

APPORT THÉORIQUE DE LA GRH À LA COMPRÉHENSION DE LA RÉTENTION DE LA MAIN D'ŒUVRE MÉDICALE EN RÉGIONS SOUS-DESSERVIES

Nicole Leduc, Ph.D., professeure titulaire, Département d'Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7
nicole.leduc@umontreal.ca

Henriette Bilodeau, Ph.D., professeure, Département Organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8
bilodeau.henriette@uqam.ca

Mots clés : rétention, effectifs médicaux, expatriation, ajustement, mesures incitatives

Résumé

Introduction

De nombreux pays font face au problème persistant de rétention de leur main d'œuvre médicale dans les régions sous-desservies, malgré l'instauration de mesures législatives contraignantes et de mesures incitatives économiques ou autres, visant l'accroissement des motivations personnelles et le développement d'attitudes et de comportements favorables. Bien que maints facteurs personnels, professionnels et environnementaux aient été identifiés, nous ignorons toujours comment ils interviennent et surtout interagissent dans le processus d'attraction envers une pratique en régions, ni comment ils favorisent ou nuisent au passage de l'attraction à l'installation, puis de l'installation à la rétention en régions sous-desservies.

Objectif

Dans cet article, nous proposons un modèle théorique de rétention des médecins en régions sous-desservies, développé à partir de travaux en GRH sur l'ajustement domestique et international et prenant en compte les connaissances issues de la littérature médicale et celles provenant de la GRH.

Modèle théorique proposé

Ce modèle explique la rétention comme résultant de l'ajustement des médecins au travail, au milieu social et, plus généralement, à l'environnement. L'ajustement est défini comme un processus dynamique résultant des modifications apportées par l'individu dans le but d'atteindre ou maintenir un état de satisfaction qu'il considère acceptable. L'ajustement serait fonction de facteurs personnels, professionnels ou environnementaux propres à l'individu, ainsi que de facteurs relevant de l'organisation, la région et l'État. Les facteurs y sont regroupés en deux grandes catégories, selon qu'ils réfèrent à la situation précédant le départ ou celle suivant l'arrivée en régions.

Le modèle postule que l'attraction serait influencée par quatre blocs de facteurs caractérisant la situation antérieure au départ : l'identité personnelle, les attentes envers la profession et le milieu de vie, et les mesures incitatives locales, régionales ou étatiques. Nous formulons l'hypothèse que l'identité professionnelle, soit l'université du diplôme et la spécialisation, influencerait indirectement sur l'attraction par les attentes qu'elle suscite à l'égard de la profession. Nous prévoyons enfin un effet direct des mesures incitatives sur l'attraction et l'installation. Pour l'installation, nous émettons l'hypothèse qu'elle découle de l'effet indirect des facteurs d'attraction de même que de celui, direct, des mesures incitatives. Enfin, nous faisons l'hypothèse que la situation postérieure à l'arrivée comprend un ensemble de facteurs caractérisant le processus conduisant de l'installation à la rétention en poste à long terme. Nous postulons que le maintien résulte directement de l'ajustement, lui-même influencé directement par trois groupes de facteurs : l'identité personnelle, les conditions d'exercice de la profession et les conditions de vie. Finalement, nous formulons l'hypothèse que les mesures incitatives agissent indirectement sur l'ajustement, via les conditions de vie et d'exercice de la profession.

Conclusion

Jusqu'à tout récemment, les études dans le milieu médical reposaient peu souvent sur une conceptualisation du problème de rétention de la main d'œuvre médicale ou sur un modèle théorique. L'intégration des travaux en GRH permet d'assoier la problématique de rétention sur des courants théoriques solides, de la conceptualiser dans une perspective plus globale rendant mieux compte de la complexité du phénomène, et de formuler des propositions théoriquement ancrées permettant d'identifier des pistes d'intervention éprouvées.

Introduction

De nombreux pays font face au problème persistant de rétention de leur main d'œuvre médicale dans les régions sous-desservies, malgré l'instauration de mesures législatives parfois contraignantes ou de mesures incitatives économiques, éducationnelles ou autres, visant l'accroissement des motivations personnelles et le développement d'attitudes et de comportements favorables. Bien que maints facteurs personnels, professionnels et environnementaux aient été identifiés dans la littérature médicale, nous ignorons toujours comment ces facteurs interviennent et surtout interagissent dans le processus d'attraction d'un étudiant ou résident en médecine, ou d'un médecin envers une pratique en régions, ni comment ils favorisent ou nuisent au passage de leur attraction à leur installation, puis de l'installation à leur rétention en régions sous-desservies.

Par ailleurs, divers changements survenus dans la profession médicale, le système de santé et la société laissent croire que de nouveaux facteurs sont susceptibles d'agir sur la pratique en régions, tels que par exemple, une importance accrue accordée à la qualité de vie et au temps de loisir chez les jeunes, la féminisation accélérée de la profession médicale et ses répercussions sur le conjoint, sur les attentes relatives à la profession et sur le type de pratique, les pénuries de professionnels de la santé ou la télé-médecine. De plus, le rôle joué par les diverses mesures incitatives dans la dynamique du choix et du maintien d'un lieu de pratique demeure peu étudié. Enfin, les mécanismes d'utilisation de ces mesures incitatives par les médecins restent méconnus.

