

PERSPECTIVES

20 octobre 2026

Retenir les médecins de famille en région : un défi toujours présent

BERNARD FORTIN

Professeur émérite, Département d'économique,
Université Laval
Chercheur et Fellow CIRANO

Attirer des médecins de famille dans les régions moins bien desservies ne suffit pas : encore faut-il qu'ils y demeurent. Une nouvelle étude du CIRANO (Fortin et Gbeto, 2026) analyse cette question à partir de données couvrant la période 1975–2024. Les analyses montrent des disparités importantes au Québec : dans les régions universitaires ou périphériques, la moitié des médecins auront quitté leur région après 23 ans. Cette période est de 16 ans dans les régions intermédiaires et seulement 6 ans dans les régions éloignées ou isolées. Rendre la pratique financièrement plus attrayante peut favoriser des séjours plus longs en région. Les règles encadrant les lieux de pratique ont également un effet. Les auteurs invitent à considérer ensemble l'installation des nouveaux médecins et leur maintien en région, tout en tenant compte des conditions de pratique et de leurs choix personnels.

JOSETTE ROSINE ANIWUVI GBETO

Chercheuse postdoctorale, Western University

Une région peut réussir à recruter des médecins tout en éprouvant des difficultés à maintenir ses effectifs. Si plusieurs quittent après quelques années, il faut continuellement en attirer de nouveaux. La durée de leur présence compte donc autant que leur arrivée. C'est ce qu'on appelle la rétention : la capacité d'une région à garder les médecins qui s'y sont installés. Une meilleure rétention peut faciliter le suivi des patients, stabiliser les équipes et réduire les coûts du recrutement. Elle peut aussi limiter les interruptions de services liées aux départs.

Une étude CIRANO publiée en 2025 portait sur l'attraction des nouveaux médecins de famille vers les différentes régions du Québec (Fortin et coll., 2025). L'étude avait montré que les mesures mises en place pour attirer les médecins de famille hors des grands centres ont eu l'effet escompté. La présente étude est une prolongation de l'étude de 2025 et s'intéresse à la rétention régionale des médecins en analysant la durée de leurs séjours et leurs changements de région entre 1975 et 2024.

Trois mesures visent à encourager la pratique en région

Le Québec utilise à la fois des incitations financières et des règles encadrant le choix du lieu de pratique. Ces mesures répondent à une même préoccupation : améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

Une rémunération majorée dans certaines régions

La *rémunération différente* permet de verser des honoraires plus élevés dans plusieurs régions éloignées ou isolées. Elle vise à rendre la pratique dans ces régions financièrement plus attrayante. Ainsi, en 2025, une omnipraticienne qui choisissait de pratiquer à Rimouski recevait 120 % des honoraires de base de l'assurance-maladie si elle travaillait en établissement et 115 % si elle travaillait en cabinet. En région isolée comme le Nord-du-Québec, la prime était encore plus élevée, soit 130 % des honoraires de base en établissement et 120 % si elle travaillait en cabinet. En revanche, si la même omnipraticienne exerçait à Montréal, Québec ou Sherbrooke, elle recevait le tarif de base.

Ainsi, sur le plan économique, une omnipraticienne peut être incitée à s'établir dans une région où la rémunération est plus avantageuse qu'ailleurs. De même, une amélioration de la rémunération relative dans sa région de pratique peut l'inciter à y demeurer plus longtemps. Cette formulation distingue bien les deux mécanismes : l'attraction vers une région et la rétention dans la région de pratique.

Des bourses en échange d'un engagement de service

Les *bourses avec obligation de service* offrent une aide financière durant la formation. En échange, le bénéficiaire s'engage à pratiquer pendant plusieurs années dans une région éloignée ou isolée. Il faut ici distinguer deux questions. Le médecin exerce-t-il en région pendant la durée de son engagement ? Puis, une fois cet engagement terminé, choisit-il d'y rester ? La seconde question est particulièrement importante pour la rétention à long terme.

Des règles pour encadrer les lieux de pratique

Introduits en 2004, les *Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)* exigent que les nouveaux médecins obtiennent un avis de conformité pour pratiquer dans une région. Cet avis n'est accordé que si le PREM n'a pas encore atteint sa cible. Une pratique sans avis peut entraîner une réduction de 30 % de la rémunération. Les règles ont été resserrées en 2015. La pénalité s'applique plus largement, et le médecin doit effectuer au moins 55 % de ses jours de facturation dans un sous-territoire désigné. Ces règles visent à orienter la présence médicale, mais elles peuvent également limiter les possibilités de changer de région.

