

Université de Montréal

L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants

Par

Anas Bardai

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 ès sciences (M.Sc.)

en administration des services de santé

Option analyse et évaluation du système de santé

Août 2010

© Anas Bardai, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants

Présenté par :
Anas Bardai

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président rapporteur : Régis Blais

Directrice de mémoire : Nicole Leduc

Membre du jury : Marie-Dominique Beaulieu

RÉSUMÉ

Problématique

En dépit du nombre croissant de médecins immigrants qui choisissent de s'installer au Québec, et de la pénurie de ces professionnels de la santé, beaucoup d'entre eux ne parviendront pas à exercer leur profession au Québec. Les études réalisées auparavant n'étaient souvent pas spécifiques à l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec. Et de nouvelles barrières émergeaient à chaque étude, justifiant la nécessité d'une démarche exploratoire pour mieux comprendre le sujet.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'identifier et analyser les barrières à l'intégration professionnelle ainsi que les facteurs facilitants perçus par les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis qui choisissent de s'installer au Québec.

Méthodologie

La stratégie retenue est la recherche synthétique de type étude de cas. C'est une recherche qualitative principalement basée sur l'analyse de 22 entrevues semi-structurées, réalisées avec des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis, originaires de 15 pays différents. L'échantillon est de type variation maximale, selon le pays d'origine, la formation initiale, l'expérience professionnelle et selon le parcours personnel au Québec. Le recrutement a été réalisé principalement à l'aide de la collaboration du Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval, de l'organisme « l'Hirondelle » et du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Le cadre théorique est celui de Diaz (1993) et les différents thèmes qui ont été abordés dans l'entrevue sont inspirés de la synthèse des barrières et des perceptions citées dans la littérature dont la plupart ne sont pas spécifiques aux médecins immigrants. Ces thèmes généraux sont représentés par les contraintes linguistiques, socioculturelles, informationnelles, financières, procédurales et discriminatoires. Pour ce qui est des thèmes des facteurs facilitants, ce sont : les facteurs financiers, informationnels, d'aide et de support à l'intégration professionnelle.

Résultats

Les 22 participants étaient composés de 13 hommes et de 9 femmes, âgés de 29 à 53 ans, originaires de 15 pays différents et ayant une durée de séjour au Québec de 2 à 15 ans. Lors des entrevues, les émergences recueillies grâce aux questions ouvertes ont permis d'appréhender les difficultés spécifiques perçues par les médecins immigrants qui n'ont pas été soulevées

par la littérature. Les barrières à l'intégration professionnelle perçues par les médecins immigrants sont surtout de nature procédurale, mais également institutionnelles, et dans une moindre mesure, socioculturelles. Les principales barrières procédurales sont relatives aux facteurs informationnels, à l'évaluation des connaissances et des compétences médicales, mais surtout à l'absence de garantie de l'octroi des postes de résidence même après la réussite des examens exigés. Les facteurs facilitants les plus importants sont l'harmonisation des procédures provinciales et fédérales, l'amélioration relative de l'information, le soutien linguistique pour les non-francophones et la pénurie des médecins.

Conclusion

La réduction des nombreuses barrières identifiées dans cette recherche, permettra non seulement de faciliter l'intégration professionnelle des médecins immigrants, mais également de contribuer à réduire la pénurie de ces professionnels de la santé au Québec.

Mots Clés

Intégration professionnelle, médecins immigrants, barrières à l'intégration, facteurs facilitants.

ABSTRACT

Problem

In spite of the increasing number of immigrant physicians who choose to live in Quebec, and of the shortage of physicians, many will not succeed in establishing themselves as physicians in Quebec. Previous studies were often not specific to the professional integration of immigrant physicians in Quebec. And new barriers emerged in each study, justifying the need for an exploratory approach to better understand the subject.

Objectives

The objective of this study is to identify and analyze barriers to professional integration and facilitating factors perceived by immigrant international medical graduates who choose to install themselves as physicians in Quebec.

Method

The strategy adopted is a case study. It is a qualitative research based primarily on analysis of 22 semi-structured interviews, realized with immigrant international medical graduates, native of 15 different countries. The sample retained is of maximum variation type, according to the country of origin, initial training, professional experience and according to the professional stage of integration in Quebec. Recruitment was conducted primarily with the collaboration of the Centre for Evaluation of Health Sciences at Laval University, the organization "l'Hirondelle" and the Department of Health Administration of the University of Montreal. The various themes that were addressed in the interview were derived from the perceived barriers cited in literature, most of which are not specific to immigrant physicians. These general themes are represented by linguistic constraints, socio-cultural, informational, financial, procedural and discriminatory barriers. Facilitating factors that were examined are: financial factors, informational factors, assistance and support to professional integration.

Results

The 22 participants consisted of 13 men and 9 women, aged 29-53 years from 15 different countries and with a length of stay in Quebec from 2-15 years. The professional integration barriers perceived by immigrant physicians are primarily procedural, but also institutional, and to a lesser extent, sociocultural. The principal procedural barriers relate to the informational factors, to the assessment of medical knowledge and skills, but especially to the absence of guarantee of residency matching, even after having succeeded in all the required exams. The most important facilitating

factors are the harmonization of provincial and federal procedures, the relative improvement of information, language support for non-French speakers and the shortage of physicians.

Conclusions

The reduction of the many barriers identified in this research, will not only allow to facilitate the professional integration of the immigrant physicians, but also to contribute to reduce the shortage of these healthcare professionals in Quebec.

Key Words

Professional integration, immigrant physicians, integration barriers, facilitating factors.

REMERCIEMENTS

Avant tout, je tiens à remercier Docteure Nicole Leduc d'avoir accepté de diriger ce travail. Tout le long des différentes étapes d'élaboration de ce mémoire, elle m'a guidé avec de grandes habiletés pédagogiques et scientifiques. J'ai pu apprécier sa grande expérience qu'elle partage avec beaucoup de modestie. Ce fut pour moi un grand plaisir et un grand honneur d'avoir été initié par Docteure Nicole Leduc à la pratique de la recherche qualitative. Je lui en suis très reconnaissant.

Je remercie tous les médecins immigrants qui ont accepté de participer aux entrevues. Sans eux, ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Leur précieuse collaboration m'a permis de mieux comprendre comment les médecins immigrants perçoivent et vivent l'intégration professionnelle au Québec. J'espère que ce travail puisse contribuer à la sensibilisation aux difficultés que vivent les médecins immigrants en particulier, mais également tous les immigrants qui souhaitent intégrer le marché du travail au Québec.

Je remercie Docteure Bilkis Vissandjée pour sa précieuse aide lors des séances d'information du Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval.

Je remercie le Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval de m'avoir autorisé à présenter mon projet de recherche aux médecins immigrants présents lors des ateliers préparatoires de l'examen ECOS.

Je remercie également Madame Paolina Roman de l'organisme « l'Hirondelle » pour sa collaboration.

Je remercie Madame Nicole Duchesne, du Centre de documentation du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, pour toute l'information et les statistiques dont elle m'a fait part.

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
ABSTRACT.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
TABLES DES MATIÈRES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES ANNEXES	xiii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS.....	xiv
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 Mise en contexte et problématique	1
1.2 Objectif général.....	2
1.3 Pertinence de la recherche	2
2 RECENSION DE LA LITTÉRATURE	5
2.1 Historique et évolution des politiques d'intégration professionnelle des médecins immigrants	5
2.2 Justification des difficultés de l'intégration professionnelle des immigrants..	8
2.3 Pénurie des médecins	10
2.4 Barrières à l'intégration et facteurs facilitants.....	13
2.5 Résumé des limites de la littérature et justification de la recherche.....	17
3 CADRE THÉORIQUE	20
4 DESCRIPTION DU PROCESSUS À SUIVRE PAR LES MÉDECINS IMMIGRANTS.....	23
4.1 Demande de permis restrictif.....	23
4.2 Demande de reconnaissance d'équivalence en vue d'obtenir le permis régulier	25
4.2.1 Reconnaissance de l'équivalence du diplôme.....	25

4.2.2	Demande d'admission pour l'obtention d'un poste de résident et formation postdoctorale.....	26
4.2.3	Examen final de la médecine de famille ou de la spécialité	26
4.2.4	Demande du permis d'exercice au CMQ	26
4.3	Demande d'admission au premier cycle en médecine	27
5	DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	28
5.1	Stratégie de la recherche	28
5.2	Sélection et description des cas	28
5.3	Procédure de collecte des données	33
5.3.1	Recrutement des participants.....	33
5.3.2	Déroulement des entrevues	35
5.3.3	Documents.....	36
5.4	Traitement et analyse des données	37
5.5	Considérations éthiques.....	39
5.6	Rigueur scientifique	39
6	RÉSULTATS	42
6.1	Portrait des participants.....	42
6.2	Analyse descriptive	50
6.2.1	Barrières à l'intégration	50
6.2.1.1	Barrières procédurales.....	50
6.2.1.1.1	Barrières informationnelles.....	50
6.2.1.1.1.1	Avant l'arrivée au Québec	51
6.2.1.1.1.2	Pendant le processus d'intégration professionnelle.....	52
6.2.1.1.1.3	Après la réussite ou l'abandon du processus d'intégration	55
6.2.1.1.2	Barrières liées aux examens exigés.....	55
6.2.1.1.2.1	Barrières liées à la préparation des examens	56
6.2.1.1.2.2	Barrières liées au mode d'évaluation	58

6.2.1.1.2.3	Barrières liées à la séquence chronologique des examens	59
6.2.1.1.3	Barrières liées à la résidence en médecine	60
6.2.1.1.4	Barrières à la pratique	63
6.2.1.1.5	Autres barrières procédurales	64
6.2.1.2	Barrières institutionnelles	65
6.2.1.2.1	Le Collège des médecins du Québec	66
6.2.1.2.2	Les universités	67
6.2.1.2.3	Le gouvernement	68
6.2.1.2.4	Le système	68
6.2.1.3	Barrières socioculturelles	70
6.2.1.3.1	Différence culturelle	70
6.2.1.3.2	Facteurs discriminatoires	72
6.2.1.3.3	Facteurs religieux	73
6.2.1.3.4	Le changement du statut social	73
6.2.2	Facteurs facilitants	74
6.2.2.1	Facteurs procéduraux	74
6.2.2.1.1	Harmonisation des procédures entre les organismes fédéraux et provinciaux	75
6.2.2.1.2	Les stages d'observation	75
6.2.2.1.3	Reprise de tout le cursus médical	76
6.2.2.1.4	Facteurs informationnels	76
6.2.2.2	Soutien à l'intégration	77
6.2.2.2.1	Soutien linguistique	78
6.2.2.2.2	Soutien financier	78
6.2.2.2.3	Organismes communautaires	79
6.2.2.2.4	Associations des médecins immigrants	79
6.2.2.3	Pénurie des médecins	80

6.2.3	Facteurs personnels :.....	81
6.2.3.1	Les facteurs familiaux :.....	81
6.2.3.2	Les aptitudes linguistiques.....	81
6.2.3.3	Les ressources financières.....	82
6.2.3.4	L'âge.....	82
6.2.3.5	La motivation.....	83
6.2.3.6	Autres facteurs personnels.....	83
7	DISCUSSION.....	84
7.1	Contribution de l'étude.....	84
7.1.1	Historique de l'évolution de l'intégration professionnelle des médecins immigrants.....	84
7.1.2	Justification des difficultés de l'intégration professionnelle des immigrants.....	85
7.1.3	Pénurie des médecins.....	86
7.1.4	Barrières à l'intégration professionnelle.....	88
7.1.5	Facteurs facilitants.....	97
7.2	Limites de l'étude.....	99
7.3	Recommandations.....	102
7.4	Pistes de recherche.....	105
8	CONCLUSION.....	108
	BIBLIOGRAPHIE.....	110
	Annexe 1. Approbation du Comité du programme de maîtrise en administration de la santé.....	xv
	Annexe 2. Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.....	xvi
	Annexe 3. Formulaire de consentement.....	xvii
	Annexe 4. Grille d'entrevue.....	xxiii
	Annexe 5. Modèle de lettre de recrutement.....	xxvi

Annexe 6. Portrait synthèse des participantsxxvii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Nombre de médecins DHCEU à qui le CMQ a reconnu une équivalence de diplôme de docteur en médecine (M.D.).....	7
Tableau II : Immigrants actifs admis au Québec de 2001 à 2008 selon la profession projetée de médecin.....	8
Tableau III : Tableau synthèse des caractéristiques des participants	31
Tableau IV : Résultats du jumelage des DHCEU. Jumelage R-1 - Deuxième Tour 2005-2008.....	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de médecins pour 1000 habitants, selon la principale région sociosanitaire d'activité, au Québec, en 2008.....	11
Figure 2 : Nombre de médecins pour 1000 habitants, par pays, en 2009.....	12
Figure 3 : Modèle théorique de l'intégration selon Diaz (1993) cité par Cvetkovic (2009).....	21

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Approbation du Comité du programme de maîtrise en administration de la santé.....	xv
Annexe 2 : Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.....	xvi
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	xvii
Annexe 4 : Grille d'entrevue.....	xxiii
Annexe 5 : Modèle de lettre de recrutement.....	xxvi
Annexe 6 : Portrait synthèse des participants.....	xxvii

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

CaRMS	Canadian Resident Matching Service
CESSUL	Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval
CMQ	Collèges des médecins du Québec
DHCEU	Diplômé hors Canada et États-Unis
DIU	Diplôme Interuniversitaire
EACMC	Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada
ECOS	Examen clinique objectif structuré
EECMC	Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
OQLF	Office Québécois de la langue française
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
RCMC	Registre de compétences des médecins du Canada
RSQ	Recrutement Santé Québec

1 INTRODUCTION

Cette première partie du mémoire de maîtrise débute par une mise en contexte à travers une brève description de la problématique. Puis, l'objectif général de cette étude sera énoncé. Enfin, une troisième partie sera consacrée à la justification de la pertinence de cette recherche.

1.1 Mise en contexte et problématique

La politique migratoire du Québec se base sur la sélection des candidats à l'immigration selon certains critères tels que : la formation, l'expérience professionnelle, l'âge, le nombre d'enfants et la connaissance du français et de l'anglais (ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2009). La sélection selon la formation a comme conséquence l'arrivée au Québec de beaucoup d'immigrants hautement qualifiés et ayant fait de longues études, comme les médecins. Selon les statistiques du ministère de l'Immigration, le nombre total de médecins immigrants admis au Québec est passé de 47 en 2001 à 321 en 2008.

D'une part, on observe donc un nombre de plus en plus important de médecins immigrants qui choisissent de s'installer au Québec, mais seul un nombre restreint de ces professionnels pourra exercer la profession de médecin. De façon plus générale, au Canada, à peine un peu plus de la moitié des médecins diplômés de l'étranger exerçaient en tant que médecins en 2001 (Boyd & Schellenberg, 2007). Ce pourcentage est à revoir à la baisse sachant que Statistique Canada s'est basée uniquement sur le recensement de la population de 2001 et que ces données ne prennent pas en considération les médecins immigrants qui sont repartis dans leur pays d'origine faute de trouver un travail qui corresponde à leur qualification.

D'autre part, le besoin en médecins (spécialistes et omnipraticiens) au Québec n'est pas comblé par ceux qui sont formés localement et le peu d'immigrants qui arrivent à intégrer la profession. Ceci est suggéré par les listes d'attentes pour certaines interventions, et le pourcentage de citoyens

qui n'ont pas de médecin de famille : selon l'Institut de la statistique du Québec, en 2007, la proportion d'usagers n'ayant pas de médecins de famille au Québec était de 26 % (Traoré et Cazale, 2008).

1.2 Objectif général

L'objet de cette recherche est d'identifier et d'analyser les barrières à l'intégration professionnelle ainsi que les facteurs facilitants perçus par les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU).

1.3 Pertinence de la recherche

Si certaines recherches ont étudié l'intégration professionnelle des immigrants, la plupart n'étaient pas spécifiques aux médecins, celles qui se sont intéressées spécifiquement à l'intégration professionnelle des médecins immigrants ne concernaient pas le Québec. Cette étude actuelle vise à étudier plus spécifiquement, l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec. Et les recherches qui ont étudié l'intégration des médecins au Québec n'ont pas concerné les facultés de médecine francophones du Québec. Ainsi, seuls les candidats ayant fait une demande de résidence aux 13 universités anglophones du Canada ont fait l'objet de l'étude de Szafran, Crutcher, Banner, et Watanabe (2005). Donc les résultats de cette étude ne s'appliquent pas nécessairement au contexte du Québec, en sachant que parmi les quatre facultés de médecine que compte la province, trois sont francophones (Université de Montréal, Université de Sherbrooke et Université Laval).

En parcourant la littérature scientifique, de nouvelles barrières à l'intégration émergeaient à chaque fois, n'ayant pas été citées dans d'autres recherches, comme pour faire comprendre que toutes les barrières n'ont pas encore été révélées, et justifiant par la même occasion la nécessité d'une démarche exploratoire dans le cadre d'une recherche synthétique pour mieux comprendre le sujet. Une meilleure connaissance des difficultés et des barrières à l'intégration perçues par ces médecins immigrants permettra éventuellement de prendre les mesures nécessaires pour remédier à cette

situation et par la même occasion, contribuer à réduire la pénurie de médecins au Québec.

