur du Québec ?

31. Quelles étaient vos options ou possibilités au moment de votre choix d'un lieu de pratique ? Spécifiez les options au Québec, aux États-Unis ou ailleurs ?

32. Qu'est-ce qui vous a attiré le plus vers ce lieu ?

33. Qu'est-ce qu'une pratique hors Québec offrait de plus ?

34. Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir une pratique aux États-Unis plutôt que dans une autre province ? (ou l'inverse selon le cas)

35. Le niveau de financement du secteur de la santé était une préoccupation importante pour 43% des médecins qui ont quitté le Québec entre 1986 et 1999 ? Est-ce votre cas ? Sur quels aspects de votre pratique cet élément aurait pu jouer (a joué) ?

36. Lors de notre enquête, plus de 40% des médecins qui ont quitté le Québec pour les États-Unis nous disent l'avoir fait à cause de la disponibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles aux États-Unis. Quels ont été les avantages d'une pratique aux États-Unis au niveau de l'accessibilité des équipements médicaux et des ressources professionnelles comparés à une pratique au Québec ? Est-ce une amélioration considérable ?

- Équipements médicaux ?
- Ressources professionnelles ?

37. La principale raison professionnelle identifiée par les médecins pour avoir quitté le Québec vers les États-Unis était l'augmentation du revenu. En plus du revenu comme tel,

plusieurs médecins ont identifié le plafond de revenu au Québec (44,6%) et la rémunération différenciée selon le lieu de pratique (36,3%) comme étant des facteurs considérés dans leur décision de quitter le Québec. Est-ce que ces deux facteurs ont joué sur votre décision ?

- Plafond de revenu ?
- Rémunération différenciée selon le lieu de pratique ?

38. Plus du tiers des médecins québécois établis aux États-Unis (36%) ont rapporté avoir quitté le Québec vers un milieu professionnel plus stimulant ? Est-ce votre cas ? En quoi votre milieu professionnel est plus stimulant ? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous un milieu professionnel plus stimulant ?
39. Enfin, une proportion important de médecins (27%) ont quitté le Québec vers les États-Unis en considérant comme facteur professionnel la liberté dans les décisions cliniques. Est-ce votre cas ? Si vous comparez votre pratique actuelle avec celle que vous aviez au Québec, diriez-vous que vous avez davantage de liberté dans vos décisions cliniques ?
40. Selon le type de pratique que vous avez aux États-Unis, les charges administratives peuvent être considérables et compliquées. Pouvez-vous me décrire brièvement vos charges administratives ? Est-ce que cette charge est importante selon vous ? Est-elle plus importante que celle que vous aviez au Québec ?
41. En considérant ces différences avec la pratique que vous auriez au Québec, est-ce que cette augmentation des responsabilités administratives en valent la peine au niveau du revenu ?
42. Quel est votre statut aux États-Unis ? Est-ce que ce statut vous permet d'être mobile et de changer de type de pratique facilement si vous en sentiez le besoin ? (test)
43. Au cours de nos entrevues avec les médecins québécois établis aux États-Unis, nous avons pris connaissances de plusieurs avantages d'une pratique aux États-Unis. Maintenant, nous aimerions connaître les aspects moins agréables d'une pratique aux États-Unis ? Quels sont-ils ?
44. Maintenant que vous pouvez comparer entre le Québec et les États-Unis, quels sont, selon vous, les bons côtés d'une pratique au Québec ?

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

*Pour terminer j'aimerais vous poser quelques questions démographiques. Ces informations seront traitées de manière anonyme et confidentielle.*

45. De quelle université avez-vous reçu votre diplôme de médecine ?

46. En quelle année ?

47. Avez-vous une spécialité ? Si oui laquelle (précisez)

48. À quels endroits avez-vous fait votre spécialité ? Combien de temps ?

49. Avez-vous une surspécialisation ? Quelle est-elle ?

50. Avez-vous une formation postgraduée du type Maîtrise ou ph.d. ? Où ? Combien de temps ?

51. Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez ajouter à cette entrevue sur le choix d'un lieu de pratique ?

*Je vous remercie d'avoir participé à notre étude.*

## ANNEXE-3

### DESCRIPTION DETAILLÉE DES REpondANTS

#### Entrevue N°1 :

Homme de 49, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : UDM en 1996, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 25 mois et plus,

Spécialité : médecine interne, possède une surspécialisation,

A débuté sa pratique médicale en 1990, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 4 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 2 :**

Homme de 53 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1978, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 13 à 24 mois, Spécialité : laboratoire / diagnostic, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1986, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1999, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 1 an,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N°3 :**

Homme de 44 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : UDM en 1983, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : chirurgie orthopédique, possède une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1987, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1997, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant les 5 premières années de pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 3 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N°4 :**

Homme de 50 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : U-LAVAL en 1980, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : gynéco-obstétrique, possède une surspécialisation,, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1985, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1995, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 6 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N°5 :**

Femme de 45 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1986,

Lieu et durée de formation post : Québec, 13 à 24 mois, E-U : 7 à 12 mois,

Spécialité : omnipraticien, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1991, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1988, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant formation post graduée.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 9 ans,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 6 :**