Objectifs

Dans cet article, nous présentons les limites des connaissances actuelles sur les facteurs d'attraction, d'installation et de rétention de la main d'œuvre médicale en régions sous-desservies. Nous proposons ensuite un modèle théorique de rétention des médecins en régions sous-desservies, développé à partir de travaux en GRH sur l'ajustement domestique et international. Ce modèle repose sur une perspective plus globale des médecins, que nous examinons sous l'angle de l'expatriation, par le recours entre autres aux concepts d'« expatriés » et d'« expatriés volontaires »¹ [Suutari et Brewster, 2000] et de leurs déterminants. Il prend en compte les connaissances issues de la littérature médicale et celles provenant de la GRH. Nous discutons finalement en conclusion de l'apport potentiel de la littérature en GRH à une meilleure compréhension du phénomène de rétention des médecins en régions sous-desservies.

Facteurs d'attraction, d'installation et de rétention de la main d'œuvre médicale en régions sous-desservies

Une abondante littérature existe sur le choix du lieu de pratique médicale, le plus souvent examiné de façon dichotomique : régions urbaines versus rurales, éloignées ou encore sous-desservies. Ces derniers termes sont le plus souvent utilisés de façon interchangeable, sans être nécessairement définis dans la plupart des études. Nous emploierons ici le terme régions sous-desservies, définies comme celles présentant un manque récurrent d'effectifs médicaux [Ogunyemi et Edelstein, 2007]. Cette définition possède l'avantage d'inclure autant des régions rurales ou éloignées que celles situées près d'agglomérations urbaines mais où le recrutement et la rétention demeurent problématiques à travers les années.

Généralement, le choix du lieu de pratique médicale est traité en termes de « motivation à aller vers un lieu »² (ou d'attraction et d'installation), de « motivation à demeurer dans un lieu » (ou de rétention) et plus rarement, de « motivation à quitter un lieu »³ de pratique. Ces motivations ont traditionnellement été investiguées par le biais de trois catégories de facteurs, à savoir les facteurs personnels, professionnels et environnementaux. Parmi les facteurs personnels d'attraction, d'installation ou de rétention, on retrouve habituellement dans la littérature davantage d'hommes, de jeunes, originaires de régions sous-desservies ou ayant un conjoint qui en est issu, l'endettement résultant de la formation, le désir de se dévouer pour sa communauté et des traits de caractère particuliers tels qu'une tolérance élevée à l'incertitude ou l'ambiguïté [Brooks, Walsh, Mardon, Lewis et Clawson, 2002; Ciechanowski, Worley, Russo et Katon, 2006; Curran et Rourke, 2004; Eley, Young et Shrapnel, 2008; Feldman, Woloschuk, Gowan, Delva, Brenneis et Wright, 2008; Odom Walker, Ryan, Ramey, Nunez, Beltran et Splawn, 2010; Ward, Kamien et Lopez, 2004; Woloschuk et Tarrant, 2002]. Les facteurs professionnels incluent le plus souvent une spécialité en médecine familiale ou en soins primaires, la réalisation de stages pré- ou postdoctoraux en régions, préférablement de longue durée, des attentes moins élevées à l'égard de la rémunération et du prestige associé à la profession médicale, une attitude positive à l'égard d'une pratique en régions, une préparation jugée adéquate, la variété du travail et la diversité de pratique, l'autonomie et l'attrait que représentent les incitatifs économiques ou autres; parmi les facteurs négatifs, on retrouve l'isolement professionnel et le manque de soutien des pairs [Brooks, Walsh, Mardon,

¹ En accord avec la littérature sur l'expatriation, le terme « expatriés » réfère aux *organization-assigned expatriates* et celui d'« expatriés volontaires », aux *self-initiated expatriates*.

² Ou *pull factors*.

³ Ou *push factors*.

Lewis et Clawson, 2002; Curran et Rourke, 2004; Dunbabin, McEwin et Cameron, 2006; Lu, Hakes, Bai, Tolhurst et Dickinson, 2008; Orpin et Gabriel, 2005; Wetmore et Stewart, 2001]. Enfin, les facteurs environnementaux comprennent généralement un attrait envers les communautés de petite taille, considérées plus hospitalières, et les activités de plein air; la possibilité d'épanouissement professionnel du conjoint et d'éducation pour les enfants est également un facteur prépondérant [Brooks, Walsh, Mardon, Lewis et Clawson, 2002; DeWitt, McLean, Newbury, Shannon et Critchley, 2005; Dunbabin, McEwin et Cameron, 2006; Orpin et Gabriel, 2005]. Une recension de la littérature [Bilodeau et Leduc, 2003] montre que les motivations à choisir un lieu de pratique, associées indifféremment dans la littérature aux phénomènes d'attraction ou d'installation, seraient surtout conditionnées par des facteurs personnels, les facteurs professionnels occupant la seconde place. Les motivations à demeurer dans un lieu seraient davantage tributaires de facteurs professionnels, suivis de ceux d'ordre environnemental. Quant aux motivations à quitter un lieu, elles seraient principalement expliquées par des facteurs professionnels et environnementaux. Ces auteurs montrent également que les variables considérées dans les études pour comprendre l'influence de ces groupes de facteurs se recoupent grandement, n'agissent pas toujours dans le même sens et n'ont pas la même importance selon le stade où en est le médecin dans le processus décisionnel relatif au choix d'un lieu de pratique.