La recherche d'une meilleure intégration professionnelle des médecins immigrants peut contribuer efficacement et à moindre coût à réduire cette pénurie de médecins. Le ministère de l'Immigration et des Communautés du Québec s'est attelé à cette tâche depuis de nombreuses années en facilitant l'accompagnement des nouveaux à travers le Service d'information sur les professions et métiers réglementés qui fournit aux médecins immigrants des renseignements sur les procédures à suivre afin d'intégrer la profession médicale au Québec. Malgré cela, beaucoup de médecins immigrants n'arrivent pas à exercer la médecine au Québec. Selon le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, de 2001 à 2007 : 911 médecins immigrants ont été admis au Québec (ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2009). Pour cette même période, selon le Collège des médecins du Québec (CMQ), seulement 547 médecins diplômés hors Canada et États-Unis ont obtenu l'équivalence du diplôme de docteur en médecine par le CMQ (CMQ, 2007). Mais il faut prendre en considération - comme le souligne d'ailleurs le CMQ - que l'année d'obtention de l'équivalence diffère de l'année de la demande. Donc parmi ces 547 médecins qui ont obtenu l'équivalence, certains d'entre eux ont entrepris les démarches bien avant la période citée (2001-2007).

De façon générale, au Canada, le pourcentage des médecins immigrants DHCEU qui arrivent à obtenir un poste de résidence, reste faible. Ainsi, selon les données du Service canadien de jumelage des résidents (2008), pour tout le Canada, le nombre des DHCEU jumelés au deuxième tour varie de 5 à 12 % seulement du nombre total des DHCEU participants entre 2005 et 2008 (CaRMS 2008).

D'après d'autres données du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), en 2009, le Québec a représenté la province où il y a eu le plus de postes de résidence non comblés, surtout en médecine familiale. Ainsi, 94

postes dans les 4 facultés de médecine du Québec n'ont pas été pourvus pour un total de 126 postes pour tout le Canada. (CaRMS, 2009). Et en 2008, dans tout le Canada, sur 929 médecins immigrants DHCEU ayant participé au jumelage R-1 de deuxième tour, seuls 45 d'entre eux ont obtenu un poste de résidence (CaRMS 2008). Il semble donc d'après ces données que même parmi les médecins immigrants qui ont pourtant réussi tous les examens exigés, seule une minorité se verra octroyer un poste de résidence.

L'analyse des barrières et des facteurs facilitants contribuera à une meilleure compréhension des facteurs contextuels de l'intégration professionnelle des DHCEU, avec des retombées aussi bien pour la recherche scientifique que pour la pratique des politiques migratoires, sans oublier l'éventuelle contribution à la diminution de la pénurie des médecins au Québec.

2 RECENSION DE LA LITTÉRATURE

Certaines études qui seront relatées dans cette recension de la littérature sont spécifiques aux médecins immigrants, d'autres recherches plus nombreuses, ont étudié l'intégration professionnelle des immigrants de façon plus globale. Il nous a semblé intéressant de relater ces deux types de recherche, même si certaines d'entre elles étaient moins spécifiques aux médecins immigrants, car souvent, pour les différentes catégories professionnelles des immigrants, certaines barrières à l'intégration professionnelle présentaient beaucoup similitudes.

La première partie de cette revue de littérature est consacrée à la synthèse de l'historique de l'intégration professionnelle des immigrants de façon générale, et plus spécifiquement celle des médecins. La deuxième partie relate les documents qui traitent de l'explication et de la justification des difficultés de l'intégration professionnelle des immigrants. Puis, la troisième partie traite de la pénurie des médecins au Québec et les propositions de certains auteurs pour y remédier à travers l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Enfin, la dernière partie est consacrée à la synthèse des barrières à l'intégration et les facteurs facilitants qui ont été traités de façon disparate dans différentes études.

2.1 Historique et évolution des politiques d'intégration professionnelle des médecins immigrants

Historiquement, la situation de l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Canada a évolué dans le temps. La recension des différentes recherches a révélé que le pays a traversé des périodes plus ou moins favorables à l'intégration professionnelle des médecins immigrants, selon les contextes historiques et en fonction de l'évolution du système de santé au Canada.

L'étude de Mullally et Wright (2007) avait pour but d'analyser la gestion des ressources humaines médicales à travers ce que ces auteurs ont appelé « l'immigration ciblée ». Ces auteurs ont affirmé que dans les années 50, dans plusieurs régions du Canada, les citoyens éprouvaient des difficultés d'accès aux médecins. Les facultés de médecine qui existaient à l'époque ne répondaient pas à toute la demande en médecins. C'est ce qui a amené le gouvernement fédéral à participer au financement de la mise en place de 4 nouvelles facultés de médecine à St. John's, Hamilton, Sherbrooke et Calgary. Mais selon ces auteurs, les provinces ont aussi eu recours aux médecins immigrants pour combler leurs besoins en professionnels de la santé. Ainsi, pour Mullally et Wright (2007), dans la période de 1954 à 1976, plus de 10 000 médecins immigrants ont été autorisés à exercer la médecine au Canada, ce qui a permis de diminuer la pénurie des médecins que ces auteurs ont qualifiée de « *pénurie de médecins à la grandeur du pays* » (p.67) et de réduire l'inégalité d'accès aux médecins entre les provinces. Les médecins qui pratiquaient dans les régions rurales et les régions éloignées étaient en majorité des médecins immigrants. Selon les mêmes auteurs, « *les médecins formés à l'étranger étaient plus portés à pratiquer dans des régions non urbaines* » (p.67). Ces auteurs affirment que l'arrivée des nombreux médecins immigrants à cette période a permis de sauver les systèmes d'assurance-maladie universelle qui venaient d'être créés dans les provinces du Canada.

Ces auteurs ont aussi révélé un autre fait intéressant à relater, à savoir que de 1966 à 1970, le Canada a délivré beaucoup plus de permis d'exercice de la médecine aux médecins immigrants qu'à ceux formés localement.

Puis, une période de déclin de l'intégration professionnelle s'est installée : de 1980 à 1996, il y a eu une diminution progressive des chances de travailler en tant que médecins pour les nouveaux immigrants médecins (Boyd et Schellenberg, 2007). Selon ces auteurs, si avant 1980, les chances pour qu'un médecin immigrant puisse exercer sa profession au Canada étaient de

95 %, entre 1980 et 1985 ces chances baissaient à 86 %, puis à 76% de 1986 à 1990 et à 70% de 1991 à 1996.

Ce déclin a été général. Il a également concerné les autres professions : en effet, selon Jeffrey (2007), il y a eu un déclin dans l'intégration professionnelle des cohortes successives d'immigrants malgré l'augmentation du niveau de scolarité des nouveaux arrivants. Selon cet auteur, ce déclin serait dû à l'impact des changements généraux du marché de travail au Canada.

Selon les données publiées par le CMQ, le nombre des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis à qui le Collège a reconnu l'équivalence du diplôme de docteur en médecine a effectivement augmenté depuis l'année 2001 jusqu'à l'année 2008, même s'il y a une légère tendance à la baisse depuis 2006 comme il est possible de le noter sur le Tableau I. Mais d'après les données fournies par le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec, le nombre de médecins immigrants admis au Québec a aussi augmenté depuis 2001 à 2008 dans presque les mêmes proportions (Tableau II). Donc, à partir de ces seules données, il est difficile de se prononcer sur l'évolution réelle de l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec.

Tableau I : Nombre de médecins DHCEU à qui le CMQ a reconnu une équivalence de diplôme de docteur en médecine (M.D.)

Descriptif	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	14	39	51	102	107	131	103	94

Source : Collège des médecins du Québec

Tableau II : Immigrants actifs¹ admis au Québec de 2001 à 2008 selon la profession projetée² de médecin

Année d'admission	Médecin spécialiste	Omnipraticien et médecin de familiale	Total
2001	15	32	47
2002	20	30	50
2003	21	35	56
2004	70	57	127
2005	108	67	175
2006	105	82	187
2007	154	115	269
2008	182	139	321
Total	675	557	1232

1. Immigrants âgés de 15 ans et plus comptant se joindre à la population active.
2. Profession déclarée par le candidat lors de la sélection ou de l'admission.

Données préliminaires pour 2008

Source : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective.

2.2 Justification des difficultés de l'intégration professionnelle des immigrants

L'étude de Hawthorne (2007) avait pour objectif de comparer l'intégration professionnelle des immigrants dans le marché du travail canadien et australien. Et en comparant les deux systèmes de sélection des immigrants de la catégorie économique, il a noté que si le Canada continue de sélectionner les immigrants selon le capital humain, l'Australie a bel et bien abandonné ce mode de sélection depuis 1996, car il a été jugé inadapté. Selon le modèle basé sur le capital humain, l'auteur explique que :

« L'objectif premier du Canada reste de bâtir un pays, grâce à la venue d'un nombre constamment élevé de nouveaux arrivants, peu importe les cycles économiques, et selon un modèle de sélection des immigrants fondé sur le capital humain. Selon Hiebert (2006), le point de vue qui prévaut au Canada est que des personnes souples et bien formées, qui possèdent une expérience professionnelle, devraient pouvoir s'adapter à l'évolution rapide du marché du travail. On recherche par conséquent des compétences génériques plutôt que spécifiques» (p.3)

Hawthorne explique qu'en Australie, pour aboutir à une meilleure intégration dans le marché de l'emploi des immigrants, le nouveau système de sélection donne beaucoup d'importance à ce que le nouvel arrivant puisse exercer sa profession d'origine peu de temps après son installation dans le pays d'accueil :

« En 1996, le gouvernement australien a défini les six qualités du bon demandeur qualifié, à savoir surtout : obtenir un emploi dans son domaine de compétence peu après son arrivée, s'établir rapidement et ne pas toucher de prestations. Après avoir commandé des examens successifs du programme en 1997, 1999 et 2006, le gouvernement a décidé d'utiliser les conclusions des recherches afin d'adapter les critères appliqués pour sélectionner les immigrants économiques, cela tout en optimisant les résultats dans l'immédiat et à long terme au chapitre de l'emploi. » (p.3)

Pour ce qui est des médecins immigrants, l'intégration professionnelle varierait aussi selon le pays d'origine (Hawthorne, 2007). En effet, cet auteur a noté qu'au Canada :

« Seulement 3 % des médecins des Philippines avaient trouvé un emploi en médecine en 2001, comparativement à 4 % des médecins de la Chine, 8 % des médecins de l'Europe de l'Est, 11 % des médecins de l'Irak, 12 % des médecins d'autres pays de l'Asie du Sud et de l'Asie centrale (principalement peut-être du Pakistan), 19 % de l'Inde et 31 % de Hong Kong, de la Malaisie et de Singapour » (p.10).

Paradoxalement, malgré ces difficultés, le nombre de médecins immigrants au Québec n'a cessé d'augmenter. Ainsi, selon les statistiques du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, le nombre total de médecins immigrants admis au Québec est passé de 47 en 2001 à 321 en 2008. Mais en général, les études montrent une sous-utilisation des qualifications des immigrants (Jeffrey, 2001).

Selon Sweetman (2005), l'intégration professionnelle des immigrants dans le marché du travail au Canada dépendrait de la qualité de la formation dans leur pays d'origine. Cet auteur a fait état de deux constatations, la première c'est que les immigrants qui ont reçu une formation de moindre qualité dans leur pays d'origine avaient un revenu moyen plus bas au Canada que ceux qui venaient de pays où la formation était meilleure. Il faut noter que la qualité

de la formation a été évaluée et mesurée selon la réussite aux examens internationaux en mathématiques et en sciences. La deuxième constatation est que la formation dans le pays d'origine n'avait aucune influence sur ceux qui ont immigré à leur jeune âge et qui reçoivent leur éducation principalement au Canada. Ceci confirmait, selon cet auteur, que la qualité de la formation jouerait un rôle important dans l'intégration professionnelle des immigrants.

2.3 Pénurie des médecins

La pénurie de médecins au Québec est une réalité qui se reflète entre autres dans les listes d'attentes pour certaines interventions ainsi que dans le pourcentage de citoyens qui n'ont pas de médecin de famille au Québec. Selon Traoré et Cazale (2008), 26 % des citoyens québécois de 12 ans et plus ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille. Cette pénurie est entretenue entre autres par la migration des médecins du Québec vers d'autres provinces, principalement vers l'Ontario et secondairement vers l'Alberta et la Colombie-Britannique (Dumont, Zurn, Church, et Le Thi, 2008,). Ces auteurs ont affirmé qu'entre 2001 et 2006, de 50 à 100 médecins ont migré vers l'Ontario en provenance du Québec. Dans la même période, moins de 50 médecins du Québec ont choisi de se réinstaller en Alberta, il en est de même pour la Colombie-Britannique.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008), le nombre de médecins est de 2,12 pour 1 000 habitants au Québec en 2008. Ce nombre varie de 1,3 à 3,4 selon les différentes régions sociosanitaires (figure 1).

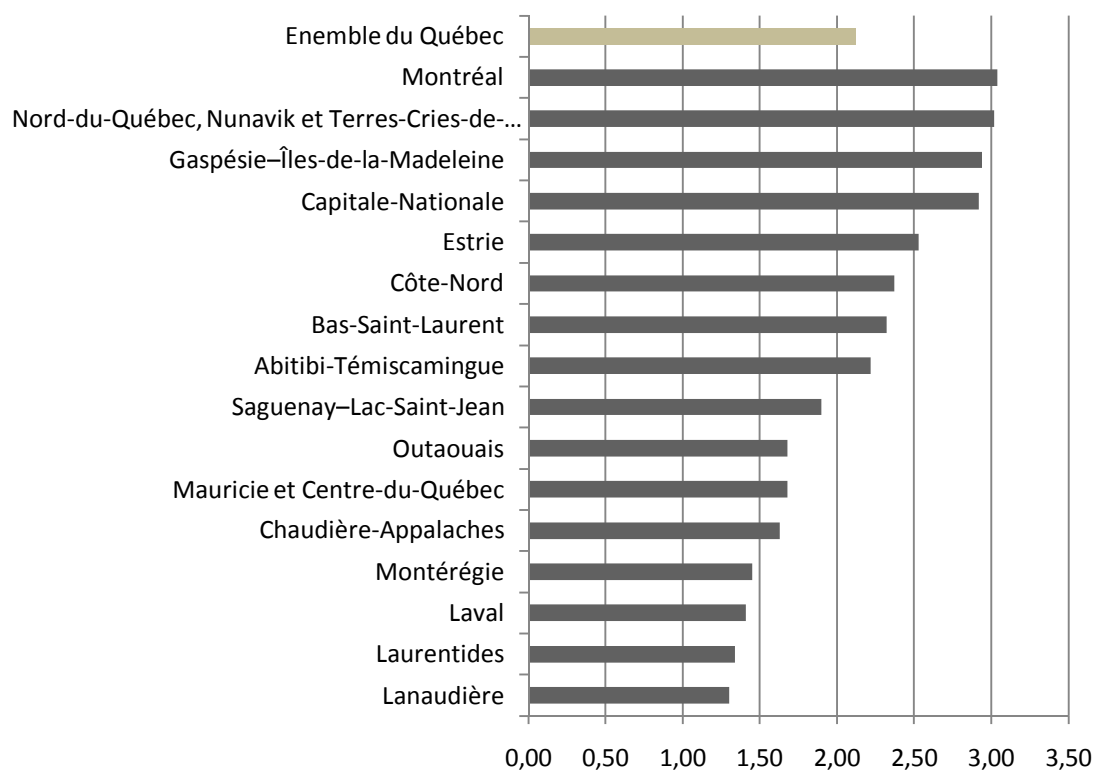


Figure 1 : Nombre de médecins pour 1000 habitants, selon la principale région sociosanitaire d'activité, au Québec, en 2008.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

En comparant ces données avec les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS, il est possible de noter que le nombre de médecins pour 1000 habitants au Québec (2,12) est comparable à celui des pays suivants : Serbie (2,0), Tadjikistan (2,0), Mexique (2,0), Monténégro (2,0), Nioué (2,0) et Pologne (2,0). Le Japon et la Nouvelle-Zélande ont également le même ratio (2,1).

Le nombre de médecins pour 1000 habitants au Québec (2,12) ainsi que celui du Canada (1,9) sont bien inférieurs à ceux de la Belgique (4,2), de la Suisse (4,0), de la Norvège (3,8) et de la Grèce (5,0) (figure 2).

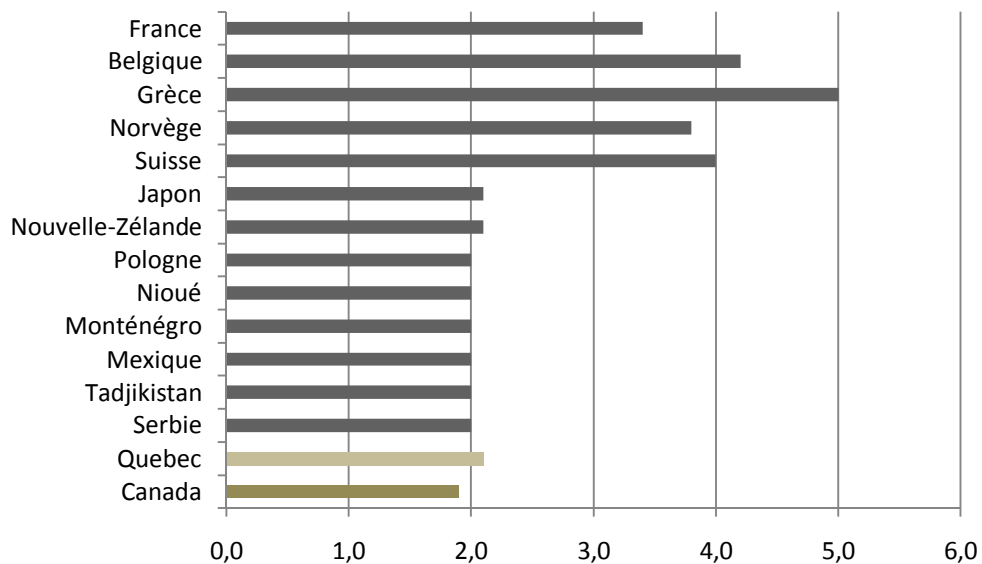


Figure 2 : Nombre de médecins pour 1000 habitants, par pays, en 2009
Source : OMS, statistiques sanitaires mondiales, 2009.