Des données inédites pour suivre les médecins au fil des années

Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) auxquelles nous avons eu accès permettent de suivre les médecins de famille chaque année de 1975 à 2024. Elles indiquent la région principale de pratique du médecin, ainsi que certaines caractéristiques comme l'âge, le genre, la langue et l'université d'obtention du diplôme s'il s'agit d'une université québécoise.

Les 18 régions sociosanitaires du Québec peuvent être classées en cinq catégories

Les régions universitaires : Montréal, Capitale-Nationale et l'Estrie
 Les régions périphériques : Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie
 Les régions intermédiaires : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-Centre-du-Québec et Outaouais
 Les régions éloignées : Bas-Saint-Laurent, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
 Les régions isolées : Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-cries-de-la-Baie-James

Pour faciliter les comparaisons, nous avons regroupé les régions en trois ensembles

Les régions universitaires ou périphériques, désignées par « U »

Les régions intermédiaires, désignées par « I »

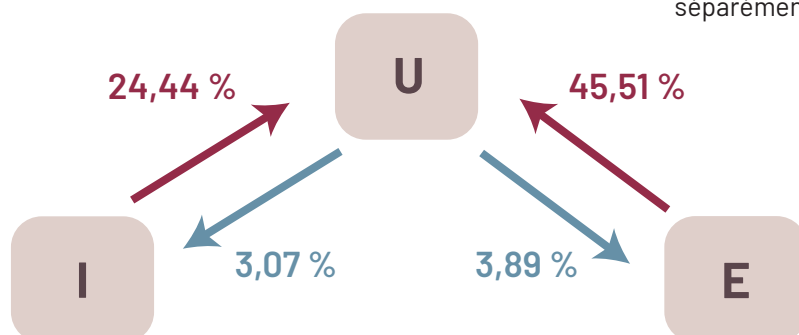
Les régions éloignées ou isolées, désignées par « E »

On observe donc six mouvements possibles entre ces ensembles. Par exemple, E→U correspond au départ d'une région éloignée ou isolée vers une région universitaire ou périphérique. Un médecin peut effectuer plusieurs séjours au cours de sa carrière. S'il quitte une région, puis y revient, on observe deux séjours distincts. Les médecins semi-retraités, les médecins en congé parental et les résidents sont exclus de l'analyse. Notons aussi que les données comptent les médecins, sans mesurer leur présence en équivalents temps plein.

Parmi tous les changements observés entre les trois ensembles de régions, 45,51 % vont des régions éloignées ou isolées vers les régions universitaires ou périphériques. Le mouvement inverse ne représente que 3,89 % des changements. Les départs des régions intermédiaires vers les régions universitaires représentent 24,44 % des mouvements observés, et ceux des régions universitaires vers les régions intermédiaires 3,07 %.

Notons que ces chiffres portent sur les changements de région. Ils ne signifient pas, par exemple, que 45,51 % des médecins des régions éloignées quittent chaque année leur région.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet attrait pour les grands centres : les possibilités professionnelles, les réseaux spécialisés, l'emploi du conjoint ou de la conjointe, les écoles et la proximité de la famille. Nos données ne permettent toutefois pas de mesurer séparément le poids de chacune de ces raisons.