Outre les limites soulevées par ces auteurs, les connaissances actuelles présentent diverses lacunes. Tout d'abord, les études dans le domaine médical ne font pas toujours une distinction claire entre les concepts d'attraction et d'installation, ce qui cause de la confusion quant à la contribution des divers facteurs à chacun de ces phénomènes. À notre avis, l'attraction, l'installation et le maintien de la pratique en régions éloignées et isolée réfèrent à trois phénomènes distincts dans la dynamique sous-jacente au choix d'un lieu de pratique. Cette distinction conceptuelle n'est pas toujours présente dans la littérature scientifique, de sorte qu'il est parfois difficile d'identifier clairement les principaux facteurs qui influencent l'un ou l'autre de ces phénomènes.

Ensuite, dans nombre d'études, la distinction entre les médecins omnipraticiens et spécialistes n'est pas toujours présente. Lorsqu'elle l'est, la spécialisation n'est examinée le plus souvent que pour distinguer les médecins de famille⁴ des spécialistes. Il est possible que les facteurs influençant ces phénomènes soient différents chez ces deux groupes, c'est-à-dire que le fait d'avoir ou non une spécialité interagisse avec les autres facteurs et ait donc non seulement un effet indépendant mais bien un effet d'interaction sur l'attraction, l'installation et la rétention en régions. En outre, l'effet du type de spécialité n'est que rarement pris en compte et aucune étude n'a regardé, spécifiquement parmi les médecins spécialistes, quels étaient les mécanismes par lesquels ceux-ci choisissaient de pratiquer en régions. Or, il apparaît plausible de présumer que les divers types de spécialistes aient des motivations et des besoins différents les uns des autres, en plus des différences existant avec les généralistes et ce, en ce qui concerne autant l'attraction, l'installation que la rétention en régions.

Finalement, notre dernier constat concerne la façon traditionnelle de définir les facteurs personnels, professionnels et contextuels ou environnementaux. Sous ces catégories se retrouvent des variables fort différentes, associées à l'identité individuelle (âge, genre, langue, origine, etc.), à l'identité professionnelle (université d'obtention du diplôme, spécialisation, formation pré- ou postdoctorale en régions, etc.), aux attentes en rapport avec le milieu professionnel et le milieu de vie, ainsi qu'aux conditions d'exercice de la profession (telles que le revenu et la charge de travail) et de vie (attraits socioculturels, niveau socioéconomique de la communauté, etc.) retrouvées après l'installation. Non seulement les variables

⁴ Synonyme de médecins généralistes et d'omnipraticiens.

traditionnellement investiguées ne présentent-elles pas toutes le même potentiel d'intervention, mais en outre elles ne sont pas nécessairement impliquées de la même façon dans les trois phénomènes et dans la dynamique qui les relie. Il importe alors d'examiner plus finement les mécanismes d'action impliqués aux divers stades décisionnels, afin de mieux comprendre quels sont les facteurs en jeu et ainsi dégager des pistes d'intervention mieux ciblées.

Les médecins en régions sous-desservies : des expatriés volontaires?

Nous proposons dans cet article qu'une similitude existe entre les médecins qui choisissent de travailler en régions sous-desservies au sein d'un même pays et les travailleurs hautement qualifiés qui sont, soit relocalisés dans une autre ville, soit expatriés i.e. envoyés à l'extérieur du pays, par leur organisation. Nous proposons également que les médecins établis en régions sous-desservies possèdent pour la plupart des caractéristiques propres à la fois aux expatriés et aux expatriés volontaires.⁵ Chacune des ces proposition est examinée ci-dessous.

Installation des médecins en régions sous-desservies et relocalisation de travailleurs au sein d'un même pays

L'installation d'une pratique médicale en régions sous-desservies suppose l'ajustement à un nouvel environnement de travail et de vie. La littérature sur l'ajustement domestique fournit un ensemble de concepts utiles [Black, Mendenhall et Oddou, 1991], tout particulièrement reliés à l'aspect professionnel. Ces concepts sont transférables à la problématique des médecins en régions, notamment l'incertitude résultant de la rupture avec les routines antérieures [Brett, 1980, in Black, Mendenhall et Oddou, 1991]. Plus cette incertitude est importante, plus le temps pour la réduire à un niveau confortable sera long. Par conséquent, la nouveauté du rôle, que l'on peut également définir comme un changement dans les conditions d'exercice de la profession, risquera de compromettre l'ajustement et éventuellement, la rétention. Chez les médecins, il existe un écart important entre la pratique en grands centres urbains et celle en régions, par exemple la facilité de référer un patient à des collègues ou d'autres types de professionnels, l'équipement et les ressources matérielles et professionnelles disponibles ou encore la présence d'une masse critique favorisant le maintien des compétences. Ces facteurs contribuent à accroître la charge de travail et étendre les domaines de compétences nécessaires à une pratique efficace et autonome, résultant ainsi en une plus grande incertitude.

Installation des médecins en régions sous-desservies et expatriation de travailleurs

La relocalisation au sein d'un même pays se fait en général entre des milieux de tailles similaires, possédant des caractéristiques relativement semblables en termes d'opportunités et de services. Ceci est loin d'être le cas des médecins qui s'installent en régions, après avoir été formés dans un centre universitaire le plus souvent situé dans un grand centre urbain. Une distance culturelle importante risque d'exister, à la fois entre leur milieu de formation et leur lieu de pratique médicale, et entre leur milieu de vie d'origine et leur lieu d'installation. Les régions présentent le plus souvent des habitudes de vie, coutumes et langage différents, et il y est difficile d'être anonyme. L'ajustement requiert par conséquent des habiletés individuelles spécifiques, investiguées dans la littérature sur l'ajustement international qui s'avère particulièrement utile pour identifier les facteurs propres à l'individu, par exemple en termes

⁵ Seuls les médecins assignés à un service obligatoire en régions suite à l'obtention de bourses d'études ou autres avantages ou encore suite à une réglementation coercitive ne correspondraient pas aux expatriés dits volontaires.

d'auto-efficacité et d'habiletés relationnelles [Mendenhall et Oddou, 1985, in Black, Mendenhall et Oddou, 1991]. Ces habiletés seraient également nécessaires chez les autres membres de la famille, dont l'ajustement conditionnerait celui du médecin. La distance culturelle perçue influencerait également l'attraction [Dupuis, Haines et Saba, 2008].