L'étude de Traoré et Cazale (2008) a révélé que 26 % des citoyens québécois de 12 ans et plus n'avaient pas de médecins de famille en 2007. Cette enquête a aussi permis de noter que la proportion des citoyens qui n'avaient pas de médecin de famille au Québec est restée constante entre 2003 et 2007. Et en commentant la problématique de l'accessibilité des citoyens aux médecins de famille au Québec, Traoré et Cazale ont affirmé que :

« Lorsqu'on sait le rôle important joué par ce professionnel de la santé dans la gestion des problèmes de santé courants et chroniques et dans la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé, la problématique de l'accès à un médecin de famille s'avère préoccupante. » (p.1)

Pour remédier à la pénurie de médecins, Grant et Oertel (1997) proposent de faciliter l'intégration des médecins immigrants, en réduisant les barrières qui leur rendent l'accès difficile à l'exercice de la médecine. Pour ces auteurs, cette solution serait moins coûteuse que celle proposée par l'Association médicale canadienne, qui est d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine.

2.4 Barrières à l'intégration et facteurs facilitants

L'étude de Szafran, Crutcher, Banner, et Watanabe (2005) s'est basée sur des questionnaires préétablis; elle a certes étudié les barrières à l'intégration et les facteurs facilitants, mais l'objectif principal de l'étude était d'établir les caractéristiques des médecins diplômés hors Canada qui souhaitent obtenir une résidence au Canada à travers le « Canadian Resident Matching Service ». L'auteur a cité trois niveaux de barrières et de facteurs facilitants : à l'évaluation, à la formation et à la pratique. Les barrières à l'évaluation étudiées sont : financières, l'insuffisance d'opportunités d'évaluation et la langue d'évaluation différente de celle dans laquelle le candidat souhaite être évalué. Les barrières à la formation sont : financières, sociales, l'insuffisance d'opportunités de formation dans sa discipline, l'insuffisance d'opportunités de formation dans toute autre discipline, la langue de formation différente de celle dans laquelle le candidat souhaite être formé, le lieu de la formation, les autorisations nécessaires et l'insuffisance d'opportunités de formation dans le champ de sa pratique. Les barrières à la pratique sont : financières, sociales, l'insuffisance d'opportunités de pratique, le lieu de pratique, les autorisations nécessaires et l'insuffisance d'opportunités dans le champ de sa pratique. Enfin, les facteurs facilitants étudiés sont : financiers, l'orientation de la pratique médicale au Canada, la connaissance des exigences pour l'obtention du permis d'exercer, la connaissance du système de santé canadien, l'aide pour la préparation des examens et le mentorat.

Cette étude a montré que parmi les candidats du « Canadian Resident Matching Service », une proportion significative a perçu une insuffisance d'opportunités d'évaluation, des barrières financières à la formation et des barrières à la délivrance du permis d'exercice de la médecine. Les facteurs facilitants les plus identifiés sont l'information et l'orientation concernant la pratique médicale au Canada et le mentorat. Cependant, les facultés de médecine francophones du Québec n'ont pas été incluses dans cette étude. Donc les résultats de cette étude ne s'appliquent pas nécessairement au contexte du Québec en sachant que parmi les quatre facultés de médecine

que compte la province, trois sont francophones (Université de Montréal, Université de Sherbrooke et Université Laval). Les médecins immigrants qui font une demande de résidence dans les universités francophones ne présenteraient pas nécessairement les mêmes caractéristiques que ceux qui font des demandes pour des postes de résidence dans les universités anglophones. L'échantillon ne comportait que des candidats à la résidence à travers le « Canadian Resident Matching Service », il n'est pas représentatif de tous les médecins immigrants, car une partie d'entre eux vont plutôt opter pour une demande de permis restrictif à « Recrutement Santé Québec » du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lafontant (2006) a étudié les difficultés d'intégration professionnelle auxquelles font face les immigrants médecins francophones dans quatre provinces : le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta. Les principales barrières rencontrées par les participants à cette étude sont liées à la reconnaissance des formations et des expériences acquises dans les pays d'origine, ainsi que les barrières procédurales relatives à la complexité et à la lenteur du processus d'accréditation, sans oublier les barrières informationnelles et linguistiques.

Selon l'étude de Lafontant (2006), un nombre important de professionnels de la santé immigrer annuellement au Canada, mais une majorité d'entre eux n'arrivera pas à exercer sa profession à cause d'innombrables difficultés et barrières professionnelles :

« D'après les données, beaucoup de personnes qui arrivent au Canada chaque année possèdent des compétences en santé. Ces immigrants constituent un atout pour la société canadienne, mais les difficultés et les barrières professionnelles en empêchent un grand nombre d'exercer dans leur champ de compétence. On fait souvent valoir la nécessité d'un niveau élevé de qualité des services en santé et d'une haute compétence des personnes qui les dispensent. Des efforts peuvent être néanmoins déployés pour faciliter l'accréditation de leurs qualifications tout en garantissant la qualité des services. » (p. 1).

Cette étude s'est basée sur des questionnaires préétablis par courrier ou par téléphone. Un entretien de recherche de type qualitatif comme cela a été souligné dans un précédent paragraphe, donnerait accès à plus de données concernant les perceptions des médecins immigrants et permettrait une meilleure compréhension de l'ensemble des difficultés d'intégration professionnelle vécues par ces immigrants. Cette étude a concerné quatre provinces : le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta, et ses résultats ne sont pas nécessairement généralisables au Québec, compte tenu des spécificités de cette province comme les exigences linguistiques, les conditions d'inscription des facultés de médecine pour les formations complémentaires requises, ainsi que les conditions de délivrance des permis pour exercer la médecine.

L'enquête de Chui (2003) a utilisé des entrevues comme moyen de collecte des données, dans le but de mieux comprendre le processus d'établissement des nouveaux arrivants. Montréal a été comprise dans l'étude qui confirme que cette ville est la troisième métropole où les nouveaux arrivants choisissent de s'installer. Cette étude a révélé que les compétences linguistiques représentaient un facteur facilitant de l'intégration professionnelle des nouveaux arrivants en général :

« Pour les nouveaux arrivants, il semble que la connaissance des langues officielles ait pu avoir une incidence sur l'accès à l'emploi. Au moment de l'enquête, 52 % des immigrants de 25 à 44 ans qui pouvaient parler en français ou en anglais avaient un emploi, par rapport à seulement 33 % de ceux qui ne connaissaient ni le français ni l'anglais. » (p.33)

Cependant, cette étude est plus générale, et même si certains résultats sont applicables à la situation particulière des médecins immigrants, elle ne présente pas toutes les spécificités des difficultés d'intégration rencontrées par les médecins immigrants.

L'étude de Hachimi (2006) est fort intéressante, car elle a révélé d'autres barrières à l'intégration professionnelle perçues par les immigrants algériens installés à Montréal telles que : la perception de l'incohérence des

procédures, l'exigence d'une expérience canadienne de travail préalable et la perception de barrières érigées par les corporations professionnelles. Il a aussi identifié l'âge comme une barrière à l'intégration professionnelle. C'est ainsi que Hachimi (2006) décrit certains immigrants confrontés à des difficultés d'intégration professionnelle :

« Trop âgés pour être compétitifs dans un monde professionnel qui valorise la jeunesse, trop jeunes pour être des retraités, certains d'entre eux expérimentent le sentiment de leur finitude et font le deuil d'une carrière professionnelle... » (p.115).

Cependant, cette recherche était plus générale et n'a pas étudié spécialement l'intégration des médecins immigrants. En plus, parmi les quelques médecins qui faisaient partie de l'étude, aucun d'entre eux n'a effectué les démarches auprès du Collège des médecins. Il est difficile dans ce contexte d'avoir une vision globale des barrières à l'intégration ni des facteurs facilitants. L'auteur a ciblé spécifiquement la population immigrante algérienne et son étude décrit bien la situation particulière de cette population. Mais les résultats ne peuvent être généralisables à tous les immigrants quel que soit leur pays d'origine à cause des différences possibles de la formation médicale, de la culture, de la langue et des attentes vis-à-vis du pays d'accueil.

L'étude de Tadlaoui (2003) a aussi été plus générale et n'a pas concerné spécifiquement la problématique de l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Il a étudié de façon plus spécifique la discrimination en emploi au Québec. En effet, l'auteur a révélé un autre aspect des barrières à l'intégration professionnelle qu'il a qualifié de discrimination raciale, ethnique et religieuse. Cette recherche a aussi insisté sur l'importance de l'intégration professionnelle et de l'accès à l'emploi pour les nouveaux arrivants. Tadlaoui a affirmé que pour les immigrants, les difficultés d'insertion en emploi ne faisaient que s'accroître :

« Il est reconnu que l'accès à l'emploi est une clé majeure de l'intégration des personnes immigrantes, non seulement sur le plan économique, mais aussi sur le plan social. Une clé et, en quelque sorte, un « baromètre » de la place

que la population canadienne dite « de souche » est prête à accorder à « l'Autre ». Or, au cours des dernières années, la problématique de l'insertion en emploi des immigrants a pris de plus en plus d'ampleur. » (p.2)

Cet auteur révèle aussi que le racisme est la barrière la plus systématique, mais il représente aussi l'obstacle auquel les immigrants peuvent difficilement faire face :

« Le racisme et les formes de discrimination et d'intolérance qui y sont reliées représentent, comme le laissent entendre les discussions, l'obstacle le plus systématique, le plus imprégné dans notre société, mais aussi le plus difficile à contrer. En effet, si après les événements du 11 septembre 2001, un bon nombre d'employeurs et de citoyens se sont crus autorisés à manifester ouvertement et impunément leur racisme et leur intolérance, en général les personnes racistes sont devenues prudentes et exercent leur discrimination sous le couvert d'autres prétextes. » (p.4)

Un autre fait intéressant rapporté par cet auteur, c'est que contrairement à ce que l'on pourrait penser, le racisme n'a pas diminué au Québec, mais c'est juste qu'il se manifeste de façon moins explicite. La crainte de représailles empêche ceux qui y sont victimes de le dénoncer :

« Selon les intervenantes, le racisme est loin d'avoir diminué au Québec, au contraire, il est de plus en plus voilé. Il est donc très difficile de dénoncer les entreprises et les personnes agissant de façon raciste puisque les manifestations du racisme ne sont pas explicites. La difficulté est d'autant plus grande que les personnes touchées par des manifestations de racisme et de discrimination ont peur d'en faire état, car elles craignent des représailles. » (p.4).

La marginalisation et le désavantage des immigrants ont été aussi rapportés par le rapport des Nations Unies sur la situation des peuples autochtones, des Afro-Canadiens et des immigrants au Canada (Nations Unies, 2006). Cette assemblée générale des Nations Unies a soulevé beaucoup d'inquiétude quant à la marginalisation de cette frange de la population au Canada.

2.5 Résumé des limites de la littérature et justification de la recherche

La plupart des recherches qui ont étudié l'intégration professionnelle des immigrants n'étaient pas spécifiques aux médecins. Celles qui ont étudié

spécialement l'intégration professionnelle des médecins immigrants soit elles ne concernaient pas la province du Québec ou les facultés de médecine francophones de cette province, soit elles avaient adopté une démarche quantitative, car leur objectif de recherche n'était pas spécifiquement d'analyser en profondeur les barrières à l'intégration et les facteurs facilitants. En parcourant la littérature scientifique, de nouvelles barrières à l'intégration émergeaient à chaque fois, n'ayant pas été citées dans d'autres recherches, comme pour faire comprendre que toutes les barrières n'ont pas encore été révélées, et justifiant par la même occasion la nécessité d'une démarche exploratoire pour mieux comprendre le sujet.

L'utilisation des questionnaires préétablis ne permettrait pas l'émergence de nouveaux thèmes qui n'ont pas été répertoriés au préalable par l'auteur. Cela est tout à fait réalisable avec une démarche qualitative qui permettrait non seulement l'émergence de thèmes, mais aussi leur approfondissement à travers une entrevue semi-structurée en face à face. Selon Boutin (2000) :

« Il arrive que les méthodes plus classiques (questionnaires fermés, tests standardisés, etc.) ne nous permettent pas d'avoir accès à des données parfois essentielles : attitudes, perceptions, représentations, etc. L'entretien de recherche de type qualitatif qui nous intéresse ici au premier chef, par son côté ouvert, permet davantage l'accès à de telles données » (p.43-44).

Une recherche qualitative avec une démarche exploratoire basée sur des entrevues semi-structurées exclusivement avec des médecins immigrants de différents pays d'origine, ainsi que l'analyse de différents documents va permettre de mieux cerner les différentes facettes de l'intégration professionnelle des médecins immigrants installés au Québec.

La réduction des barrières à l'intégration professionnelle nécessite une connaissance approfondie des difficultés rencontrées par les médecins immigrants au Québec. Cette recherche a opté pour une collecte de données basée principalement sur des entrevues semi-structurées, plus ouvertes à l'émergence de nouveaux concepts. Cela a permis d'aboutir à une meilleure compréhension des perceptions des médecins immigrants quant à ce qui

pourrait les aider à intégrer la profession et ce qui constituerait pour eux des barrières à cette intégration. Dans le cas où les preneurs de décisions le souhaiteraient, de telles connaissances pourraient en même temps les orienter vers les moyens à prendre pour faciliter l'accès à l'exercice de la profession médicale aux médecins immigrants, diminuer la sous-utilisation des qualifications des immigrants professionnels de la santé et par la même occasion, contribuer à réduire la pénurie des médecins au Québec à moindre coût.

Le prochain chapitre est consacré à la présentation du modèle théorique retenu dans cette étude. Cette partie débutera par une description sommaire des différents facteurs intervenant dans l'intégration des immigrants, selon ce modèle de référence. Puis, les différentes phases de l'intégration seront expliquées brièvement ainsi que le contexte dans lequel s'inscrit cette recherche.

3 CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique est celui de Diaz (1993) cité par Cvetkovic (2009). Ce modèle définit l'intégration comme le processus au bout duquel l'immigrant devient une partie fonctionnelle des sphères sociales, en prenant part à différents types de relations sociales dans la communauté d'accueil (Cvetkovic 2009). Ce modèle décrit l'intégration comme la résultante de deux groupes de facteurs : personnels et contextuels.

Les facteurs personnels sont représentés par la motivation à l'intégration, les ressources personnelles (telles que les compétences linguistiques, la formation académique et l'expérience de travail) et les coûts qui correspondent au prix à payer pour s'intégrer.

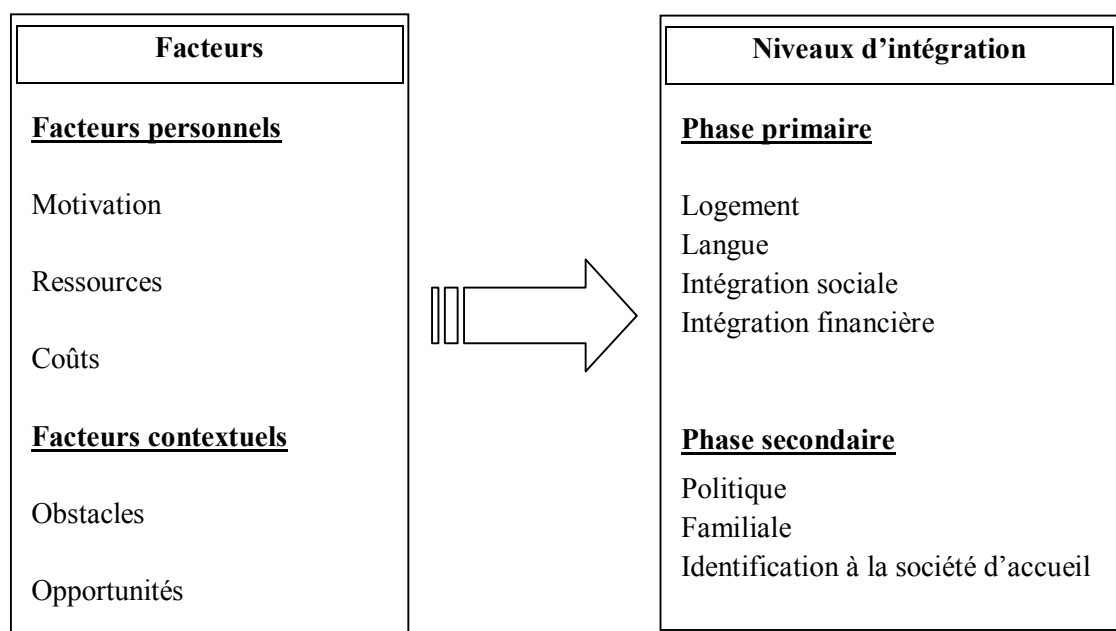
Les facteurs contextuels sont : les obstacles et les opportunités du pays d'accueil. Ces facteurs contextuels vont, selon la situation, accélérer ou retarder l'intégration des immigrants dans le pays d'accueil (Cvetkovic, 2009). L'intégration dépend donc de ces facteurs personnels et contextuels et Diaz subdivise les niveaux d'intégration en deux phases : la phase primaire qui débute par le logement, puis l'apprentissage de la langue et enfin, l'intégration sociale et financière. La phase secondaire de l'intégration est de « nature plus qualitative » comme l'a décrite Cvetkovic (2009) : elle correspond à l'intégration politique par la participation à la vie politique du pays d'accueil, l'intégration familiale à travers le métissage des familles (immigrants et majorité), et enfin l'intégration identitaire qui survient lorsque l'immigrant s'identifie à la société d'accueil (figure 3).

