



Le filon des incitatifs

*John Wootton, MD
Shawville (Qué.)*

*Rédacteur scientifique,
JCMR*

*Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0*

Lorsqu'une communauté tente d'attirer une industrie, de nombreuses possibilités s'offrent à elle, semble-t-il. Or, quand il s'agit d'attirer des médecins, aucun modèle général fructueux de recrutement et de maintien en poste n'a encore vu le jour, bien qu'il y ait eu quelques réussites mitigées. Pourquoi donc?

Les communautés ont besoin de médecins et sont reconnaissantes de leur présence, c'est certain, mais les attitudes sont plus complexes face à l'octroi d'incitatifs concrets puisés à même le capital de la communauté.

Selon les normes de nombreuses communautés, le revenu des médecins dépasse de loin la moyenne, particulièrement en milieu rural. On croit aussi que les médecins bénéficient de généreuses subventions du gouvernement au niveau tant de l'éducation que de la pratique (ce qui est le cas). Il importe peu que les nouveaux médecins soient malgré cela endettés jusqu'au cou lorsqu'ils et elles obtiennent leur diplôme, ou que dans l'échelle des revenus, les médecins ruraux se comparent aux chefs de bureau d'une entreprise typique de haute technologie. Ce qui importe, c'est que la perception devient inévitablement un obstacle qui empêche d'appuyer davantage les nouveaux médecins, cette fois à même les fonds locaux.

Beaucoup de maires de petites localités que j'ai rencontrés pendant que j'étais à Santé Canada cherchaient à obtenir des subventions fédérales qui les aideraient à offrir aux nouveaux diplômés des solutions «clé en main» sous forme de bureaux entièrement équipés en ressources matérielles et humaines. Ils démontraient clairement que les localités rurales sont incapables de dépenser de maigres ressources communautaires pour subventionner encore davantage les médecins (ou hésitent à le faire?). Comparons cette

situation au million de dollars que notre communauté a réunis en un temps record afin d'acheter un tomodynamomètre pour l'hôpital. Il y a peut-être un peu de sagesse dans ses choix. Le tomodynamomètre sera sans doute encore en service dans la communauté dans cinq ans, mais il se pourrait très bien que le médecin n'y soit plus!

Il devient clair pour moi que les incitatifs sont une proposition gagnante-perdante. Du côté positif de l'équation, ils attirent des troupes fraîches qui viennent combler les lacunes des services. Ils apportent un soulagement bienvenu à ceux et celles qui travaillaient trop pour tenter de combler l'écart en attendant des jours meilleurs, mais on évite commodément de sonder trop profondément les motifs des candidats. Entre-temps, les compromis sont nombreux. Peu importe que le candidat ne prévoie pas pratiquer l'obstétrique — il y a au moins l'urgence qui est couverte! La vision de la «polyvalence» s'estompe rapidement devant l'opportunisme.

Le moment est peut-être venu de mettre fin aux «primes de signature» et au filon des incitatifs, et d'intégrer les différences reliés au profil tous services caractéristique de la pratique en milieu rural. Ainsi, tous les médecins ruraux voient qu'on attache de la valeur à leur engagement et les nouveaux candidats peuvent décider s'ils sont à la hauteur du défi.

Cela pourrait signifier une échelle de salaire pour ceux qui fonctionnent dans une seule dimension, une autre pour ceux qui oeuvrent dans plusieurs domaines (comme au bureau et à l'urgence) et une autre encore pour la véritable «polyvalence» rurale de ceux qui font de tout (bureau/urgence/admission/obstétrique, etc.) — le tout bien entendu pondéré en fonction de la présence dans chaque secteur.

Des intéressés?