Expatriés et expatriés volontaires.

Plusieurs études ont comparé les caractéristiques des expatriés volontaires à celles des expatriés [Inkson, 1997; Peltokorpi et Froese, 2009; Suutari et Brewster, 2000; Tharenou et Caulfield, 2010]. Parmi les caractéristiques rapportées, les similitudes suivantes existent entre les expatriés volontaires et les médecins pratiquant en régions : plus jeunes en carrière, prédominance de célibataires, marché du travail limité ou insatisfaisant (par exemple, suite aux mesures législatives coercitives envers les nouveaux médecins), absence de plan de rapatriation et incertitude quant à la possibilité de se réinstaller ultérieurement en milieu urbain et face à une carrière future. Les médecins en régions offrent également des ressemblances avec les expatriés, notamment en termes de compensation monétaire pour l'installation, une rémunération supérieure, des allocations pour le coût de la vie et le logement, et un support organisationnel plus important. Par conséquent, certains résultats d'études sur l'attraction, l'installation et la rétention des expatriés volontaires peuvent s'appliquer à la problématique des médecins en régions.

Modèle théorique proposé

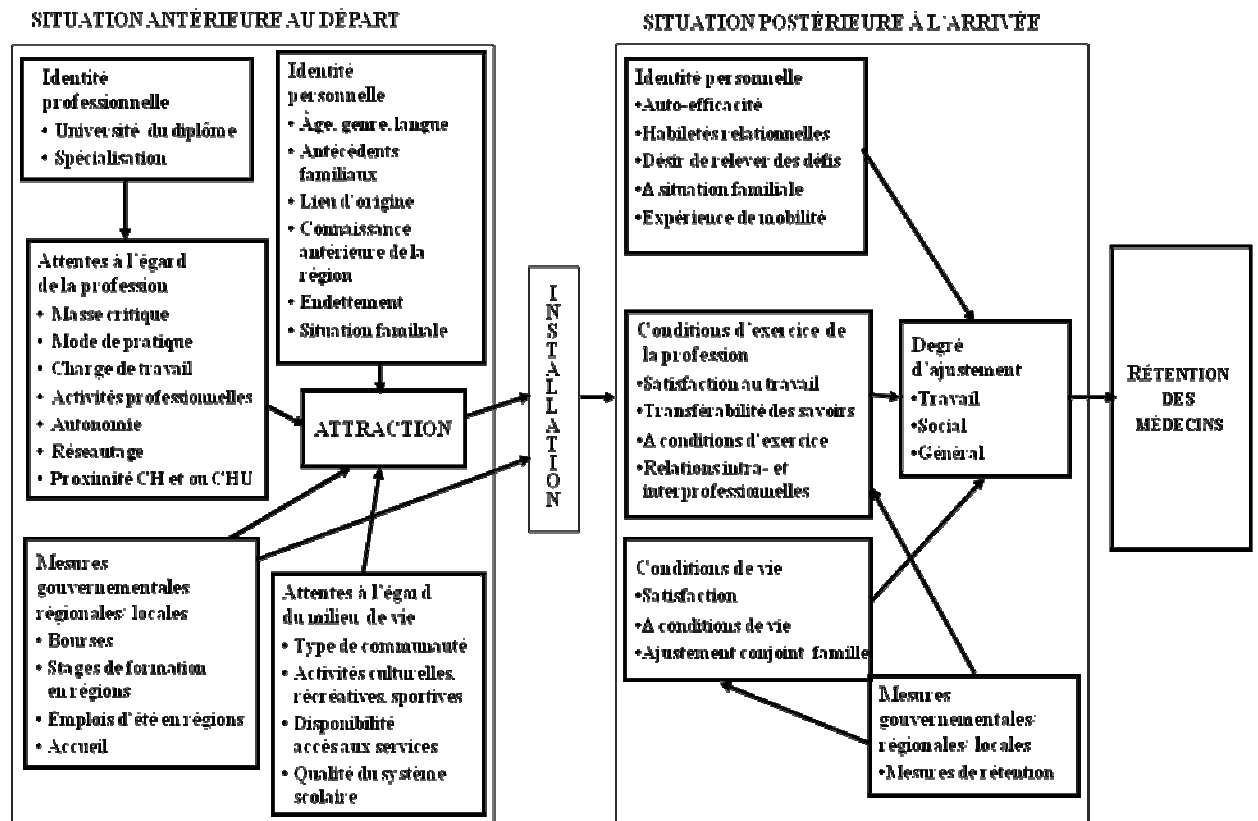
Nous définissons ici *l'attraction* comme une attitude positive à l'égard de l'exercice de la médecine en régions sous-desservies, sans que cette attitude favorable ne conduise nécessairement à une installation. *L'installation* en régions, quant à elle, consiste en l'actualisation de l'attraction et constitue l'aboutissement d'une décision concernant un lieu spécifique de pratique. Finalement, *la rétention* des médecins en régions éloignées représente le choix délibéré de demeurer dans ce lieu de pratique après en avoir expérimenté les diverses facettes. Ce choix résulterait d'un processus complexe d'ajustement au travail, à la société et, plus généralement, à l'environnement d'accueil.