L'intégration professionnelle à l'étude dans cette recherche se situe donc au niveau de la phase primaire du cadre théorique de Diaz (1993), elle correspond principalement à l'intégration financière. C'est à cette étape de l'intégration que l'immigrant devient capable d'avoir des revenus de travail dans le pays d'accueil. L'intégration à un groupe professionnel bien défini,

jouissant d'un prestige et d'une reconnaissance particulière dans tous les pays du monde, tel que celui des médecins, déborde la sphère purement financière et vient par conséquent toucher la sphère de l'intégration sociale. En effet, le fait d'être socialement reconnu comme médecin, de pouvoir partager avec des confrères les mêmes connaissances et la même reconnaissance sociale, vient fortement faciliter l'intégration par le biais de l'identification à un groupe social précis et, dans le cas des médecins, très fort et assez solidaire.

Pour ce qui est des facteurs à l'étude dans cette recherche, l'accent sera mis sur l'analyse des facteurs contextuels, c'est-à-dire : les obstacles et les opportunités du pays d'accueil, qui correspondent aux facteurs facilitants et aux barrières à l'intégration retrouvés dans la littérature scientifique et qui ont été cités dans le chapitre précédent sur l'état des connaissances (les exigences linguistiques, facteurs socioculturels, informationnels, financiers, procéduraux, etc.).

Figure 3 : Modèle théorique de l'intégration selon Diaz (1993) cité par Cvetkovic (2009)



Diaz (1993) a insisté sur l'importance de l'insertion professionnelle des immigrants et il a affirmé que la vie économique et le marché de l'emploi sont les deux dimensions les plus significatives de la vie sociale organisée dans laquelle prend place l'intégration des immigrants dans la société d'accueil :

« The economic life and the labour market are two of most significant dimensions of organized social life in which the immigrant's integration into the host society takes place » (p.78)

Le prochain chapitre sera consacré à une brève description de la procédure à suivre par les médecins immigrants qui souhaitent exercer leur profession au Québec, ainsi que les différentes voies possibles qu'ils peuvent emprunter. Cette description sommaire des différentes procédures permettra de mieux comprendre les éventuelles barrières à l'intégration qui pourraient être perçues lors des différentes phases chronologiques.

4 DESCRIPTION DU PROCESSUS À SUIVRE PAR LES MÉDECINS IMMIGRANTS

Selon le Collège des médecins du Québec (2008), le médecin pratique une profession d'exercice exclusif, ce qui signifie que seuls les membres du Collège des médecins du Québec peuvent exercer et porter le titre de médecin. D'après la fiche d'information du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2006), l'exercice exclusif se définit comme suit :

« Dans le cas d'une profession d'exercice exclusif, seuls les membres de l'ordre peuvent exercer les activités et porter le titre que la loi leur réserve. Les 25 professions d'exercice exclusif font chacune l'objet d'une loi particulière qui définit notamment les activités professionnelles strictement réservées aux membres de l'ordre. » (p. 2)

Pour exercer la profession et utiliser le titre réservé de « médecin », il faut détenir un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec et être inscrit au Tableau des membres du Collège (Collège des médecins du Québec, 2008).

Pour détenir un permis d'exercice et être autorisés à pratiquer la profession de médecin, les diplômés internationaux en médecine peuvent emprunter un des trois cheminements possibles : faire une demande pour un permis restrictif, une demande de reconnaissance d'équivalence en vue d'obtenir un permis régulier, ou bien faire une demande d'admission au premier cycle en médecine dans l'une des quatre facultés de médecine du Québec (Collège des médecins du Québec, 2010). Chacune des trois voies possibles présente des exigences et des étapes particulières qui vont être décrites dans les prochains paragraphes.

4.1 Demande de permis restrictif

Le permis restrictif tel qu'il est décrit sur le site internet du Collège des médecins du Québec (CMQ, 2010) est une autorisation d'exercer certains actes professionnels dans un établissement déterminé, pour une durée renouvelable d'une année, dans le but de combler des besoins précis en

effectifs médicaux. Recrutement Santé Québec (RSQ) représente la porte d'entrée pour les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis qui souhaitent faire une demande de permis restrictif, mais c'est le Collège des médecins du Québec qui le délivre. Le CMQ indique que le cheminement peut être long et que toutes les demandes n'aboutissent pas à la délivrance d'un permis restrictif (CMQ, 2010). RSQ précise que le permis restrictif d'exercice de la médecine peut être modifié en permis régulier dans le cas où le candidat répond aux exigences du CMQ (MSSS, 2010).

Selon RSQ, la délivrance du permis restrictif nécessite le cheminement le long des six étapes suivantes :

1. Inscription à Recrutement Santé Québec (RSQ)
2. Parrainage par un établissement
3. Demande du permis restrictif au CMQ
4. Réussite des examens exigés par le CMQ
5. Stage d'évaluation de 3 mois à la suite d'une semaine d'observation dans un établissement agréé par le CMQ
6. Délivrance du permis restrictif et installation au Québec

Il faut noter que les deux premières étapes relèvent de la compétence de RSQ, alors que les 3 dernières sont du ressort du CMQ (MSSS, 2010). Les deux examens exigés à la quatrième étape sont l'EECMC et l'examen de connaissance de la langue française de l'Office québécois de la langue française. Selon RSQ, d'autres examens peuvent être reconnus à la place de l'EECMC, il s'agit des examens passés aux États-Unis : l'United States Medical Licensing Examination/step2 ou l'USMLE/Step2/Clinical knowledge (CK) ou le certificat standard de l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG).

4.2 Demande de reconnaissance d'équivalence en vue d'obtenir le permis régulier

Dans cette section, toute l'information concernant les étapes à parcourir pour l'obtention du permis régulier a été recueillie sur le site internet du Collège des médecins du Québec (CMQ, 2010). Ce dernier décrit quatre grandes étapes à suivre par les médecins immigrants diplômés hors du Canada et des États-Unis :

- L'obtention de la reconnaissance de l'équivalence du diplôme de docteur en médecine
- L'obtention d'un poste de résidence et formation postdoctorale en médecine de famille ou dans l'une des 35 spécialités reconnues par le CMQ
- La réussite de l'examen final de la médecine de famille ou de la spécialité
- La demande du permis régulier pour l'exercice de la médecine et l'inscription au tableau du CMQ

4.2.1 Reconnaissance de l'équivalence du diplôme

Cette étape se subdivise elle-même en plusieurs autres étapes et exige que le candidat soit diplômé d'une université figurant sur le répertoire des facultés de médecine de l'OMS ou sur le répertoire de « l'International Medical Education Directory ». Les étapes à franchir sont les suivantes :

- Demande de reconnaissance d'équivalence du diplôme de docteur en médecine au CMQ
- Fournir les documents exigés par le Registre de compétence des médecins au Canada (RCMC)
- Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC)
- Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie I (EACMC I)
- Examen clinique objectif structuré (ECOS) ou l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada partie II (EACMC II).

- Examen de connaissance de la langue française de l'Office québécois de la langue française (OQLF) si le candidat ne satisfait pas les exigences d'exemption de cet examen.
- Confirmation par le RCMC de la vérification des titres
- Reconnaissance par le CMQ de l'équivalence du diplôme de docteur en médecine (M.D)

4.2.2 Demande d'admission pour l'obtention d'un poste de résident et formation postdoctorale

Le CMQ reconnaît que du fait du nombre limité de places dans les facultés, les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis n'ont aucune garantie d'obtenir une place en résidence. Une fois admis en résidence, et sous certaines conditions, le candidat peut faire une demande de reconnaissance de la formation postdoctorale au CMQ. À la suite d'un stage de classement de 12 mois, soit la formation postdoctorale antérieure est reconnue en totalité et le candidat peut passer à l'étape de l'examen final, ou bien, à la suite d'une reconnaissance partielle, il faudra compléter la formation postdoctorale avant de passer l'examen final. Si le médecin immigrant diplômé hors Canada et États-Unis ne remplit pas les conditions pour faire une demande de reconnaissance de la formation postdoctorale effectuée dans son pays d'origine, il devra effectuer une formation postdoctorale complète au Québec.

4.2.3 Examen final de la médecine de famille ou de la spécialité

Les médecins inscrits à cet examen final doivent également suivre une formation sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec).

4.2.4 Demande du permis d'exercice au CMQ

Le candidat qui a franchi les 3 étapes précédentes peut faire une demande du permis d'exercice au Collège des médecins du Québec.

4.3 Demande d'admission au premier cycle en médecine

La demande d'admission au premier cycle en médecine représente la troisième voie possible pour les médecins immigrants qui désirent intégrer la profession médicale au Québec. L'admission au premier cycle dans une faculté de médecine leur permettrait de débiter ou de poursuivre les études médicales au Québec. Le CMQ recommande aux médecins immigrants qui souhaitent suivre ce cheminement de s'adresser directement à l'une des quatre facultés de médecine au Québec : Université Laval, Université McGill, Université de Montréal ou Université de Sherbrooke pour connaître leurs exigences et les conditions d'admission au premier cycle en médecine (CMQ, 2010).

Le prochain chapitre va présenter la démarche méthodologique en expliquant la stratégie de recherche, les caractéristiques de la population à l'étude, les procédures de collecte des données, le traitement et l'analyse des données, les limites de la recherche ainsi que les considérations éthiques.

5 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

5.1 Stratégie de la recherche

La stratégie de recherche se base sur une recherche synthétique avec comme devis, l'étude de cas multiples. L'approche méthodologique retenue est de type qualitatif. Elle vise à documenter la perception des médecins immigrants quant aux barrières à l'intégration professionnelle ainsi qu'aux facteurs facilitants. Cette recherche qualitative est principalement basée sur la collecte et l'analyse de données provenant de 22 entrevues individuelles réalisées avec des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis.

Cette étude analysera également des documents provenant de diverses sources telles que les brochures d'aide à l'installation et l'information sur les sites internet officiels du Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles et du Collège des médecins.

5.2 Sélection et description des cas

La présente étude s'intéresse aux médecins immigrants qui ont obtenu leur diplôme de médecine hors Canada et États-Unis. Ces professionnels de la santé viennent de différents pays, avec une grande hétérogénéité dans la culture, la formation ainsi que des attentes vis-à-vis du pays d'accueil. Cette grande hétérogénéité représente un défi en ce qui concerne l'assimilation et l'interprétation de leurs perceptions vis-à-vis des conditions d'accès à l'exercice de la profession de médecin au Québec : en effet, selon le pays d'origine, la formation médicale initiale, la langue maternelle et la culture, il pourrait y avoir des perceptions différentes quant aux facteurs influençant l'intégration professionnelle.

La sélection des cas a été effectuée en vue d'obtenir un échantillon de type « variation maximale » selon le pays d'origine, la formation initiale, l'expérience professionnelle et selon l'état des démarches visant à intégrer la

profession médicale au Québec. Par exemple, l'échantillon comprend des médecins immigrants qui ont intégré la profession au Québec, ceux qui entreprennent les démarches dans cet objectif et ceux qui ont abandonné le processus d'accréditation. La variabilité des attributs par cas sera détaillée à la fin de cette section avec une description générale de l'échantillon. Avant cela, nous souhaitons justifier le choix du type d'échantillonnage.

Selon Patton (1990), en choisissant un petit échantillon avec un maximum de variation et une grande diversité, la collecte des données et l'analyse vont permettre d'aboutir à une description précise et détaillée de chaque cas, et en même temps, cela permettra d'analyser les thèmes partagés qui ont émergé de la diversité.

Les critères d'inclusion sont les suivants : médecins immigrants diplômés hors Canada et hors États-Unis, qui se sont installés au Québec depuis plus de 2 ans et moins de 15 ans et qui ont le statut de citoyen canadien ou de résident permanent ainsi que ceux qui en ont fait la demande, quels que soient leur âge, leur sexe ou le pays d'origine.

N'ont pas été retenus, les médecins immigrants qui ont moins de 2 années de résidence, car cette période est un minimum nécessaire pour faire les démarches nécessaires à la reconnaissance des acquis. Cette période peut donc être considérée comme suffisante pour que les candidats sélectionnés aient une perception des difficultés et des barrières les empêchant d'exercer la profession de médecin.

N'ont pas été retenus les médecins immigrants qui ont plus de 15 ans de résidence, car il nous a semblé plus pertinent de cibler ceux qui font face actuellement ou depuis pas très longtemps à des difficultés d'intégration professionnelle pour une meilleure compréhension des barrières vécues et perçues par les médecins immigrants. En plus, les critères de sélection des immigrants, les politiques en matière d'immigration, les cheminements possibles pour les médecins immigrants, les exigences du Collège des

médecins et les conditions d'admission aux facultés de médecine peuvent changer dans le temps. Il est donc apparu préférable de restreindre l'intervalle de temps étudié à une quinzaine d'années et de se limiter à l'étude de la perception des médecins qui ont immigré dans cette période.

Dans le cadre de cette étude, 22 médecins immigrants DHCEU ont participé aux entrevues. Nous avons cessé de recruter les participants une fois que la saturation des données a été atteinte, à la suite de la réalisation des 22 entrevues. En effet, Boutin (2000) suggère que le nombre exact de participants n'est déterminé qu'à la suite de la réalisation des entrevues et de la collecte des données afin d'arriver à la saturation recherchée.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau III. L'échantillon est constitué de 13 hommes et de 9 femmes. Leur âge varie de 29 à 53 ans, avec une moyenne d'âge de 38 ans. Les participants venaient de 15 pays différents avec de 1 à 3 répondants de chacun des pays suivants : Algérie, Bénin, Chine, Congo, El Salvador, France, Haïti, Kazakhstan, Liban, Maroc, République tchèque, Roumanie, Russie, Ukraine et Venezuela. Les 22 participants sont donc originaires de 7 principales régions : Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie, Amérique du Sud, Europe de l'Est, Europe de l'Ouest et Moyen Orient.

Parmi les 22 participants, 11 n'avaient aucune appartenance religieuse, 9 ont affirmé être de religion chrétienne, et deux de religion musulmane. Parmi ceux qui avaient déclaré n'avoir aucune appartenance religieuse, l'un d'entre eux a affirmé être d'origine juive.

Dix-neuf participants étaient mariés; il y avait également une participante divorcée, un célibataire et un autre répondant vivant en couple. Le nombre d'enfants à charge pour chaque participant variait de 0 à 6 enfants avec une moyenne de 1,8 enfant par répondant.

Tableau III : Tableau synthèse des caractéristiques des participants

Nombre de participants	22
Pays d'origine	15 pays différents. Un à trois participants de chacun des pays suivants : Algérie, Bénin, Chine, Congo, El Salvador, France, Haïti, Kazakhstan, Liban, Maroc, République tchèque, Roumanie, Russie, Ukraine et Venezuela
Sexe	13 hommes et 9 femmes
Âge	De 29 à 53 ans avec une moyenne d'âge de 38 ans
Langues	De 2 à 8 langues pratiquées pour chacun des participants. Tous parlaient le français et l'anglais avec un degré de maîtrise variable
Durée de séjour au Québec	De 2 à 15 ans avec une moyenne de 5,8 années
Statut d'immigration	13 résidents permanents, 8 citoyens canadiens et un participant dont la demande d'immigration est en cours
État civil	19 participants mariés, un célibataire, un vivant en couple et une participante divorcée
Nombres d'enfants	De 0 à 6 enfants avec une moyenne de 1,8 enfant par répondant
Religion	11 participants sans appartenance religieuse (l'un d'eux est d'origine juive), 9 chrétiens et 2 musulmans
Formation médicale dans le pays d'origine	9 médecins généralistes, 2 spécialistes en chirurgie générale, 2 médecins de famille, 2 chirurgiens-pédiatres, 4 gynécologues-obstétriciens, 1 ophtalmologue, 1 pédiatre et un anesthésiste-réanimateur
Expérience professionnelle dans le pays d'origine	De 0 à 20 années
Situation professionnelle actuelle au Québec	5 participants sans emploi, 2 résidents en médecine, 2 médecins autorisés à exercer au Québec dont l'une est professeure, 2 chercheuses, 1 infirmière, 5 participants exerçant un autre emploi dans le système de santé, 3 étudiants et deux autres participants travaillant dans d'autres domaines en dehors du système de santé
Cheminement dans le processus d'intégration professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - 2 participants n'ont passé aucun examen - 4 participants sont au stade de l'examen d'évaluation - 3 participants sont au stade des autres examens écrits - 4 participants ont passé les examens pratiques - 5 participants sont au stade de la demande de résidence - 2 répondants sont en résidence - 2 participants ont obtenu le permis d'exercer et pratiquent au Québec

La formation médicale dans le pays d'origine et la spécialisation variaient selon les participants. Neuf d'entre eux avaient une formation de médecin généraliste dans leur pays d'origine. L'échantillon comprenait également 2 répondants de chacune des spécialités suivantes : médecine familiale, chirurgie pédiatrique, et chirurgie générale. Quatre participants avaient une formation en gynécologie obstétrique. Enfin, il y avait un participant de chacune des spécialités suivantes : ophtalmologie, anesthésiologie-réanimation et pédiatrie.