Fréquences des transitions observées entre les régions, 1975 à 2024

Des séjours beaucoup plus courts dans les régions éloignées

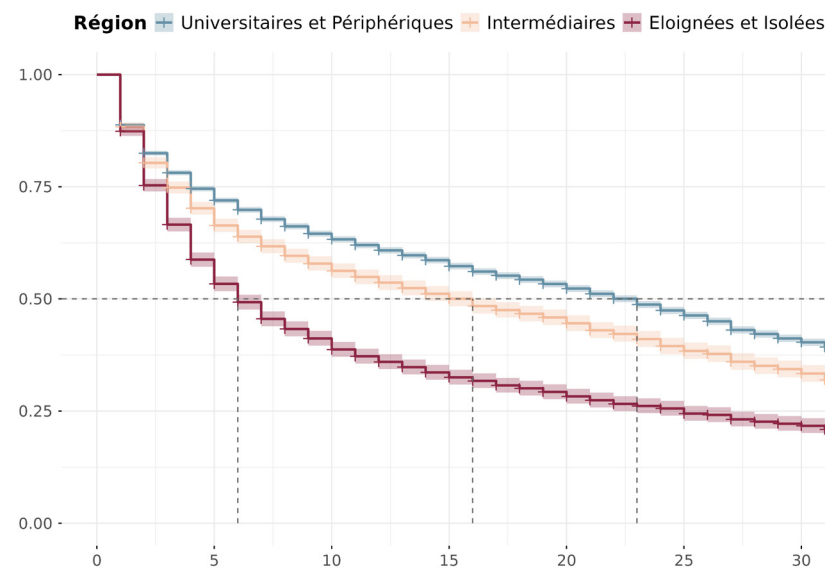
Nos données couvrent une période se terminant en 2024. À la fin de 2024, certains médecins pratiquaient toujours dans la région où ils se sont installés. Nos données permettent de déterminer la durée déjà passée dans la région, sans toutefois connaître la durée totale du séjour lorsque celui-ci est toujours en cours à la fin de la période d'observation. Supposons, par exemple, qu'un médecin ait commencé à exercer dans une région en 2020 et qu'il y pratique toujours en 2024, dernière année couverte par les données. Nous savons alors que son séjour a duré au moins quatre ans, mais nous n'en connaissons pas la durée totale. Il serait donc incorrect de considérer que ce séjour s'est terminé en 2024.

Pour tenir compte de ces séjours encore en cours à la fin de la période d'observation, dits « censurés à droite », nous utilisons les estimateurs de Kaplan-Meier. Comme l'illustre la figure ci-dessous, cette approche permet de représenter des courbes de survie estimées pour les épisodes de pratique des omnipraticiens dans trois grands regroupements régionaux : les régions universitaires ou périphériques, les régions intermédiaires ainsi que les régions éloignées ou isolées. L'estimation porte sur l'ensemble de la période d'échantillonnage, soit de 1975 à 2024. Les courbes commencent à 1, puisque l'analyse porte uniquement sur des épisodes dont le début correspond à une entrée dans l'un des trois regroupements régionaux considérés.

La probabilité de survie tend vers zéro lorsque les épisodes finissent par se terminer. Les courbes de survie diminuent en escalier avec la durée de l'épisode. Cette forme traduit l'accumulation progressive du risque de quitter la région de pratique au fil du temps.

Nos analyses suggèrent que la rétention des omnipraticiens est nettement plus élevée dans les régions universitaires ou périphériques que dans les régions éloignées ou isolées. Les tests statistiques du log-rang effectués par paires rejettent tous l'hypothèse nulle d'égalité des courbes de survie. Les différences observées entre les profils régionaux de survie sont donc statistiquement significatives.

Pour une durée donnée de l'épisode, la probabilité de survie est la plus élevée dans les régions universitaires ou périphériques. La médiane de survie y est estimée à 23 ans, ce qui correspond au point où la courbe de survie atteint le seuil de 0,50. Les régions intermédiaires occupent une position intermédiaire, avec une médiane de survie de 16 ans. Enfin, les régions éloignées ou isolées présentent la survie la plus faible, avec une médiane de survie de 6 ans. Autrement dit et selon nos estimations, dans les régions universitaires ou périphériques, la moitié des médecins auront quitté leur région après 23 ans. Cette période est de 16 ans dans les régions intermédiaires et seulement 6 ans dans les régions éloignées ou isolées.



Probabilités de survie selon les ensembles de régions, 1975 à 2024 (en nombres d'années)

Les mesures mises en place au Québec ont-elles eu un impact ?

L'étude utilise un modèle de risque proportionnel pour étudier le risque de départ d'une région d'origine d'un médecin vers chaque région de destination. Les six mouvements sont analysés séparément. La méthode tient compte du temps déjà passé dans la région, des caractéristiques observables du médecin et de certains attributs régionaux, comme le nombre de médecins par habitant et le revenu médian. Les analyses tiennent également compte de différences individuelles que les données ne mesurent pas directement. Certains médecins peuvent, par exemple, avoir une préférence durable pour la pratique en région rurale. D'autres peuvent avoir des contraintes familiales qui rendent un déménagement moins probable. L'analyse indique que ces différences jouent un rôle dans chacun des mouvements étudiés.