Le concept d'ajustement réfère à l'appréciation que fait un individu de sa situation en termes de niveau d'atteinte de ses demandes à l'égard de son travail, du milieu dans lequel il vit et de son environnement ou encore envers lui-même. Plus précisément, cet ajustement subjectif serait l'aboutissement d'un processus dynamique, où l'ajustement à un moment donné dans le temps résulterait des modifications apportées activement par l'individu ou passivement acceptées afin d'atteindre ou de maintenir un état dans lequel il éprouve un niveau de satisfaction qu'il considère adéquat [Tornbiorn, 1982]. Ce concept est utilisé dans la littérature sur l'ajustement domestique et international. Ces deux domaines de recherche dans la gestion des ressources humaines portent sur les facteurs favorisant le maintien à long terme des personnels dans de nouvelles organisations ou dans un nouvel environnement de travail situé au sein du même pays ou de la même région (ajustement domestique) ou encore, à l'étranger (ajustement international ou transculturel), suite à un transfert ou à l'obtention d'un nouvel emploi [Bhaskar-Shrinivas, Harrison, Shaffer et Luk, 2005; Black, Mendenhall et Oddou, 1991; Hechanova, Beehr et Christiansen, 2003]. L'ajustement au travail, à la société et à l'environnement général serait un prédicteur important de l'intention de partir des personnels et du taux de roulement [Black, Mendenhall et Oddou, 1991].

Le modèle théorique que nous avons développé explique la rétention comme résultant de l'ajustement des médecins au travail, au milieu social et, plus généralement, à l'environnement [Figure 1]. L'ajustement serait fonction de facteurs personnels,

professionnels ou contextuels propres à l'individu, ainsi que de facteurs relevant de l'organisation, la région et l'État. Les facteurs y sont regroupés en deux grandes catégories, selon qu'ils réfèrent à la situation précédant le départ ou celle suivant l'arrivée en régions.

FIGURE 1. MODÈLE THÉORIQUE D'ATTRACTION, D'INSTALLATION ET DE RÉTENTION DES MÉDECINS EN RÉGIONS SOUS-DESSERVIES



Situation antérieure au départ en régions sous-desservies

Parmi les facteurs caractérisant la situation antérieure au départ vers les régions sous-desservies, nous retrouvons ceux susceptibles d'influencer l'attraction, puis l'installation.

L'attraction envers la pratique en régions sous-desservies.

Notre modèle postule que ce phénomène serait influencé par quatre blocs de facteurs, à savoir : l'identité personnelle, les attentes envers la profession et le milieu de vie, et les mesures incitatives. Nous formulons l'hypothèse d'un effet direct de l'identité personnelle, particulièrement en termes de genre et de situation familiale [Konopaske, Robie et Ivancevich, 2005; Richardson et Mallon, 2005; Tharenou, 2008], d'origine rurale ou de régions sous-desservies ou de connaissance antérieure de la région, ce dernier facteur venant réduire la distance culturelle. Par ailleurs, nous proposons également que l'identité professionnelle, soit l'université d'obtention du diplôme de médecin et le domaine de spécialisation, influencerait indirectement sur l'attraction par les attentes qu'elle suscite à l'égard de la profession (i.e. prestige, revenu, contrôlabilité). Certaines caractéristiques particulières des écoles de médecine sont de façon constante associées à une probabilité accrue de choix de la pratique en zone rurale : mission explicite de l'école à l'égard de formation de médecins de famille disposés à la pratique rurale [Dunbabin, McEwin et Cameron, 2006], situation de

l'école en milieu rural ou éloigné, proportion importante de professeurs en médecine familiale au sein du corps professoral [Lawson et Hoban, 2003] et politiques d'admission favorisant les candidats issus de milieux ruraux [Bland et Meurer, 1995; Curran et Rourke, 2004; Senf, Campos-Outcalt et al., 2003]. Par leur curricula, les écoles de médecine façonnent également les attentes liées à la profession, notamment par les modèles de rôle qu'elles fournissent [Basco et Reigart, 2001]. Nous prévoyons en outre un effet direct des mesures incitatives sur l'attraction et l'installation. Plusieurs mesures entrent ici en jeu, en fonction des pays ou des états [Fournier, Contandriopoulos, Diene et Trotter, 2004]. À l'échelle étatique, on peut retrouver par exemple : bourses d'excellence de formation pré- ou postdoctorale, octroyées contre un engagement à pratiquer en région pour une durée variable; majoration de la rémunération tenant compte de l'isolement et l'éloignement des grands centres urbains; avantages sociaux tels que allocations de ressourcement et de sorties, dépannage, prime de rétention, de revalorisation ou d'éloignement. Régionalement, localement et à l'échelle organisationnelle, diverses initiatives s'ajoutent à ces mesures, comme des emplois et stages d'été pour les étudiants en médecine, des compensations financières lors de l'installation, la dotation en personnel de soutien et en équipement, ou autres privilèges. Ces mesures sont vues comme influençant directement l'attraction.

L'installation en régions sous-desservies.