La durée de séjour au Québec des différents participants variait de 2 à 15 ans avec une moyenne de 5,8 années. L'échantillon comprenait au moins un participant de chacune des catégories suivantes : durée de séjour de 2, 2.5, 3, 5, 7, 9, 10, 11 et 15 années passées au Québec.

Huit participants ont déclaré avoir la citoyenneté canadienne, 13 autres étaient des résidents permanents et un seul répondant a affirmé que sa demande de résidence était en cours et qu'il allait recevoir la confirmation de son statut de résident permanent dans un délai de 2 à 3 mois.

L'échantillon comprenait 5 participants sans emploi, 2 résidents en médecine, 2 médecins autorisés à exercer au Québec, dont l'une, est également professeure, 3 étudiants dans des formations connexes, 5 participants exerçaient d'autres emplois dans le système de santé dont l'une était infirmière clinicienne, 2 répondants travaillaient dans d'autres domaines en dehors du système de santé et enfin deux chercheuses, dont l'une d'elles était également professeure dans une université au Québec.

Le cheminement dans le processus d'accréditation variait également selon les participants : deux d'entre eux avaient choisi de ne passer aucun examen de ceux exigés dans le processus et de s'orienter vers des études connexes pour s'intégrer professionnellement au Québec, l'un en administration de la santé, et l'autre en nutrition. Quatre répondants sont au stade de l'examen d'évaluation, 3 autres sont à l'étape de passage des autres examens écrits.

Quatre participants ont passé les examens pratiques. Cinq autres sont au stade de la demande de résidence, l'une d'eux en est à sa deuxième demande de résidence, puisque l'année d'avant, elle n'a pas été jumelée. Deux répondants sont des résidents en médecine, l'un en psychiatrie et l'autre en médecine familiale. Enfin, deux participants sont des médecins autorisés à exercer au Québec, l'un en radiologie et l'autre, en médecine familiale. Cette dernière est également professeure dans cette même spécialité.

Comme cela a été expliqué au début de cette section, et à la suite de la description de l'échantillon retenu dans cette étude, il est possible de noter que l'échantillon représente effectivement une grande diversité selon les différents attributs exposés.

5.3 Procédure de collecte des données

Cette partie du mémoire va traiter et expliquer les moyens de recrutement des 22 médecins immigrants qui ont participé aux entrevues, puis le déroulement des entrevues sera détaillé.

5.3.1 Recrutement des participants

Le recrutement a été rendu possible grâce à la collaboration du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Des anciens et d'actuels étudiants de ce département ont été sollicités pour participer à cette étude et 8 d'entre eux ont accepté. Parmi les étudiants à la maîtrise en administration de la santé, certains sont des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis, et en parallèle à leurs études au Québec, ils continuent de parcourir les étapes nécessaires pour aboutir à un permis d'exercice dans le pays d'accueil.

Grâce à la collaboration de Docteure Bilkis Vissangée, professeure titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 7 autres participants ont été recrutés pendant deux séances d'information et de préparation à l'examen ECOS. Ces séances qui étaient destinées aux

médecins immigrants ont été organisées par le centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval (CESSUL) et animées par Docteure Bilkis Vissangée. Le CESSUL a autorisé l'étudiant chercheur à exposer brièvement le projet de recherche pour demander la participation aux entrevues des médecins immigrants présents lors de ces séances d'information. Ceux qui ont accepté de participer ont transmis spontanément leurs coordonnées à l'étudiant chercheur, ce qui lui a permis de les contacter pour convenir d'un rendez-vous pour l'entrevue.

Un organisme communautaire a également contribué au recrutement de 4 autres participants, il s'agit de l'Hirondelle qui est un organisme à but non lucratif œuvrant à faciliter l'accueil et l'intégration des immigrants de façon générale, et plus spécifiquement, des médecins immigrants à travers des séances d'information et des ateliers de préparation des examens exigés lors de la procédure d'accréditation. Les médecins immigrants qui ont participé à ces séances ont été directement contactés par la coordinatrice de cet organisme Madame Paolina Roman, et ceux qui ont accepté de participer aux entrevues ont été priés de contacter directement par courriel ou par téléphone l'étudiant chercheur pour l'aviser de leur acceptation.

Trois participants ont été recrutés par effet « boule de neige » de répondants qu'ils connaissaient. Selon Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, et Boyle (1990) :

« L'échantillonnage par boule de neige consiste à ajouter à un noyau d'individus tous ceux qui sont en relation avec eux » (p.62)

Trois autres organismes ont été sollicités, mais ils n'ont permis de recruter aucun autre participant. Il s'agit du CARI Saint-Laurent qui est un organisme à but non lucratif, de l'Association québécoise des médecins en permis restrictif (AQMPR) et de l'Association des médecins gradués de l'Étranger anciennement AMEC-Canada (Association des médecins congolais du Canada) ou AMEQ.

Le CARI Saint-Laurent a accepté de collaborer, mais nous a expliqué qu'il y avait peu de médecins immigrants parmi ses clients. L'AMEQ a accepté notre demande de participation, par contre, AQMPR n'a pas répondu à notre courriel de demande de collaboration.

Les médecins immigrants ont été retenus dans l'étude à la suite de leur approbation par consentement écrit à l'aide d'un formulaire désigné à cet effet et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

5.3.2 Déroulement des entrevues

Les 22 entrevues réalisées sont de type individuel, semi-structuré, d'une durée variant de soixante à quatre-vingt-dix minutes. Selon Boutin (2000), l'entretien semi-structuré est caractérisé par un important degré de liberté accordé au participant :

« L'interviewer pose une question de mise en train et guide, par la suite, le répondant à travers ses réponses en l'aidant à articuler sa pensée autour de thèmes préétablis » (p.34).

Selon le même auteur, ce type d'entrevues semi-structurées permet au participant de développer des sujets auxquels le chercheur n'a pas pensé lors de la préparation de la grille d'entrevue.

Les entrevues ont été préalablement testées avec deux participants, mais aucun changement n'a été jugé nécessaire à la grille d'entrevue. Ces deux premières entrevues ont été retenues et font partie des données collectées et analysées.

Les entrevues ont été réalisées du 8 juin 2009 au 14 novembre 2009, chaque participant n'étant rencontré qu'une fois pour l'entrevue. Les lieux des entrevues ont été choisis exclusivement par les répondants, et la plupart des entrevues se sont déroulées dans des lieux publics comme des cafétérias, restaurants ou parcs. Quelques entrevues ont été réalisées dans des salles réservées dans des bibliothèques universitaires, au département

d'administration de la santé de l'Université de Montréal, ou bien dans les lieux de travail des participants.

Avant d'entreprendre les entrevues, tous les participants ont signé le formulaire de consentement pour la participation à la recherche et pour autoriser l'étudiant chercheur à enregistrer les entrevues. Presque la totalité des entrevues ont été réalisées en face à face, puisque 20 d'entre elles ont été faites avec la présence effective des participants. Seules deux entrevues ont été réalisées par un entretien téléphonique, car les participants correspondants ne pouvaient pas se déplacer à Montréal, mais l'un de ces deux répondants a été quand même rencontré avant l'entretien téléphonique.

Toutes les entrevues ont débuté par une question ouverte d'ordre général portant sur l'intégration des médecins immigrants au Québec. Le reste de l'entrevue tentait de circonscrire la perception du répondant quant aux barrières à cette intégration ainsi qu'aux facteurs facilitants, ce qui représente le but de la recherche. Les différents thèmes qui ont été abordés dans l'entrevue sont inspirés de la synthèse des barrières et des perceptions citées dans la littérature dont la plupart ne sont pas spécifiques aux médecins immigrants. Ces thèmes généraux sont représentés par les contraintes linguistiques, socioculturelles, informationnelles, financières, procédurales et discriminatoires. Pour ce qui est des thèmes des facteurs facilitants, ce sont : les facteurs financiers, informationnels, d'aide et de support à l'intégration professionnelle. Il faut noter que ces thèmes ne sont pas exhaustifs, et lors des entrevues, les questions ouvertes ont permis d'appréhender les difficultés spécifiques perçues par les médecins immigrants qui n'ont pas été soulevées par la littérature. La grille d'entrevue qui a été adoptée peut être consultée à l'annexe 4.

5.3.3 Documents

Certains documents officiels ont été analysés dans la section discussion de cette recherche, ce qui a permis de mettre en contexte les différentes

perceptions des médecins immigrants DHCEU ayant participé à cette étude. Les documents retenus sont les suivants :

- La documentation délivrée par le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec (MICC) au profit des médecins immigrants. Cette documentation est consultable sur le site internet de ce ministère (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec, 2006).
- Des statistiques du MICC gracieusement mis à notre disposition dans le cadre de cette recherche. Ces statistiques concernaient ce que le MICC qualifie d'immigrants actifs admis au Québec de 2001 à 2008 selon la profession projetée de médecin (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec, 2009).
- L'information fournie sur internet par le Collège des médecins du Québec concernant les différentes voies possibles qui s'offrent aux médecins immigrants DHCEU souhaitant exercer leur profession au Québec (Collège des médecins du Québec, 2008).
- L'information délivrée par le site internet du département « Recrutement Santé Québec » du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), concernant les procédures à suivre pour que les DHCEU puissent être autorisés à exercer au Québec dans le cadre du permis restrictif (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010).
- Les statistiques du service canadien de jumelage des résidents (CaRMS : The Canadian Resident Matching Service) (Service canadien de jumelage des résidents, 2009).

5.4 Traitement et analyse des données

À la suite de la collecte des données, les 22 entrevues ont été transcrites exclusivement par l'étudiant chercheur. Les transcriptions ont été réalisées avec l'aide du logiciel Express Scribe version 4.18 et de Microsoft Word 2007.

Les données collectées suite à ces transcriptions correspondaient à 270 pages avec un total de 124 000 mots.

Une première lecture de ces transcriptions a été réalisée. Puis à l'aide du Logiciel NVivo 8, la codification a été réalisée en deux temps. La première étape a consisté à identifier dans les transcriptions les segments de texte relatifs à la question de recherche, à savoir, les barrières à l'intégration ainsi que les facteurs facilitants perçus par les médecins immigrants DHCEU. Les nœuds hiérarchiques ainsi codifiés correspondaient aux thèmes déjà décrits dans la grille d'entrevue. Quant aux thèmes émergents, ils ont été rajoutés et codifiés au fur et à mesure dans ces mêmes nœuds hiérarchiques que permet la codification par NVivo 8.

Certains thèmes qui ne correspondaient pas nécessairement à la question de recherche, mais qui nous paraissaient avoir une importance probable ont été codifiés à l'aide des nœuds libres, pour une éventuelle utilisation ultérieure, dans le cas où de nouveaux éléments démontreraient leurs liens avec la question de recherche. Tout cela dans un souci de prudence, et pour ne pas négliger d'éventuelles données, dont l'importance, n'apparaît pas de prime abord.

La deuxième étape a consisté à une réduction des données dans le but de synthétiser les catégories de thèmes, pour n'en laisser que les principales. Cela a permis d'identifier, de catégoriser et d'analyser les principales barrières à l'intégration ainsi que les facteurs facilitants perçus par les participants à cette étude grâce à l'outil « Requêtes » de NVivo 8.

La classification a été rendue possible grâce à l'outil « Attributs » qui a permis de catégoriser les participants selon les différents attributs de cas. Les attributs sélectionnés classés par ordre alphabétique sont : l'âge, l'appartenance religieuse, les enfants à charge, l'étape actuelle de cheminement dans le processus d'intégration, la formation en cours, la formation médicale dans le pays d'origine, le nombre d'années passées au

Québec, le nombre de langues parlées, le pays d'origine, le sexe, la situation familiale, la situation professionnelle actuelle au Québec et le statut d'immigration.

5.5 Considérations éthiques

Le projet de recherche a été préalablement soumis pour approbation au comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le certificat d'éthique délivré par ce comité a été joint aux annexes de ce mémoire.

Avant la participation aux entrevues, un document d'information a été remis aux participants, comportant la description ainsi que le but de cette recherche. Un formulaire de consentement pour la participation et l'enregistrement audio de l'entrevue leur a également été fourni. Toutes les mesures ont été prises pour respecter l'anonymat des participants.

5.6 Rigueur scientifique

La rigueur scientifique a été assurée par un suivi continu de la directrice de recherche, avec des rencontres et des discussions à chaque étape importante de la réalisation de ce mémoire. À chacune de ces rencontres, la directrice de recherche a orienté et guidé l'étudiant chercheur, tout en l'initiant à la recherche qualitative, dans le respect de la rigueur scientifique exigée par ce type de recherche.

L'étudiant chercheur a veillé au respect des critères de sélection des participants tout en constituant un échantillon très diversifié et représentant un large éventail d'expériences. Cette diversification concernait plusieurs attributs, dont le pays d'origine, la formation initiale, l'expérience professionnelle ainsi que l'état des démarches visant à intégrer la profession médicale au Québec.

L'imputabilité procédurale a également été respectée. Ainsi, toutes les données collectées, la codification et l'analyse réalisées sur NVivo 8, ont été mises à la disposition de la directrice de recherche pour le contrôle et le suivi.

Les documents suivants ont également été annexés à la dernière section de ce mémoire : il s'agit de l'approbation du Comité du programme de maîtrise en administration de la santé (annexe 1), le certificat délivré par le comité d'éthique de l'Université de Montréal (annexe 2), le formulaire de consentement que les participants devaient signer avant les entrevues (annexe 3), la grille d'entrevue (annexe 4), ainsi qu'un modèle de lettre de recrutement (annexe 5).

Les autres critères de rigueur scientifique tels que la crédibilité, la transférabilité et la confirmabilité ont été assurés par la tenue d'un journal de bord avec une réflexion et une description détaillée des étapes et du contexte de la recherche, ainsi que la triangulation à travers l'utilisation de plusieurs sources de données.

La réflexivité a été prise en considération tout le long des étapes de réalisation de ce travail. Selon Malterud (2001), le chercheur peut être influencé par sa propre position lors du choix du sujet, de la méthodologie, de l'analyse des résultats et des conclusions :

« A researcher's background and position will affect what they choose to investigate, the angle of investigation, the methods judged most adequate for this purpose, the findings considered most appropriate, and the framing and communication of conclusions. » (p.483)

Étant moi-même immigrant originaire du Maroc, avec une formation de médecin- dentiste et une expérience professionnelle d'une dizaine d'années, et vivant d'interminables difficultés d'intégration professionnelles au Québec, malgré mon succès dans de différents programmes de formation québécois, le choix du sujet de mon mémoire n'est pas du tout fortuit, il découle directement de ce que j'ai vécu, et de ce que je vis encore.

Mais j'ai tenu à prendre une certaine distance avec mon domaine professionnel d'origine qui est la dentisterie, pour choisir plus spécifiquement d'étudier l'intégration des médecins immigrants. Même si à première vue, ces deux domaines semblent très proches, beaucoup de différences existent,

conférant à chaque domaine ses propres spécificités. Ces deux professions ne sont pas régulées par les mêmes instances, et les cheminements possibles pour l'accréditation sont différents.

Comme cela a été relaté précédemment, en tant qu'étudiant, mon travail a été étroitement contrôlé, tout le long des différentes étapes, par la directrice de recherche. La méthodologie de la recherche a été également approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal ainsi que par le comité du programme de maîtrise en administration la santé.

Enfin, le fait d'être moi-même immigrant m'a permis de mettre les médecins immigrants très à l'aise, pour parler plus ouvertement de leurs expériences et de tout ce qu'ils ont pu percevoir comme barrières à l'intégration et facteurs facilitants.

6 RÉSULTATS

Dans cette partie du mémoire, le portrait individuel des 22 participants à cette étude sera dressé dans un premier temps, pour porter la lumière sur les particularités ainsi que les différents trajets empruntés par chacun des médecins immigrants ayant participé à cette étude, à la recherche d'une intégration professionnelle au Québec. Dans un deuxième temps, l'analyse réalisée dans cette étude sera détaillée. Un portrait synthèse de tous les participants est aussi disponible à l'annexe 6 (p. xxiv).

6.1 Portrait des participants

La première participante est d'origine marocaine. Elle a 44 ans, mariée, sans enfant et vit au Québec depuis 9 ans. Musulmane, elle insiste sur le fait qu'elle pratique un islam modéré. Elle a été formée en médecine générale au Maroc. Son expérience professionnelle dans son pays d'origine est de 7 années : 5 ans en tant que médecin à l'urgence et 2 ans en tant que médecin de santé publique. Ayant obtenu une maîtrise en administration de la santé au Québec, elle poursuit actuellement ses études pour obtenir une maîtrise en droit et santé. Elle a passé l'examen d'évaluation une fois sans le valider. Elle a également fait une demande à une université au Québec pour refaire toute la médecine, mais elle n'a pas été retenue. Elle a travaillé en tant qu'agente de collecte de données occasionnelle sur appel.