La rémunération différente apparaît systématiquement associée à une durée de séjour plus longue

La rémunération différente a un effet positif et significatif sur la rétention régionale, en particulier dans les régions éloignées ou isolées. Pour les médecins qui exercent dans ces régions, une augmentation d'un écart-type de la rémunération est associée à une diminution de 11,3 % du risque de départ vers les régions universitaires ou périphériques et de 35,8 % du risque de départ vers les régions intermédiaires. Dans les régions universitaires ou périphériques, une hausse comparable est associée à une baisse du risque de départ de 28,7 % vers les régions intermédiaires et de 40,5 % vers les régions éloignées ou isolées. Notons que ces résultats concernent l'avantage de rémunération d'une région par rapport à une autre. Une hausse identique dans toutes les régions ne modifierait pas nécessairement cet avantage.

Notre étude traduit aussi les résultats en durée moyenne de séjour. Dans les régions éloignées ou isolées, une hausse de 1 % de la rémunération relative est associée à une augmentation d'environ 0,26 % de la durée moyenne calculée sur les 15 premières années. Lorsque le calcul n'impose pas de limite de durée, l'augmentation estimée est de 0,31 %. Dans les régions universitaires ou périphériques, les valeurs correspondantes sont de 0,09 % et de 0,12 %. La rémunération semble donc compter davantage pour la durée des séjours dans les régions éloignées ou isolées. Elle peut compenser une partie des désavantages liés à la pratique dans ces territoires.

Les PREM sont liés à moins de départs, mais aussi à moins de mobilité

Entre 2004 et 2014, l'introduction des PREM est associée à une baisse de 43,5 % du risque de départ des régions éloignées ou isolées vers les régions universitaires ou périphériques. Elle est aussi associée à une baisse de 41,1 % du risque de départ des régions universitaires ou périphériques vers les régions intermédiaires. Le resserrement de 2015 est associé à une baisse de 39,8 % du risque de départ des régions éloignées ou isolées vers les régions universitaires ou périphériques. Le mouvement inverse diminue également, de 38,3 %. Les durées moyennes de séjour estimées à long terme augmentent aussi. Dans les régions éloignées ou isolées, les hausses associées aux mesures de 2004 et de 2015 sont respectivement de 11,14 % et de 11,39 %. Dans les régions universitaires ou périphériques, la hausse associée aux PREM de 2004 est de 1,97 %.

Ces résultats suggèrent que les PREM peuvent favoriser la rétention. Ils soulèvent toutefois une autre question : les règles limitent-elles aussi des déplacements vers des régions qui auraient besoin de nouveaux médecins? Des séjours plus longs et une meilleure répartition des médecins ne vont pas nécessairement de pair. De plus, les PREM imposent des coûts indirects aux médecins qui devraient être évalués.

Le rôle durable des bourses est moins clair

Une fois leur obligation de service terminée, les médecins boursiers ont moins tendance à quitter une région éloignée ou isolée pour une région intermédiaire. Lorsqu'ils pratiquent ailleurs, ils semblent aussi davantage portés à revenir en région éloignée ou isolée. Ces résultats changent toutefois selon la manière dont nous tenons compte du choix initial du lieu de pratique. Les médecins qui demandent une bourse peuvent déjà être intéressés par la pratique en région. Une partie de leur comportement peut donc refléter cet intérêt, plutôt que la bourse elle-même. Les bourses peuvent assurer une présence pendant la durée de l'engagement. Leur contribution à une présence durable, une fois cet engagement terminé, est plus difficile à établir.

Les résultats montrent aussi que les médecins plus âgés ont généralement moins tendance à changer de région. Les femmes sont moins susceptibles de passer des régions universitaires ou périphériques aux régions éloignées ou isolées, alors que les médecins francophones sont davantage susceptibles d'effectuer ce mouvement. Les diplômés de l'Université Laval et de l'Université de Sherbrooke qui pratiquent en région éloignée ou isolée ont moins tendance à partir vers les régions universitaires ou périphériques que les diplômés hors Québec.

Une précaution demeure essentielle. Les médecins qui choisissent une région éloignée peuvent déjà être plus disposés à y rester. Nous examinons donc aussi une analyse qui relie le choix initial du lieu de pratique aux déplacements ultérieurs. Les résultats concernant les bourses sont particulièrement sensibles à cette prise en compte.

Quelles pistes pour les politiques publiques ?