Homme de 45 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1986,

Lieu et durée de formation post : Québec, 7 à 12 mois, E-U : aucun,

Spécialité : pédiatre, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1990, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1989, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant formation post graduée.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 11 ans,

A remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 7 :**

Homme de 64 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : U-LAVAL en 1969,  
Spécialité : omnipraticien, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1969, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 9 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 8 :**

Homme de 41 ans, francophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1990,

Lieu et durée de formation post : Québec, 13 à 24 mois, E-U : 7 à 12 mois,

Spécialité : anesthésiste, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1997, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1993, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant la formation post-graduée,

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 7 ans,

A remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 9 :**

Homme de 50 ans, francophone, installé au Canada, diplômé de M.D UDM en 1981,

Lieu et durée de formation post : Québec, Aucun, E-U : Aucun,

Spécialité : urgence, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1985 et a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1988, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant les 5 premières années de sa pratique,

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité dans les équipements : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 12 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 10 :**

Homme de 44 ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1986, Lieu et durée de formation post : Québec, 7 à 12 mois, E-U : 25 mois et plus,

Spécialité : oncologie, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1987, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1987, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant la formation post graduation

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 13 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 11 :**

Homme de 46 ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1986, Lieu et durée de formation post : Québec, 7 à 12 mois, E-U : 13 à 24 mois,

Spécialité : ORL, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1995, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1993, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant ses études médicales

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 5 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 12 :**

Homme de 52 ans, francophone, installé au E-U, diplômé de M.D : UDM en 1983, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 13 à 24 mois,

Spécialité : ophtalmologie, possède une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1989, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1987, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant la formation de post graduation

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 11 ans,

A remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue № 13 :**

Homme de 64 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1968,

Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : psychiatre, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1974, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1986, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : oui,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 6 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 14 :**

Anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1989, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : urgence, ne possède pas une surspécialisation

A débuté sa pratique médicale en 1992, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1997, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : oui,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 3 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 15 :**

Homme de 45 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1987,

Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : ophtalmologie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1992, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1992, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans pendant 5 premières années de pratique.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 8 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 16 :**

Homme de 55 ans, francophone et anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1981, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : neurochirurgie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1989, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1989, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans pendant les 5 premières années de pratique

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 11 ans,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 17 :**

Homme de 52ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1987, Lieu et durée de formation post : Québec, aucun, E-U : 25 mois et plus

Spécialité : neurologie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1988, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1987, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant ses études médicales

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 12 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 18 :**

Homme de 56 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1988,

Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : aucun,

Spécialité : omnipraticien, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale sans affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1991, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : oui,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 4 ans,

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 19 :**

Homme de 64 ans, anglophone, installé au Canada, diplômé de M.D : McGill en 1967,

Lieu et durée de formation post : Québec, Aucun, E-U : 7 à 12 mois,

Spécialité : ophtalmologie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1974, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1991, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 10 ans,

A remis en question sa décision,

Satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue № 20 :**

Homme de 65 ans, francophone, installé au Canada,

Obtention de diplôme de M.D : UDM en 1965,

Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et +, E-U : 0,

Spécialité : microbiologiste, pas de sur spécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

Débuté sa pratique médicale en 1966, a quitté le Qc en 1998, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique,

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : non,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité dans les équipements : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Facteur le plus important dans la décision de départ : fact. Prof : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 34 ans,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

N'a pas remis en question sa décision,

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 21 :**

Homme de 62 ans, francophone, installé au Canada, diplômé de M.D : UL en 1967, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et +, E-U : 0,

Spécialité : chirurgie, possède une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

Débuté pratique médicale en 1977, A quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1996, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec 5 ans après le début de sa pratique,

Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :

Milieu professionnel stimulant : oui,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : oui,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : non,

Disponibilité dans les équipements : oui,

Disponibilité dans les ressources matérielles : oui,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : oui

Nb d'années de pratique hors Qc : 5 ans,

a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

**Entrevue N° 22 :**

Homme de 45 ans, anglophone, installé au E-U, diplômé de M.D : McGill en 1985, Lieu et durée de formation post : Québec, 25 mois et plus, E-U : 13 à 24 mois,

Spécialité : médecine interne, ne possède pas une surspécialisation, pratique médicale avec affiliation universitaire

A débuté sa pratique médicale en 1987, a quitté le Qc pour s'installer ailleurs en 1990, a décidé de s'établir à l'extérieur du Québec pendant sa formation post graduation.

**Parmi les facteurs professionnels dont a dépendu son départ :**

Milieu professionnel stimulant : non,

Opportunité de carrière académique / chercheur : oui,

Liberté dans les décisions cliniques : non,

Revenu professionnel : non,

Disponibilité des ressources professionnelles (soins) : oui,

Disponibilité des équipements médicaux : non,

Disponibilité dans les ressources matérielles : non,

Plafonds de revenu pour la main-d'œuvre médicale : non,

Rémunération différenciée selon le lieu de pratique : non,

Niveau de financement du secteur de la santé au Qc : non

Nb d'années de pratique hors Qc : 6 ans;

N'a pas remis en question sa décision,

Très satisfait avec la sa pratique professionnelle actuelle

Plan pour les 5 prochaines années : rester ou il est actuellement