Le deuxième participant est un médecin congolais de 47 ans, marié, 6 enfants. Il est arrivé au Québec cela fait 9 ans. Mais cette année, il est parti s'installer à Toronto tout en continuant le processus d'accréditation au Québec. Ce participant est catholique et il a eu une formation en médecine générale dans son pays d'origine, avec une expérience professionnelle de 5 années. Au Québec, il a déjà travaillé occasionnellement dans des manufactures ainsi que dans l'agriculture. Il a suivi une formation pour préposé aux bénéficiaires. Il a passé avec succès l'examen d'évaluation et l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Il vient de

passer l'ECOS et l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada.

Le troisième participant est originaire du Maroc. Il a 49 ans, marié, 3 enfants et s'est installé au Québec depuis 5 ans. Ce participant est musulman et il a eu une formation en médecine générale ainsi qu'une spécialisation en chirurgie pédiatrique avec 20 années d'expérience dans cette spécialité au Maroc. Au Québec, il a obtenu une maîtrise en administration de la santé. Actuellement après avoir réussi tous les examens exigés, il a décroché un poste de résidence en psychiatrie. Il souhaite éventuellement se spécialiser plus tard en pédopsychiatrie.

Le participant 4 est un jeune Haïtien de 30 ans, installé au Québec depuis 3 ans. Il est marié, 1 enfant et n'a pas d'appartenance religieuse. Dans son pays d'origine, il a eu une formation en médecine générale ainsi qu'une spécialisation en gynécologie obstétrique. Il a pratiqué pendant une année en tant que médecin généraliste dans le cadre du service social en Haïti. Au Québec, tout en poursuivant le cheminement d'accréditation, il a obtenu un certificat en gestion des services de santé et des services sociaux. Par la suite, il s'est inscrit à la maîtrise en administration de la santé. Après une année universitaire dans ce cursus, il a obtenu en parallèle un poste de résidence en médecine familiale.

Le participant 5 est originaire de Roumanie. Il est âgé de 34 ans, orthodoxe, marié et n'a pas enfants. Formé initialement en médecine générale avec une spécialisation en gynécologie obstétrique, il a eu une année d'expérience professionnelle dans un institut d'oncologie en Roumanie. Il vit au Québec depuis 3 ans et actuellement, il travaille en tant que technicien en gestion des échantillons dans une compagnie pharmaceutique. En parallèle, il a passé avec succès l'examen d'évaluation ainsi que l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Il s'est inscrit pour passer l'aptitude II à la prochaine session d'automne.

Le participant 6 est un Roumain de 42 ans, marié, sans enfant, orthodoxe et installé au Québec depuis 3 ans. Dans son pays d'origine, il a poursuivi des études en médecine générale, puis il s'est spécialisé en chirurgie pédiatrique. En Roumanie, après avoir passé 5 années de résidence dans cette spécialité, il a exercé la chirurgie pédiatrique pendant 6 années. Au Québec, il a occasionnellement exercé du travail de bureau, mais en général, il affirme passer la plupart du temps à préparer les examens exigés. Il a fait une demande pour refaire toute la médecine dans une université au Québec, mais n'a pas été accepté. Il a également fait une demande dans le cadre du cheminement pour le permis restrictif, mais sans aboutir à un résultat : il affirme que même si sa formation a été reconnue, il n'y avait pas de poste vacant. Enfin, dans le cadre des démarches pour obtenir un permis régulier, il a passé avec succès l'examen d'évaluation et l'examen d'aptitude I pour le Québec. Il vient de passer l'ECOS mais n'a pas encore eu les résultats.

Le participant 7 est originaire d'Haïti. Il est âgé de 53 ans, il est catholique, marié, 4 enfants et vit au Québec depuis 5 années. Dans son pays d'origine, il a suivi une formation en médecine générale, puis il s'est spécialisé en gynécologie obstétrique. Ce participant a 14 années d'expérience professionnelle à Haïti. Actuellement, il est sans emploi au Québec et se consacre entièrement à la préparation des examens et à sa famille. Sa demande du permis restrictif lui a été refusée à cause du nombre d'années de spécialisation, jugé insuffisant. Les examens qu'il a passés avec succès sont : l'examen d'évaluation et l'examen écrit du Québec. Il vient de passer l'ECOS mais n'a pas encore eu les résultats.

Le participant 8 est un jeune Haïtien de 33 ans, installé au Québec depuis 5 ans. De religion catholique, il est marié, 2 enfants. Il a suivi une formation de médecin généraliste dans son pays d'origine, puis il a travaillé pendant 2 années dans une organisation non gouvernementale en Haïti. Au Québec, il poursuit actuellement une formation pour l'obtention d'une maîtrise en administration de la santé, en parallèle, il a terminé une formation pour

exercer en tant qu'infirmier auxiliaire, il exerce la fonction d'agent de sécurité et prépare les examens pour l'obtention du permis régulier. Il a réussi l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada. Il a passé l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, mais ne l'a pas réussi.

Le participant 9 est un jeune médecin pédiatre de 31 ans originaire d'El Salvador. Cela ne fait que deux ans qu'il est au Québec. Il a réussi tous les examens exigés : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada et l'ECOS. Il lui reste à passer l'examen de français de l'Office québécois de la langue française puis il doit postuler au CaRMS. Il est célibataire, n'a pas d'enfant et il est de religion catholique. Au Québec, il s'est consacré entièrement à la préparation des examens et il n'a jamais travaillé jusqu'à présent. Dans son pays d'origine, après sa spécialisation, il a travaillé pendant 3 mois dans une clinique privée.

La participante 10 est originaire du Kazakhstan. Elle a 37 ans, divorcée, avec un enfant à charge. Elle n'a pas d'appartenance religieuse et vit au Québec depuis 11 ans. Elle a suivi une formation en médecine générale à Moscou puis elle a travaillé dans son pays d'origine pendant un an et demi. Actuellement, elle travaille comme infirmière au Québec, après avoir obtenu un baccalauréat en sciences infirmières. Elle a passé avec succès l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen écrit du Québec et l'ECOS. Elle est au stade de la demande de résidence au CaRMS.

La participante 11 est une ophtalmologiste originaire du Venezuela. Âgée de 42 ans, de religion chrétienne, elle est mariée, avec un enfant à charge. Cela fait 9 ans qu'elle est installée au Québec. Après sa spécialisation, elle a travaillé en tant qu'ophtalmologiste pendant une année dans son pays d'origine, puis une autre année en Espagne. Au Québec, elle a obtenu une maîtrise en évaluation des technologies de la santé et elle poursuit actuellement des études au doctorat en bioéthique tout en travaillant comme chercheuse dans une agence gouvernementale. Elle a passé avec succès

l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada et l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Quant à l'ECOS, elle l'a passé deux fois sans succès. Malgré une intégration professionnelle réussie dans un domaine connexe, elle regrette de ne pas pouvoir pratiquer la médecine au Québec jusqu'à présent.

Le participant 12 est un jeune médecin originaire de Chine qui vit au Québec depuis seulement 2 ans et demi. Il est âgé de 30 ans, sans appartenance religieuse, marié, un enfant à charge. Il a une formation de médecin généraliste dans son pays d'origine et une expérience professionnelle de 6 années dans la santé publique, particulièrement dans la gestion des ressources humaines. Au Québec, il poursuit actuellement des études pour l'obtention d'un DESS en administration de la santé. Il a déjà travaillé occasionnellement dans une compagnie de confection dans la saisie des données. Il ne souhaite passer aucun examen pour l'accréditation, il vise plutôt une carrière dans les ressources humaines.

La participante 13 est originaire de Chine. Elle vit aussi au Québec depuis seulement 2 ans et demi. Elle est âgée de 29 ans, sans appartenance religieuse, mariée, un enfant à charge. À la suite d'une formation en médecine générale, elle a travaillé pendant 5 ans dans le domaine de la santé publique en Chine. Elle ne souhaite pas non plus passer les examens pour le permis régulier, elle s'est plutôt orientée vers une carrière en nutrition. Elle est actuellement étudiante en deuxième cycle en nutrition. Se consacrant entièrement à ses études et à sa famille, elle n'a jamais travaillé au Québec.

Le participant 14 est un jeune médecin de 31 ans originaire du Bénin. Évangélique, marié et ayant un enfant à charge, il s'est installé au Québec depuis 3 ans. Il a poursuivi des études en médecine générale dans son pays d'origine, et il y a travaillé pendant une année avec une ONG canadienne. Au Québec, il a commencé à travailler comme agent administratif dans un hôpital, puis il a eu une promotion pour occuper un poste dans la gestion du

transport au sein du même établissement. Il vient de repasser l'examen d'évaluation pour la deuxième fois, mais il n'a pas encore le résultat.

Le participant 15 est un Roumain de 30 ans, sans appartenance religieuse et vivant en couple, sans enfant. Cela fait 3 ans qu'il vit au Québec. En Roumanie, après des études en médecine générale, il s'est spécialisé en anesthésiologie-réanimation, spécialité qu'il a exercée pendant deux ans et demi. Sans emploi actuellement, il a déjà travaillé quelques jours comme cuisinier, puis une année comme coordonnateur en soins infirmiers dans un hôpital. Par la suite, après une année probatoire, il a été congédié parce qu'il n'avait pas le permis pour exercer en tant qu'infirmier. Il a réussi tous les examens exigés et il vient de faire une demande de résidence au CaRMS. En parallèle, il a passé les différents examens pour avoir le droit d'exercer aux États-Unis. Le dernier examen passé avec succès est l'examen pratique « clinical skills ».

La participante 16 est originaire de Russie. Âgée de 35 ans, sans appartenance religieuse, elle est mariée, 4 enfants et elle vit au Québec depuis 7 ans. Après des études en médecine générale à Moscou, elle a poursuivi ses études en France où elle a obtenu un DEA en santé-environnement, puis un doctorat en épidémiologie et toxicologie environnementale. À la suite d'un stage postdoctoral de 3 ans à Montréal, elle occupe actuellement un poste de professeure adjointe dans une université au Québec. Elle a passé avec succès l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Mais elle a passé l'ECOS trois fois sans succès. Malgré une intégration professionnelle réussie dans le domaine de la recherche scientifique, elle regrette de ne pas pouvoir pratiquer en tant que médecin chercheure au Québec jusqu'à présent.

Âgée de 44 ans, la participante 17 est originaire d'Algérie. Mariée, sans appartenance religieuse, elle a deux enfants et vit au Québec depuis 10 ans. Après une formation en médecine générale, elle s'est spécialisée en gynécologie obstétrique et elle a exercé pendant 10 ans en Algérie. Au

Québec, elle a obtenu un MBA en santé. Elle a déjà travaillé en tant que préposée aux bénéficiaires, puis comme coordonnatrice d'unité dans deux hôpitaux, poste qu'elle occupe jusqu'à ce jour. En ce qui concerne son cheminement dans le processus d'accréditation, elle a passé avec succès l'examen d'évaluation. Puis elle a aussi passé une fois l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, mais ne l'a pas réussi. Malgré son intégration professionnelle dans le système de santé québécois dans une profession connexe, elle regrette aussi de ne pas pouvoir pratiquer la médecine.

Le participant 18 est un médecin vénézuélien de 35 ans, marié sans enfant, de religion chrétienne et installé au Québec depuis seulement 2 années. Dans son pays d'origine, il a complété ses études en médecine générale puis il s'est spécialisé en chirurgie générale. Après une expérience professionnelle de 6 années, il est venu s'installer au Québec. Tout en passant les différents examens exigés, il a travaillé au début comme commis en photographie. Il a travaillé aussi dans la recherche médicale pendant une année en tant que bénévole. Et depuis trois mois, il travaille dans la recherche clinique dans le cadre d'un partenariat université-compagnie pharmaceutique. Il a passé avec succès l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada, l'ECOS et l'examen de français de l'Office québécois de la langue française. Il vient de faire une demande de résidence au CaRMS.

La participante 19 est une Française spécialisée en médecine de famille dans son pays d'origine. Elle détient également un DESS en psychologie. Cette participante est sans appartenance religieuse, mariée et ayant deux enfants, elle est installée au Québec depuis 3 ans. Elle a suivi une formation en massothérapie tout en passant les examens exigés pour le permis régulier. Actuellement, elle travaille en tant que massothérapeute. Elle a passé avec succès l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen

d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada et l'ECOS. Elle vient de faire une demande de résidence au CaRMS.

Le participant 20 est un médecin originaire d'Ukraine. Il vit au Québec depuis 15 ans. Il est marié, sans appartenance religieuse, mais il précise qu'il est d'origine juive. Il a 42 ans et il est père de deux enfants. Dans son pays d'origine, il a une formation en médecine générale, puis il s'est spécialisé en chirurgie générale. Mais en venant au Québec, il a refait tout le cursus médical depuis le début, puis il s'est spécialisé en radiologie. Au moment de l'entrevue, cela faisait un mois qu'il avait commencé à pratiquer en tant que radiologiste dans un hôpital à Montréal.

La participante 21 vient de la République tchèque. Elle a 39 ans, mariée et mère de deux enfants. Sans appartenance religieuse, elle vit au Québec depuis 10 ans. Dans son pays d'origine, elle a eu une formation en médecine générale et elle avait commencé une résidence en médecine interne. Après une année d'expérience professionnelle, elle est venue s'installer au Québec où elle a obtenu une maîtrise en administration de la santé. Sans emploi actuellement, mais elle a déjà travaillé comme assistante de recherche pendant une année après qu'elle ait terminé sa maîtrise. Elle a passé avec succès l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada, l'ECOS et l'examen de français de l'Office québécois de la langue française. Elle a fait une demande de résidence cela fait un an, mais elle n'a pas été jumelée. Elle vient de refaire la demande de jumelage au CaRMS cette année.

La participante 22 est d'origine libanaise. C'est une femme âgée de 43 ans, sans appartenance religieuse, mariée et mère d'un enfant. Cela fait 5 ans qu'elle est installée au Québec. Elle a fait ses études de médecine à l'université américaine du Liban puis elle s'est spécialisée en médecine de famille avec une expérience professionnelle de 7 ans au Liban. Au Québec, elle a commencé une maîtrise en administration de la santé sans la

compléter. Entre temps, elle a passé les examens exigés pour obtenir le permis régulier. Elle est actuellement médecin de famille et professeure dans cette spécialité dans une université au Québec.

6.2 Analyse descriptive

Cette section du mémoire est subdivisée en deux parties, la première est consacrée à l'analyse des barrières à l'intégration professionnelle des médecins immigrants DHCEU, la deuxième partie traite l'analyse des facteurs facilitants perçus par les participants à cette étude. De façon générale, les différentes barrières à l'intégration ainsi que les facteurs facilitants perçus par les participants aux entrevues ne semblaient pas varier en fonction du sexe ou du pays d'origine, à part les barrières linguistiques qui étaient beaucoup plus perçues par les participants hispanophones et sinophones.

6.2.1 Barrières à l'intégration

Les barrières à l'intégration professionnelle perçues par les médecins immigrants qui ont participé aux entrevues sont de nature procédurale, institutionnelle et dans une moindre mesure, socioculturelle.

6.2.1.1 Barrières procédurales

Les barrières procédurales perçues sont représentées par les barrières informationnelles, les barrières liées à la préparation et au passage des examens exigés, ainsi que les barrières liées à l'absence de garantie quant à l'octroi de poste de résidence après la réussite aux examens.

6.2.1.1.1 Barrières informationnelles

Les barrières informationnelles ont été relatées par plusieurs participants. Ces barrières ont été identifiées tout le long du cheminement des différents participants dans le processus d'intégration professionnelle. Elles peuvent être regroupées selon trois phases : avant l'arrivée au Québec, au cours du processus d'intégration de la profession médicale et après la réussite ou l'abandon de ce processus.

6.2.1.1.1 Avant l'arrivée au Québec

Deux participants se sont exprimés sur le sujet pour préciser qu'il y aurait un manque d'information à propos des différentes étapes à passer et surtout des difficultés réelles auxquelles ils devraient faire face lors de leur cheminement dans le processus d'intégration.

« Donc ils ont eu le droit de venir ici, le droit d'être résident permanent, mais quand ils sont venus ici, ils ne savaient même pas quelles sont les étapes qu'il faut suivre. Donc, peut-être un peu plus d'information avant de quitter, ça va être mieux... de la part du ministère de l'Immigration. » (Participant 5)

L'autre participant qui s'est exprimé sur le sujet a relaté un manque d'information de façon générale, mais surtout, par rapport à une barrière spécifique : les postes de résidence non garantis même après avoir réussi tous les examens exigés.