Les résultats suggèrent que la rémunération différente et les règles de pratique peuvent contribuer au maintien des médecins en région. Les écarts de durée restent néanmoins importants. Il est donc utile de considérer aussi les conditions dans lesquelles les médecins exercent et vivent. Une stratégie pourrait combiner une rémunération régionale stable, des règles suffisamment souples et un soutien clinique continu. Les équipes interprofessionnelles, les possibilités de remplacement et l'accès à la formation peuvent faciliter la pratique. L'emploi du conjoint ou de la conjointe et l'intégration dans la communauté peuvent également peser dans la décision de rester. L'exposition à la pratique rurale durant la formation constitue une autre piste à examiner.

En outre, plusieurs facultés de médecine, appuyées par le gouvernement du Québec, offrent des formations de médecine de 1er cycle dans des campus délocalisés pouvant stimuler l'intérêt des étudiants à pratiquer plus tard dans des régions autres que des régions universitaires. Par ailleurs, certaines études (par exemple, Costa, 2024) suggèrent que réserver des places en faculté de médecine aux étudiants originaires de régions mal desservies et accroître le nombre de places de formation médicale dans les régions défavorisées constituent des mesures plus efficaces, à coût égal, que les incitations financières. Cependant, en l'absence de données pour le Québec, notre étude n'évalue toutefois pas directement ces différentes pistes. Une avenue naturelle pour les recherches futures serait de recueillir les données nécessaires à une analyse coût-efficacité de différentes mesures, afin de comparer leurs coûts aux gains obtenus en matière de rétention régionale des médecins de famille.

Par ailleurs, les données utilisées dans l'étude ont leurs limites. Elles comptent les omnipraticiens sans mesurer précisément leur volume de travail et sans prendre en compte les professionnels de santé autres que les médecins. En outre, le regroupement en trois ensembles masque des situations locales différentes (e.g., distance moyenne entre patients et médecins de famille). Enfin, les liens observés entre les politiques et les séjours ne constituent pas, à eux seuls, une preuve de causalité.

Notre principale conclusion est que l'attraction initiale des médecins en région et leur rétention doivent être envisagées conjointement. Attirer un médecin peut améliorer l'accès aux soins à court terme, mais la pérennité de ce gain dépend aussi de sa durée de pratique dans la région. Les mesures favorisant son installation doivent donc s'accompagner de conditions qui l'incitent à y demeurer. En outre, si on peut s'inquiéter d'un roulement rapide des médecins dans une région, il est probable qu'après un certain nombre d'années de pratique, particulièrement dans de petites équipes, l'absence de renouvellement nuit à l'évolution des pratiques. La durée optimale de séjour d'un médecin de famille en région ne correspond pas nécessairement à sa durée maximale.

Références

Costa, F., L. Nunes et F. M. Sanches. 2024, How to attract physicians to underserved areas? policy recommendations from a structural model, *The Review of Economics and Statistics*, p. 1-45.

Fortin, B. et J. Gbeto. 2026, *Impact des mesures incitatives et coercitives sur la rétention régionale des médecins de famille*, Rapport de projet 2026RP-21, CIRANO.

Fortin, B., J. Ndoutoumou, J. Gbeto et M. Laberge. 2025, *Impact des mesures incitatives et coercitives sur le lieu de pratique des nouveaux médecins de famille*, Rapport de projet 2025RP-02, CIRANO.

Pour citer cet article:

Fortin, B. et Gbeto, J. (2026). Retenir les médecins de famille en région : un défi toujours présent, (2026PJ-16, Revue PERSPECTIVES, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/GASF5064>

PERSPECTIVES est la revue de diffusion et de valorisation de la recherche au CIRANO. Rédigés dans une forme accessible à un auditoire élargi, les articles de la revue PERSPECTIVES assurent une visibilité aux travaux et à l'expertise de la communauté de recherche du CIRANO. Comme toute publication CIRANO, les articles sont fondés sur une analyse rigoureusement documentée, réalisée par des chercheuses, chercheurs et Fellows CIRANO.

Les articles publiés dans PERSPECTIVES n'engagent que la seule responsabilité de leurs auteurs.

ISSN 2563-7258 (version en ligne)

Directeur de la publication :
Pierre-Carl Michaud, Président-directeur général
Rédactrice en chef :
Carole Vincent, Directrice de la mobilisation des connaissances

www.cirano.qc.ca