Le phénomène d'installation a été conceptualisé en tant qu'actualisation de l'attraction par le biais du choix d'un lieu spécifique de pratique. Il découlerait par conséquent de l'effet indirect des facteurs d'attraction, de même que de celui, direct, des mesures incitatives, notamment en termes de résultante de certains lieux de formation pré- ou postdoctorale, maints écrits ayant démontré l'influence des milieux de formation sur l'installation en régions [Brooks, Walsh, Mardon, Lewis et Clawson, 2002; Chen, Fordyce, Andes et Hart, 2010; Curran et Rourke, 2004; Dunbabin, McEwin et Cameron, 2006; Page et Birden, 2008; Straume et Shaw, 2010; Wayne, Timm, Serna, Solan et Kalishman, 2010; Wilson et Cleland, 2008].

Situation postérieure à l'arrivée en régions sous-desservies

Nous faisons l'hypothèse que la situation postérieure à l'arrivée comprend un ensemble de facteurs caractérisant le processus conduisant de l'installation à la rétention à long terme. Ainsi, nous proposons que celle-ci résulte directement de l'ajustement, lui-même influencé directement par trois groupes de facteurs : l'identité personnelle, les conditions d'exercice de la profession et les conditions de vie.

Les facteurs propres à l'identité personnelle incluent l'auto-efficacité perçue par les médecins, c'est-à-dire la confiance qu'ils ont dans leur capacité à accomplir ce qui est requis ou attendu d'eux. Peu d'études se sont penchées sur ce concept en tant que déterminant des décisions de carrière chez les médecins. Wetmore et Stewart [2001] rapportent une confiance accrue dans leurs habiletés à l'égard des soins ambulatoires et des procédures d'urgence par des résidents ayant reçu une partie de leur formation en milieu rural. Rosenthal [2000], de son côté, montre aussi le sentiment d'être bien préparé à la pratique en milieu rural chez une forte proportion de résidents issus de formation décentralisée complète au post-doctorat. Il est donc plausible de proposer que l'auto-efficacité viendrait diminuer l'incertitude et favoriser l'ajustement. Nous retrouvons en outre les habiletés relationnelles, plusieurs études dans le domaine de la gestion des ressources humaines ayant conclu à l'effet de ces facteurs sur le degré d'ajustement [Black, Mendenhall et Oddou, 1991]. Le désir de relever des défis est mentionné par certains médecins et professionnels des milieux décisionnels comme un attribut prévalant chez nombre de médecins choisissant de pratiquer en régions éloignées. Afin de tester cette hypothèse, nous avons choisi de l'inclure dans les facteurs d'identité personnelle en tant que trait de personnalité facilitant potentiellement l'ajustement aux conditions de travail, au milieu

de vie et à l'environnement propres aux régions. Cette caractéristique est examinée en GRH sous forme de motivation profonde à relever des défis [Cerdin et Le Pargneux, 2010] ou encore de motivation personnelle d'explorer un nouveau milieu et d'apprendre, à des fins de développement personnel [Begley, Collings et Scullion, 2007]. Des changements dans la situation familiale (conjoint, enfant) sont par ailleurs susceptibles d'entraîner une redéfinition de l'identité personnelle ayant des répercussions sur la rétention. Enfin, l'expérience de mobilité mérite d'être investiguée, en termes de nombre de lieux de pratique passés, de durée de séjour à chaque endroit et de motifs de départ, à titre exploratoire. Nous croyons en effet plausible l'existence de profils de médecins très mobiles pour qui la rétention à long terme est peu probable.

Parmi les conditions d'exercice de la profession, la satisfaction au travail, considérée par Cerdin et Le Pargneux [2009] comme un indicateur du succès au travail, a été retenue comme un facteur important d'ajustement au travail. Ces mêmes auteurs mettent également de l'avant la nécessité pour les expatriés d'acquérir les savoir, savoir-faire et savoir-être requis dans le nouveau contexte de travail tout en maintenant leur valeur sur le marché du travail en vue d'un retour éventuel. Chez les médecins pratiquant en régions, ces préoccupations se traduisent par la crainte de ne pouvoir transférer les savoirs développés en régions à la pratique dans un grand centre urbain; nous formulons l'hypothèse que la transférabilité des savoirs affecte l'ajustement en régions des médecins, tant généralistes que spécialistes. Par ailleurs, dans certaines régions, les effectifs réduits se trouvent en équilibre précaire. Dans de telles conditions, le départ d'un médecin peut suffire à provoquer une surcharge de travail importante chez ceux qui restent, entraînant des gardes perpétuelles et une détérioration de la qualité de vie. Ces événements peuvent être vus comme des chocs sur le système en place [Allen et Griffeth, 2000], produisant des réactions en chaîne. Il importe donc d'en tenir compte lors de l'étude de la rétention. En accord avec la littérature sur l'ajustement domestique et international, nous proposons enfin que les relations intra et interprofessionnelles jouent un rôle important sur le degré d'ajustement au travail; ces relations, lorsque positives, sont vues comme apportant du support individuel et professionnel et améliorant le climat de travail, accroissant ainsi le potentiel de rétention en régions.

Les conditions de vie comprennent la satisfaction à l'égard de la vie en général [Birdseye et Hill, 1995]. Ensuite, de nombreuses études tant dans la littérature médicale que celle en GRH ayant montré l'importance du conjoint et de la famille sur la rétention, nous postulons que le degré d'ajustement du conjoint et de la famille aura un effet important sur l'ajustement du médecin lui-même à son milieu de vie et à son environnement.