« Je pense que l'information constitue une barrière, surtout pour les médecins qui sont à l'étranger et qui pensent venir ici pour travailler et faire fortune. Parce qu'ils sont au courant de tout ça, ils ne vont pas venir ici au Canada. Et si les médecins dans leur pays... savaient qu'au Canada, il faut passer les examens et peuvent ne pas être choisis à la résidence... s'ils sont au courant de tout ce qui se passe... là, ils ne vont pas venir ! » (Participant 14)

Il faut noter que ces deux participants sont francophones, et la perception du manque d'information avant l'installation au Québec ne serait pas due à une barrière linguistique. Et même si l'information concernant les étapes à suivre est décrite dans des brochures téléchargeables sur les sites internet du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec ainsi que sur le site internet du Collège des médecins, cette information n'est pas exhaustive : c'est « l'information officielle », et beaucoup de participants ont confirmé la nécessité d'aller chercher « l'information pratique » auprès des collègues pour mieux réussir dans le processus d'intégration professionnelle.

Un autre aspect soulevé par trois autres participants est la perception que certains aspects de l'information sont occultés, par exemple par rapport à la réalité de la difficulté du cheminement dans le long processus d'accréditation.

Questionné sur l'information fournie aux médecins immigrants avant qu'ils viennent s'installer au Québec, un participant a répondu :

« ... insuffisante, c'est ça. Elle est mal faite et puis je pense qu'on cache aussi un peu la réalité... » (Participant 14)

6.2.1.1.1.2 Pendant le processus d'intégration professionnelle

C'est à cette étape que les barrières informationnelles perçues par les participants sont les plus nombreuses. La notion qui revenait souvent dans beaucoup d'entrevues était le manque d'information concernant ce sur quoi les participants allaient être évalués lors des différents examens qu'ils auront à passer pendant leur cheminement dans le processus d'intégration.

« ... ce qui n'est pas logique c'est que... on ne nous dit pas exactement sur quoi on va nous évaluer. Quand on a posé la question, on nous a sorti une série de... ce que comprenait la médecine. On sait que la médecine c'est : l'anatomie, la pathologie, la sémiologie... moquez-vous pas de moi là! » (Participante 1)

Les participants justifiaient souvent la nécessité d'avoir plus de précisions concernant ce sur quoi ils allaient être évalués, étant donné que la médecine est un domaine très vaste et que même si on leur donnait une liste assez longue des manuels à consulter pour bien se préparer aux examens, les participants précisent ne pas pouvoir mémoriser tous ces livres par cœur. L'information pratique qui leur était occultée officiellement, mais qui leur a été divulguée par des collègues est que les étudiants canadiens se préparaient à ces examens à l'aide du manuel « Toronto notes ».

« ... juste une information de base quand vous voulez passer les examens, ils vous donnent une liste des livres, mais finalement on réalise qu'ici tout le monde étudie... les étudiants d'ici étudient avec « Toronto notes ». Il n'y a jamais personne qui vous dit ça officiellement. » (Participant 21)

Plusieurs participants se sont également exprimés concernant la difficulté d'accès à des banques de questions pour mieux préparer les examens, ce qui n'est pas le cas des étudiants canadiens d'après ce que les participants ont rapporté.

« ... mais la plupart des étudiants -maintenant que je suis dans le système-... ils travaillent sur une sorte de banque de questions qui sont déjà préparées... donc ils travaillent le maximum et ça devient plus facile, alors que nous, on n'a pas accès... surtout les nouveaux immigrants n'ont pas accès... » (Participant 3)

Comme autre barrière informationnelle de type relationnel exprimée par deux participantes : le manque de courtoisie du Collège des médecins du Québec quant elles viennent chercher de l'information complémentaire.

« ... j'ai essayé de comprendre tout ça, mais je ne comprends pas cette partie. Alors, tu es insulté quand tu (rire) essayes d'avoir l'information sur un point que tu ne comprends pas et : « tout est sur le web... tout est sur les documents là-bas... » » (Participante 11)

Beaucoup de participants ont aussi exprimé le sentiment d'être livrés à eux-mêmes et certains d'entre eux auraient souhaité avoir accès à de l'information pratique pour mieux se préparer aux différents examens exigés par les différentes instances fédérales ou provinciales.

« ... un médecin immigrant qui vient ici et qui n'est pas bien informé sur la façon d'étudier, quoi étudier, peut passer des années à étudier et ne pas réussir ses examens. Il a passé du temps... beaucoup de temps à se perdre dans des ouvrages... s'il n'a pas les bonnes informations... quoi étudier, quoi préparer... je parle de l'information officielle. Ces informations pourraient aussi être officielles. » (Participant 7)

Malgré toutes ces barrières informationnelles, l'analyse de toutes les entrevues a révélé qu'il existe un changement positif qui s'est produit graduellement dans le temps concernant le facteur informationnel lors du cheminement des médecins immigrants dans le processus d'intégration professionnelle. Certains participants qui ont une durée de séjour au Québec plus longue ont même perçu ce changement. Effectivement, plusieurs participants affirment que l'information fournie aux médecins immigrants s'est améliorée dans le temps.

« ... maintenant, je crois qu'ils ont fait en 10 ans... ils ont fait un site internet avec des organigrammes où l'on peut voir les différentes étapes... » (Participante 1)

« Et bien ça moi j'avoue... c'est sûr que... il y a quand même pas mal de documentation sur internet. Alors, c'est sûr qu'il faut avoir accès à internet. Mais je trouve que sur internet il y a quand même possibilité de trouver de

l'information vraiment pertinente. Globalement, je trouve que ça se fait bien quoi. Il y a toujours des liens pour... on peut toujours télécharger des formulaires... » (Participante 19)

La disponibilité sur internet de l'information sur les différentes étapes à parcourir et à nuancer avec le besoin exprimé par certains participants à avoir de l'information complémentaire, peut être plus directe et soutenue par de l'interaction.

« ... j'ai lu le site internet et tout, oui il y a plein de choses, mais par quoi je commence? Je fais quoi maintenant? Ils ont juste besoin de quelqu'un qui leur fasse un petit coaching d'une demie-heure avec une espèce de « timeline » de fais ci, fais ça... ensuite suivi de ça... la démarche. » (Participante 17)

Concernant les séances d'information pour la préparation de l'examen ECOS (examen clinique objectif structuré du Québec), les participants qui ont assisté à des séances d'information avant l'année 2009 ont tous été insatisfaits, même ceux qui l'ont passé avec succès, comme la participante suivante :

« ... c'était organisé par... probablement par le Collège, mais c'était... oui, probablement par le Collège si je me rappelle bien. Mais tu payes pour ça et puis... à la fin du Workshop, j'ai payé 400 \$ mais je n'ai pas été satisfaite... » (Participante 22)

« ... Et bien mes démarches... moi j'ai eu tout de suite mon MCC I... et ça fait trois fois que je passe l'ECOS, je n'arrive pas à le passer bien que j'enseigne à l'université ! Je suis professeure dans mon département, je suis chercheure et je ne pense pas que je sois la personne la pire préparée. Mais visiblement il y a un décalage dans les attentes. Cet examen ECOS... je ne comprends pas les règles... » (Participante 16)

L'analyse des entrevues a aussi révélé que la perception de l'information concernant l'examen ECOS s'est récemment améliorée également. Les participants au dernier atelier de préparation à l'examen ECOS par le CESSUL semblent satisfaits de l'information fournie lors de cet atelier (année 2009).

« ... c'était aussi une formation alors payante ... assez chère quand même, mais que moi j'ai faite et que j'ai trouvée très bien. Parce qu'en fait, on avait une matinée où vraiment on nous a expliqué en fait quel était... qu'est ce qu'on attendait... le but de l'examen. Ça nous a aidés à mieux comprendre

qu'est ce qu'on attendait de nous. Et l'après-midi, on avait en fait comme des ECOS... un entraînement pour les ECOS. Donc vraiment une mise en situation comme le jour même. Et ça, moi je pense que... moi si je n'avais pas fait ça, j'aurai... je ne l'aurai pas réussi. » (Participante 19)

6.2.1.1.1.3 Après la réussite ou l'abandon du processus d'intégration

À cette étape, ce qui a été perçu par certains participants, c'est surtout le manque d'informations pertinentes à propos des alternatives possibles, en cas d'échec dans le processus d'intégration.

« À mon avis, ça doit être une personne qui connaît vraiment bien toutes les possibilités et qui soit plus personnalisée... connaître ton cas et... ok... donc (...). Tous les cas sont différents vraiment... et connaître les cas, quelles sont les possibilités et même au début s'il n'y aucune possibilité, ou moins que tu fasses ça... ça... ça. Si tu ne réussis pas à faire ça, tu pourrais faire ça... » (Participante 11)

Et même en cas de réussite dans le processus d'intégration de la profession médicale, les médecins immigrants peuvent encore faire face à d'autres barrières informationnelles. L'information recherchée concernera alors les éléments clés pour élaborer un plan de carrière dans le système de santé au Québec. Ces informations leur permettront de planifier un cheminement professionnel conforme aux exigences du milieu et adapté aux souhaits des participants.

« ... aussi la possibilité d'entrer dans le système académique dans le cas de mon mari a été un peu difficile... qu'est ce que je dois faire pour avoir un poste comme médecin dans le système académique comme professeur? Ce type d'information il faut le chercher, mais... » (Participante 11)

6.2.1.1.2 Barrières liées aux examens exigés

Cette étape est cruciale dans la procédure que doivent suivre les médecins immigrants. Ils doivent réussir tous les examens exigés pour qu'ils puissent postuler pour une résidence dans une spécialité. Parmi les vingt-deux participants, deux médecins immigrants originaires de Chine n'ont souhaité passer aucun examen. Ils ne voulaient pas suivre ce cheminement. Ils ont plutôt pris la décision d'une réorientation de carrière en s'inscrivant à des

études au Québec, l'un deux dans l'administration de la santé et l'autre en nutrition. Ils ont justifié leur décision par le fait que même dans leur pays d'origine, ils occupaient des postes administratifs dans les ressources humaines et ils n'ont pas travaillé en tant que praticiens. Pour les autres participants, ceux qui ont passé et réussi tous les examens exigés ont mis au minimum 2 ans, certains d'entre eux, il leur a fallu une dizaine d'années. Mais il faut noter qu'ils n'ont pas tous entamé la procédure dès leur arrivée au Québec. Ceux d'entre eux qui ont mis le minimum de temps (moins de 3 ans) pour réussir tous les examens sont jeunes (moins de 35 ans) et ils ont entamé la procédure peu de temps après avoir eu leur diplôme dans leur pays d'origine.

Les barrières perçues par les participants à cette étape de leur cheminement dans le processus d'intégration professionnelle sont liées à la préparation même des examens ainsi qu'au mode d'évaluation. Ces barrières perçues peuvent aussi dépendre de la séquence chronologique des différents examens exigés par le Collège des médecins du Québec ou bien par le Conseil médical du Canada. Certains participants ont également exprimé la perception de barrières en rapport avec certaines exigences particulières du processus d'intégration professionnelle.

6.2.1.1.2.1 Barrières liées à la préparation des examens

Certains participants se sont exprimés à propos du temps qu'ils passent ici au Québec en dehors du système de santé sans pratiquer et même s'ils se préparaient consciencieusement pour les examens en étudiant, ils étaient désavantagés par rapport aux étudiants canadiens qui passaient les mêmes examens tout en étant dans le système. Il faut savoir que certains médecins immigrants passent de longues années au Québec en dehors du système sans pratiquer. Sept participants parmi les vingt-deux n'ont pas pratiqué la médecine pendant 7 ans et plus.

« ... surtout que ça dure pendant un certain temps, ils n'arrivent pas à... ils ne voient pas de malades... d'accord, ils sont toujours en train d'étudier, mais le fait d'être éloigné un peu du milieu, c'est un problème et ils pensent qu'ils

ne peuvent pas être comparés à ceux ... par exemple aux étudiants d'ici qui sont en même temps en phase d'apprentissage et en même temps au contact des malades? » (Participant 8)

La deuxième barrière évoquée est la différence entre la spécialité exercée dans le pays d'origine du médecin immigrant et les exigences de certains examens, surtout pour les participants qui ont beaucoup d'années de pratique derrière eux dans leur pays d'origine. Ce qui peut paraître un peu paradoxal, à savoir : les médecins spécialistes qui ont beaucoup d'années d'expérience dans leur pays pourraient avoir plus de difficulté à intégrer le système de santé au Québec.

« ... moi je suis quelqu'un qui a fini en 1989. J'ai fait de la spécialisation... mais de revenir à de la médecine générale, à de la physio... c'était loin. Donc je trouvais que l'examen d'évaluation était dur, j'ai pris des cours de Kaplan de l'université américaine et tout ça... » (Participante 17)

Mais cela n'empêche pas certains participants de s'exprimer d'une façon plutôt positive à propos des examens exigés, en affirmant que le fait de se préparer aux examens, cela leur permet de réviser des notions de base, même celles qui remontent loin dans leur cursus universitaire. Cela leur permet ainsi, d'être de meilleurs praticiens dans le futur.

« L'élément positif c'est l'étude. Quand tu prends un examen, tu étudies... tu revoies ce que tu as appris et tu combles des lacunes. Ça, je pense que c'est un élément positif. Je pense que même si ça fait 3 ans depuis que je suis ici, je n'ai pas vu de malade... mais je pense que je suis un meilleur médecin par rapport aux connaissances que j'ai acquises en étudiant... en préparant. Là, ça s'améliore... tu augmentes ton bagage théorique qui va sûrement t'aider et je pense que c'est quelque chose qui n'est pas négligeable. » (Participant 8)

Beaucoup de participants ont perçu comme barrière majeure, la difficulté d'accès à de la documentation, aux manuels et à des banques de questions pour préparer leurs examens. Il y en a même qui auraient souhaité avoir accès aux notes de cours des étudiants canadiens pour préparer leur examen.

« ... Alors, nous, on demande : comment on peut faire cet examen d'évaluation? On nous dit : eh bien écoutez... allez regarder les manuels... On va trouver où ces manuels? Ça, c'est votre problème, madame. Ça s'arrêtait là. Moi, j'étais partie à l'Université de Montréal... à la faculté de médecine... et là il fallait tout simplement faire tous les départements... demander l'autorisation à tous les chefs de service pour avoir les... les notes... parce que l'on n'avait pas accès aux codex... C'est terrible... » (Participante 1)

Certaines autres barrières perçues lors de la préparation des examens exigés sont plutôt liées à des facteurs personnels : il s'agit des facteurs familiaux tels que la situation familiale, les enfants à charge, ainsi que les aptitudes linguistiques, la motivation, les autres formations faites en parallèle à la préparation des examens, les ressources financières personnelles. Ces facteurs personnels, selon la situation de chacun des participants, vont soit faciliter, soit rendre plus astreignante cette étape de préparation et de passage des examens.

6.2.1.1.2 Barrières liées au mode d'évaluation

Si la plupart des participants ne contestent pas la nécessité de passer des examens pour pouvoir accéder à un poste en résidence, certains d'entre eux jugent le mode d'évaluation inadapté aux médecins immigrants, surtout pour ceux d'entre eux qui ont beaucoup d'années d'expérience dans leur pays d'origine. Ils expliquent que ce mode d'évaluation ne prend pas en considération l'expérience qu'ils sont parvenus à acquérir au fil des ans avant qu'ils viennent s'installer au Québec.

« ... la deuxième barrière c'est... c'est la difficulté de prendre en considération quand même le bagage et les années d'expérience qu'on peut avoir... c'est comme si on n'a jamais fait d'études... beaucoup de monde reprend un peu de zéro! » (Participant 3)

« ... donc, on vient avec nos acquis pour être jugés sur d'autres bases! D'autres barèmes! C'est perdu d'avance... » (Participante 1)

Un participant originaire du Bénin a évoqué le fait qu'il n'était pas habitué dans son pays d'origine aux mêmes types de questions, et qu'il était plus à l'aise avec des questions à développement. Ce serait donc une différence de culture par rapport à l'évaluation académique qui constituerait en quelque

sorte une barrière, ce qui n'empêche pas malgré tout les médecins immigrants de s'adapter aux nouvelles exigences.

« ... Les examens... comme ça se passe généralement en Amérique du Nord, parce que le Canada et les États-Unis ont presque le même style de questions... c'est vraiment très différent de la médecine ailleurs. Parce qu'en Afrique on était habitué à des questions rédactionnelles... ce n'est pas seulement des questions de jugement. On évaluait beaucoup plus nos connaissances... notre bagage... » (Participant 14)

Même une participante qui est actuellement professeure dans une faculté de médecine au Canada a émis des réserves quant au système d'évaluation. Pourtant, non seulement elle a passé avec succès tous les examens exigés, elle est en plus professeure.

« ... l'examen, c'est une façon d'évaluer, mais ce n'est pas... probablement ce n'est pas la meilleure chose et puis... donc il y a des gens qui sont très bons... qui ne peuvent pas passer l'examen. » (Participante 22)

6.2.1.1.2.3 Barrières liées à la séquence chronologique des examens

Même si deux participants ont pu réussir tous les examens requis en moins de deux ans et demi, tous les autres participants ont mis au moins 3 ans pour finaliser cette étape. Cela explique pourquoi beaucoup d'entre eux jugent que le temps nécessaire pour passer à travers tout le processus est très long.