Finalement, nous faisons l'hypothèse que les mesures incitatives visant la rétention de nature gouvernementale, régionale ou locale auront un effet indirect sur l'ajustement au travail, à la société et à l'environnement par l'intermédiaire de leur impact sur les conditions d'exercice de la médecine et sur les conditions de vie en régions éloignées. Par exemple, on peut penser que les incitatifs financiers et les diverses allocations de resourcement et autres primes peuvent freiner les motivations de partir [Allen et Griffeth, 2000] en facilitant l'ajustement.

Conclusion

Le modèle théorique que nous avons développé provient de l'intégration des connaissances dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de l'abondante littérature scientifique faisant état des facteurs de rétention de la main-d'œuvre médicale dans les régions éloignées, rurales ou, plus généralement, qualifiées de « sous-desservies ». Nous y avons distingué les concepts d'attraction, d'installation et de rétention, afin de favoriser une compréhension fine de l'influence de divers facteurs sur chacun de ces phénomènes. Nous

avons défini l'attraction en tant qu'attitude favorable à l'égard de la pratique de la médecine en régions éloignées, alors que l'installation dans un lieu précis en constitue l'actualisation et représente l'aboutissement d'une décision concernant le lieu de pratique. Quant à la rétention, nous l'avons conceptualisée comme le choix délibéré de demeurer dans un lieu de pratique après en avoir expérimenté les diverses facettes. Nous avons également mis de l'avant le concept d'ajustement, dont résulterait le maintien de la pratique médicale, afin de traduire le processus dynamique d'appréciation qu'un individu fait de sa situation en termes de niveau d'atteinte de ses demandes à l'égard du travail, du milieu dans lequel il vit et de lui-même. Bien qu'un grand nombre d'études en GRH aient montré l'utilité de ce concept, à notre connaissance, aucune n'a jusqu'à présent examiné le phénomène de rétention par le biais de l'ajustement.

Les travaux réalisés en GRH sur le rôle du genre et de la dynamique familiale à l'égard des décisions de carrière de l'un des deux conjoints revêtent une importance toute particulière dans l'étude de l'attraction, l'installation et la rétention de la main d'œuvre médicale en régions sous-desservies, compte tenu de la forte féminisation de la profession. Nous assistons à un renversement de la situation, qui va en s'accroissant internationalement. Ces travaux se doivent d'être intégrés plus finement dans le modèle que nous proposons, de façon à mieux examiner la prise de décision tout au long du processus de choix d'un lieu de pratique.

Jusqu'à tout récemment, les études dans le milieu médical reposaient peu souvent sur une conceptualisation du problème de rétention de la main d'œuvre médicale ou sur un modèle théorique. Bien que nous observions une certaine correspondance entre les facteurs identifiés la littérature médicale et celle en GRH, cette dernière offre le net avantage d'asseoir la problématique de rétention sur des courants théoriques solides, de la conceptualiser dans une perspective plus globale, de façon à mieux tenir compte de sa complexité et de formuler des propositions théoriquement ancrées permettant d'identifier des pistes d'intervention éprouvées, rattachées au domaine de la GRH.

Bibliographie

Allen D.G., Griffeth R.W. (2000), « Job performance and turnover: a review and integrative multi-route model », *Human Resource Management Review*, vol. 9, n° 4, p. 525-548.

Basco W.T., Jr., Reigart J.R. (2001), « When do medical students identify career-influencing physician role models? », *Academic Medicine*, vol. 76, n° 4, p.380-382.

Begley A., Collings D.G., Scullion H. (2007), « The cross-cultural adjustment experiences of self-initiated repatriates to the Republic of Ireland labour market », *Employee Relations*, vol. 30, n° 3, p.264-282.

Bhaskar-Shrinivas P., Harrison D. A., Shaffer M., Luk D. (2005), « Input- and time-based models of international adjustment », *Academy of Management Journal*, vol. 48, p. 257-280.

Bilodeau H., Leduc N. (2003), « Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, vol. 43, n° 3, p. 485-504.

Birdseye M.G., Hill J.S. (1995), « Individual, organizational/work and environmental influences on expatriate turnover tendencies: An empirical study », *Journal of International Business Studies*, vol. 26, n° 4, p. 787-813.

Black S., Mendenhall M., Oddou G. (1991), « Toward a comprehensive model of international adjustment: An integration of multiple theoretical perspectives », *Academy of Management Review*, vol. 16, n° 2, p. 291-317.

Bland C.J., Meurer L.N. (1995), « Determinants of Primary-Care Specialty Choice - a Nonstatistical Metaanalysis of the Literature », *Academic Medicine*, vol. 70, n° 7, p. 620-641.

Brooks R.G., Walsh M., Mardon R.E., Lewis M., Clawson A.(2002), « The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: A review of the literature », *Academic Medicine*, vol. 77, n° 8, p. 790-798.

Cerdin J.-L., Le Pargneux M. (2009), « Career and international assignment fit: Toward an integrative model of success », *Human Resource Management*, vol. 48, n° 1, p. 5-25.

Chen F., Fordyce M., Andes S., Hart L.G. (2010), « Which medical schools produce rural physicians? A 15-year update », *Academic Medicine*, vol. 85, n° 4, p.594-598.

Ciechanowski P.S., Worley L.L.M., Russo J.E., Katon W.J. (2006), « Using relationship styles based on attachment theory to improve understanding of specialty choice in medicine », *BMC Medical Education*, Vol. 6, n° 3.

Curran V., Rourke J. (2004), « The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians », *Medical Teacher*, vol. 26, n° 3, p. 265-72.

DeWitt D.E., McLean R., Newbury J, Shannon S., Critchley J. (2005), « Development of a common national questionnaire to evaluate student perceptions about the Australian Rural Clinical Schools Program », *Rural & Remote Health*, vol. 5, no 3, p. 486.

Dunbabin J.S., McEwin K., Cameron I. (2006), « Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce », *Rural Remote Health*, vol. 6, n° 2, p. 481.

Dupuis M.-J., Haines V.Y., Saba T. (2008), « Gender, family ties, and international mobility: Cultural distance matters », *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 19, n° 2, p. 274-295.

Eley D., Young L., Shrapnel M. (2008), « Rural temperament and character: A new perspective on retention of rural doctors », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 16, no 1, p.12-22.

Feldman K., Woloschuk W., Gowans M., Delva D., Brenneis F., Wright B. (2008), « The difference between medical students interested in rural family medicine versus urban family or specialty medicine », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 13, n° 2, p. 73-79.

Fournier M.-A., Contandriopoulos A.-P., Diene C.P., Trottier L.-H. (2004), *Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée: Politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 136p.

Hechanova R., Beehr T.A., Christiansen D.E. (2003), « Antecedents and consequences of employees' adjustment to overseas assignment: A meta-analytic review », *Applied Psychology: An International Review*, vol. 52, p. 213-236.

Inkson K., Arthur M. B., Pringle J., Barry S. (1997), « Expatriate assignment versus overseas experience: Contrasting models of international human resource development », *Journal of World Business*, vol. 32, n° 4, p. 351-368.

Konopaske R., Robie C., Ivancevich J.M. (2005), « A preliminary model of spouse influence on managerial global assignment willingness », *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 16, n° 3, p. 405-426.

Lawson S.R., Hoban J.D. (2004), « Understanding primary care residency choices: a test of selected variables in the Bland-Meurer model », *Academic Medicine*, vol. 79, n° 10, p. S36-39.

Lu D.J., Hakes J., Bai M., Tolhurst H., Dickinson J.A. (2008), « Rural intentions: factors affecting the career choices of family medicine graduates », *Canadian Family Physician*, vol. 54, n° 7, p. 1016-1017.

Odom Walker K., Ryan G., Ramey R., Nunez F.L., Beltran R., Splawn R.G. (2010), « Recruiting and retaining primary care physicians in urban underserved communities: The importance of having a mission to serve », *American Journal of Public Health*, vol. 100, no 11, p. 2168-2175.

Ogunyemi D., Edelstein R. (2007), « Career intentions of U.S. medical graduates and international medical graduates », *Journal of the National Medical Association*, vol. 99, n° 10, p. 1132-1137.

Orpin P., Gabriel M. (2005). « Recruiting undergraduates to rural practice: what the students can tell us », *Rural & Remote Health*, vol. 5, no 4, p. 412.

Page S., Birden H. (2008), « Twelve tips on rural medical placements: What has worked to make them successful », *Medical Teacher*, vol. 30, n° 6, p.592-596.

Peltokorpi V., Froese V. (2009), « Organizational expatriates and self-initiated expatriates », *International Journal of Human Resource Management*, vol.20, p. 1096-1112.

Richardson J, Mallon M. (2005), « Career interrupted? The case of the self-directed expatriate », *Journal of World Business*, vol. 40, p. 409-420.

Rosenthal T.C. (2000). « Rural residency tracks in family practice: graduate outcomes », *Family Medicine*, vol. 32, n° 3, p. 174-177.

Senf J.H., Campos-Outcalt D. et al. (2003), « Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 16, n° 6, p. 502-512.

Straume K., Shaw D.M.P. (2010), « Internship at the ends of the earth - a way to recruit physicians? », *Rural & Remote Health*, vol. 10, n° 2, p.1366.

Suutari V., Brewster C. (2000), « Making their own way: International experience through self-initiated foreign assignments », *Journal of World Business*, vol. 35, n° 4, p. 417-436.

Tharenou P. (2008), « Disruptive decisions to leave home: Gender and family differences in expatriation choices », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 105, p. 183-200.

Tharenou P., Caulfield N. (2010), « Will I stay or will I go? Explaining repatriation by self-initiated expatriates », *Academy of Management Journal*, vol. 53, n° 5, p. 1009-1028.

Tornbiorn I. (1982), *Living Abroad*, New York, Wiley and Sons.

Ward A.M., Kamien M., Lopez D.G. (2004), « Medical career choice and practice location: early factors predicting course completion, career choice and practice location », *Medical Education*, vol. 38, n° 3, p. 239-248.

Wayne S., Timm C., Serna L., Solan B., Kalishman S. (2010), « Medical students' attitudes toward underserved populations: changing associations with choice of primary care versus non-primary care residency », *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, vol. 21, n° 2, p. 438-447.

Wetmore S.J., Stewart M. (2001), « Is there a link between confidence in procedural skills and choice of practice location? », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 1, n° 3, p. 189-194.

Wilson M., Cleland J. (2008), « Evidence for the acceptability and academic success of an innovative remote and rural extended placement », *Rural & Remote Health*, vol. 8, n° 3, p. 960.

Woloschuk W., Tarrant M. (2002), « Does a rural educational experience influence students' likelihood of rural practice? Impact of student background and gender », *Medical Education*, vol. 36, n° 3, p. 241-247.