« ... puis c'est le temps : tout le processus c'est une lutte contre le temps parce que tu ne peux pas faire... quand je suis venu ici j'étais capable de prendre mes examens tout de suite, mais le processus d'entrée pour les examens prend beaucoup de temps parce que premièrement tu dois t'inscrire avec le registre de compétence des médecins du Canada, il te fait vérifier les documents et tout ça... » (Participant 15)

« ... moi je trouve que c'est très long. Je pense que c'est faisable. C'est... il y a un processus qui existe qui fait que... éventuellement c'est accessible. Mais moi ce qui me frappe, c'est la lenteur, la durée que prennent toutes les démarches, tous les examens qu'il faut passer pour arriver à pratiquer son métier ici. » (Participante 19)

Pour ce qui est de l'espacement dans le temps des différents examens, certains participants ont jugé que c'était approprié et que ça leur permettait de se préparer convenablement à l'examen suivant, d'autres ont trouvé le

temps d'attente trop long et auraient souhaité passer l'examen suivant sans avoir à attendre aussi longtemps.

Mais d'une façon générale, le temps semble constituer une véritable barrière pour les médecins immigrants qui souhaitent intégrer la profession médicale au Québec. Jusqu'à présent, le temps minimum requis pour passer tous les examens est de 2,5 à 3 ans. Quand on sait que souvent, ils sont en dehors du système de santé, ils ne pratiquent pas pendant toutes ces années. Certains d'entre eux passent la majeure partie du temps à préparer les examens exigés. La préparation et le passage des examens pourraient être éventuellement faits – ou du moins débutés – avant leur immigration et avant leur installation au Québec, mais cela n'est pas toujours envisageable. En effet, seulement deux participants parmi les 22 médecins immigrants qui ont participé à cette étude ont entamé les démarches avant leur installation au Québec. Le rapprochement géographique de leur pays d'origine a probablement facilité cela puisque ces deux participants sont originaires de l'Amérique latine. Ils ont pu faire les premières démarches et même passer les premiers examens avant même de venir s'installer au Québec.

6.2.1.1.3 Barrières liées à la résidence en médecine

La barrière la plus importante évoquée par la majorité des participants est l'absence de garantie d'obtention d'un poste de résidence même après que le médecin immigrant ait réussi tous les examens qui ont été exigés soit par le Collège des médecins du Québec, soit par le Conseil médical du Canada.

« ... Le problème réside surtout par le fait que tu n'as aucune garantie... même si tu réussis tous les examens du CMQ ou encore du Conseil médical du Canada qui sont des examens que les étudiants d'ici passent, tu n'as aucune garantie que tu auras une place en résidence, d'où la plus grande difficulté. » (Participant 8)

À part les deux participants originaires de Chine qui ne se sont pas prononcés sur le sujet et la participante originaire du Liban qui s'est exprimée différemment sur la question, presque tous les autres participants ont perçu l'absence de garantie d'avoir un poste en résidence en fin de leur

cheminement du long processus d'intégration comme la plus importante barrière.

Les deux participants originaires de Chine ne se sont pas exprimés sur le sujet, probablement car ils ne souhaitent pas pratiquer au Québec en tant que médecins. Ils ont pris la décision de réorienter leur carrière l'un en administration de la santé et le deuxième en nutrition.

La participante originaire du Liban avait un avis différent sur le sujet du fait qu'elle est professeure dans une faculté de médecine. Pour elle, si des places de résidence sont restées vacantes et qu'elles n'ont pas été octroyées à des médecins immigrants qui ont passé tous les examens exigés avec succès, c'est que ces médecins immigrants ne remplissaient pas les critères exigés par l'université.

« ... parce qu'ils n'ont pas trouvé les candidats... l'université, elle fait une entrevue avec un candidat, il doit avoir des critères et puis... » (Participante 22)

Le seul participant originaire de l'Ukraine qui a refait toute sa médecine au Québec, depuis le début, ne s'est pas exprimé sur le sujet probablement parce qu'ayant refait les études depuis la première année de médecine, il a parcouru le cheminement normal d'un étudiant canadien et n'a pas perçu de barrière à ce niveau.

Parmi les 22 participants, un médecin immigrant n'a effectivement pas eu de poste de résidence il y a une année, malgré qu'elle ait réussi tous les examens. Il s'agit de la participante originaire de la République tchèque. À l'entrevue, elle a eu comme justificatif le fait qu'elle n'avait pas d'expérience clinique récente pertinente.

« ... oui, j'ai fait une demande parce que... j'ai fait une demande l'année dernière, mais je n'ai pas été jumelée à un poste de résidence... c'est ça... ils sont supposés nous accepter parce qu'il faut arriver à... à l'entrevue ou... je veux dire, une fois que je vais demander d'être jumelée, là j'ai appris que finalement je n'ai pas une expérience clinique récente puis pertinente... heu, j'ai quand même essayé parce que... ça fait 10 ans que je suis ici... » (Participante 21)

Certains participants ont évoqué des explications possibles à la situation des postes vacants en résidence dans les facultés de médecine au Québec : comme le fait que certaines spécialités sont contingentées, des raisons budgétaires ou qu'il fallait peut-être fournir plus d'efforts pour encadrer les médecins immigrants. Mais même si beaucoup de participants ont essayé de trouver des explications à cette situation, il subsiste de l'incompréhension et un sentiment d'injustice qui confirment l'importance de cette barrière.

*« ... on ne peut pas mettre 6 années d'études de la personne qui vient d'un autre pays plus des années ici de mise à niveau, plus les examens et tout ça pour que la personne finissent à la maison à ne rien faire. Ou décide après avoir eu tous ses examens, elle n'est pas acceptée pour une résidence, elle décide je ne sais pas moi d'aller vendre des chaussettes ou d'aller... »
(Participante 17)*

« ... Qu'est-ce que ça veut dire? Le Collège des médecins du Québec... ils ne reconnaissent pas eux-mêmes leurs examens? Parce que tu as passé tous leurs examens mais tu ne prends pas une place. » (Participant 6)

Il faut noter que l'incompréhension de cette situation est partagée même par les deux participants qui ont été acceptés dans des postes de résidence au moment des entrevues, car ils savaient pertinemment que beaucoup de leurs collègues médecins immigrants n'ont pas eu cette chance. L'un deux s'est exprimé en disant :

*« ... on arrive à un problème... c'est que j'ai dit... de l'incompréhension : quand un médecin... le Collège des médecins du Québec et le Conseil médical du Canada reconnaissent la valeur de son diplôme... pourquoi, les universités ne peuvent pas lui donner une place? Pourquoi il y a des places en résidence qui sont restées libres dans la plupart des spécialités? »
(Participant 4)*

À part la problématique des postes vacants non octroyés à des médecins immigrants qui ont validé tous leurs examens, certains participants ont relaté des barrières pendant la période de résidence dans une spécialité médicale. Certains participants ont même mentionné quelques situations où des médecins immigrants qu'ils connaissaient ont pu avoir des postes en résidence mais n'ont pas pu arriver à terme de leur résidence. Certains d'entre eux ont même spécifié qu'il pourrait y avoir plus de pression exercée sur les résidents immigrants DHCEU.

« ... fin du combat? Je ne suis pas porté à dire ça. Je suis porté à dire que la fin du combat finit après la résidence. Tant que tu n'as pas fini la résidence, c'est encore une lutte et... très difficile... » (Participant 8)

6.2.1.1.4 Barrières à la pratique

La majorité des participants qui se sont exprimés sur ce sujet ont perçu qu'il n'y avait pas de barrière à la pratique, une fois que le médecin immigrant termine sa résidence. Certains d'entre eux reconnaissent quand même qu'ils ne sont pas encore arrivés à un stade où ils peuvent juger. Il faut rappeler que parmi les 22 participants, il y a seulement deux médecins immigrants qui ont un permis régulier pour exercer la médecine au Québec.

Le participant d'origine ukrainienne qui a pratiquement refait toute la médecine au Québec, en plus de la spécialité en radiologie, considère qu'il ne peut pas être comparé à un médecin immigrant qui a suivi un autre cheminement à travers les examens et la résidence. Il exerce actuellement en tant que spécialiste dans un hôpital au Québec et dans son entrevue, il n'a pas mentionné de barrière à la pratique.

« ... je ne peux pas dire vraiment. Moi, je suis comme tout le monde. J'ai un diplôme en radiologie, j'ai fait ma résidence à (...), j'ai fait un « fellowship » à (...). Moi, je ne suis pas comme un médecin immigrant. J'ai été médecin, mais, j'ai gagné tous les diplômes, j'ai gagné tous les diplômes en Amérique du Nord... » (Participant 20)

La participante d'origine libanaise a perçu quant à elle, une barrière à la pratique au Québec en rapport avec les PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) qui oblige les médecins à pratiquer dans une région spécifique en fonction de la sélection qui se fait en amont. Elle considère que la médecine est une profession libérale et que le praticien devrait avoir le droit d'exercer là où il le souhaite dans la province. Cependant, elle reconnaît que les PREM ne représentent pas une barrière à la pratique spécifique aux médecins immigrants, puisque tous les médecins sont assujettis au même système.

« ... ça, c'est une profession libérale et ce processus ne laisse pas de liberté (...). Par contre, beaucoup de médecins quittent le Québec à cause de ce processus. Ils vont en Ontario, en Alberta... » (Participante 20)

La participante d'origine vénézuélienne a perçu une barrière à la pratique à travers l'expérience personnelle de son conjoint. Elle s'est exprimée sur ce que l'on pourrait qualifier de compétition pour des postes avec les médecins canadiens. Elle a même qualifié cela de discriminatoire :

*« ... oui, c'est ça, pour lui la discrimination avec les autres médecins... c'était vraiment difficile avec ses collègues même s'il a réussi... »
(Participante 11)*

De façon générale, l'analyse globale de la réponse de chacun des participants permet de dire que pour la plupart des participants qui sont encore au stade de la préparation et du passage des examens exigés ainsi que ceux qui sont à la demande de jumelage pour un poste en résidence dans une université canadienne, ils perçoivent la difficulté d'avoir accès à un poste en résidence comme la principale barrière. Ils considèrent qu'une fois cette barrière franchie, la poursuite du processus sera semblable à celle de tout autre étudiant. Les participants qui ont franchi cette étape ou dont les proches sont arrivés à pratiquer ont une perception un peu différente et ont perçu certaines barrières à la pratique.

6.2.1.1.5 Autres barrières procédurales

Certaines exigences particulières de la procédure représentent des barrières supplémentaires à l'intégration professionnelle de certains médecins immigrants. C'est le cas d'une participante qui était installée au Québec depuis 6 ans quand elle a voulu faire une demande pour le permis restrictif. Mais n'ayant pas pratiqué tout ce temps là, elle n'a pas pu faire sa demande, car selon ce qu'elle a rapporté dans l'entrevue, elle aurait dû avoir pratiqué dans les 12 derniers mois.

*« J'ai vraiment trouvé qu'il y avait une notion de... c'était inéquitable... il y avait un problème... on arrive en 2004 ou 2005 et on dit : oui le permis restrictif ça marche, surtout si vous avez une spécialité sauf que vous devez avoir pratiqué dans les 12 derniers mois. Je suis là depuis 6 ans ! Je fais comment? Ce n'est pas équitable pour les... ils auraient peut-être dû dire... »
(Participante 17)*

Le participant 2 et la participante 19 se sont exprimés à propos d'un autre facteur qui pourrait constituer une autre exigence particulière, ou du moins représenter un point négatif dans leur dossier de candidature pour un éventuel poste en résidence : le temps passé sans pratiquer la médecine. En effet, pendant au moins trois ans qu'ils ont passés à préparer les examens, les médecins immigrants ne vont pas pouvoir pratiquer.

« ... il y a des gens en fait qui n'ont pas pratiqué la médecine pendant plus de 4 ans par exemple parce qu'il a fallu le temps de faire tous ces examens, etc. Et là on leur renvoie comme facteur de... comment dire... un peu péjoratif pour eux que... ils n'ont pas pratiqué depuis trop longtemps et que donc c'est quelque chose qui peut être négatif dans leur dossier pour avoir un accès aux postes de résidence. (Participante 19)

« ... je suis en train de faire le tout dernier examen clinique. Mais, quand j'ai terminé, on va me demander de l'expérience canadienne, on va voir que j'ai passé beaucoup d'années sans travailler... ça va être encore plus difficile. Et pourtant, à ce niveau, on devait normalement nous aider à ne fut-ce que... faire des stages dans les hôpitaux locaux. Et après, entrer facilement dans la formation après avoir terminé les examens. » (Participant 2)

Une autre barrière a été rapportée par trois participants : le changement des conditions d'accès ou bien la modification de certaines exigences du processus dans le temps suite au changement du règlement. La modification des critères exigés les rend parfois inadmissibles à certaines étapes alors qu'ils se sont préparés à suivre ce cheminement peu de temps avant.

« ... ça, c'est l'autre chose qui est vraiment une barrière (rire) : les choses qui sont possibles pour cette année ne le sont pas pour l'année prochaine ! » (Participant 11)

« ... donc avec l'aide du ministère de l'Immigration, le Collège des médecins du Québec pouvait donner une aide de 5000 ou 6000 \$ pour que tu puisses payer le stage d'évaluation qui se fait dans un hôpital. C'était extraordinaire, mais quand j'ai passé l'examen, la loi qui disait qu'on pouvait entreprendre cette démarche a été changée. Moi je devais avoir dans les 2 dernières années un an de pratique. Donc, je n'ai pas pu profiter de cette... » (Participant 5)

6.2.1.2 Barrières institutionnelles

Certaines institutions du Québec ont été elles-mêmes été désignées et perçues en tant que barrière à l'intégration professionnelle par la majorité des participants. Il s'agit du Collège des médecins du Québec, les universités et

les facultés de médecine, ainsi que le gouvernement. Parfois, les participants désignaient tout le système, dans sa globalité comme barrière à leur intégration professionnelle.

6.2.1.2.1 Le Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins a été clairement perçu par au moins cinq participants comme une barrière à l'intégration des médecins immigrants. L'un des participants a évoqué un manque de volonté de la part du Collège des médecins pour aider les professionnels immigrants à intégrer le système de santé au Québec.

« ... Je pense que... je ne sais pas si c'est de la discrimination ou si c'est un manque de volonté politique pour faire quelque chose pour les médecins immigrants. Et ce n'est pas un manque de volonté de la part des médecins qui sont dans le système... je pense que c'est un manque de volonté politique de la part du Collège des médecins. » (Participant 15)

Une autre participante s'est exprimée sur le sujet de façon plus intense, ce qui laisserait comprendre que pour cette participante, le Collège des médecins représente une barrière importante.

« ... Non, mais sérieusement... et bien moi, je vais vous dire ce que je dis toujours : c'est le lobbysme du Collège des médecins... on dirait que c'est un ennemi de tous les médecins étrangers... zéro aide... zéro sympathie... zéro gentillesse. » (Participante 1)

Parfois, c'est l'aspect relationnel ainsi que la communication qui ne se font pas de la façon qu'auraient souhaitée les médecins immigrants.

« ... alors, tu vas aller au Collège, tu trouves les sessions d'information et c'est vraiment (...). Je pense que même... ça manque un peu de politesse... c'est pas poli... la façon comment les médecins étaient abordés de la part du Collège des médecins. Ça pourrait être un peu plus accueillant, beaucoup plus facile... voici les opportunités... » (Participante 11)

Le manque de transparence du Collège des médecins a aussi été évoqué par une participante quand elle s'est exprimée à propos des notes des examens qu'elle n'a pas pu avoir.

« ... il y a un manque de transparence... du Collège des médecins... eh bien ils ne donnent pas les notes... donc on ne peut jamais savoir est-ce qu'on se

trouvait à côté de la réussite ou très bas sur... donc au fait pour se repérer pour les examens futurs quoi... » (Participante 16)

Le Collège des médecins est donc perçu par certains participants comme une barrière soit à travers cette institution même, ou bien à travers les aspects relationnels ou informationnels que pourrait avoir le Collège avec les médecins immigrants tout le long de leur cheminement dans le processus d'accréditation.

6.2.1.2.2 Les universités

La deuxième institution à être perçue comme une barrière à l'intégration professionnelle des médecins immigrants est l'université. Que ce soit pour l'octroi de poste en résidence ou pour ceux parmi les participants qui auraient souhaité refaire toute la médecine, mais qui n'ont pas été admis, l'université a été perçue comme une réelle barrière. Tous les participants se sont exprimés sur les postes de résidence vacants qui n'ont pas été octroyés à des médecins immigrants malgré le fait qu'ils avaient réussi tous les examens exigés. Dans le même contexte, une participante a fait sa demande de résidence dans le cadre du CaRMS mais n'a pas été jumelée l'année passée. Une autre participante a évoqué le fait que les médecins immigrants pouvaient faire beaucoup d'efforts et s'investir dans le processus, pour s'apercevoir que l'université pouvait ne pas octroyer de place de résidence et représenter ainsi, une barrière à leur progression dans le processus d'accréditation.

« ... le monde investit beaucoup d'énergie, beaucoup de temps et puis finalement vous arrivez à la fin au bout de 2 ans à 3 ans... et puis... réalisez que finalement les universités ne sont pas ouvertes et puis il n'y a rien qui... » (Participante 21)

« ... donc, moi je pense que le problème c'est au niveau des universités qui ne sont pas prêtes à fournir un effort supplémentaire pour aider ces immigrants à s'intégrer... » (Participant 3)

« ... c'est les universités c'est elles qui acceptent et c'est elles qui font... et c'est elles qui créent la perception... c'est elles qui évaluent. Donc c'est vraiment les universités qui doivent être prêtes à accepter cette clientèle... » (Participante 16)

6.2.1.2.3 Le gouvernement

Le gouvernement a été la troisième institution perçue par certains participants comme une barrière à leur intégration professionnelle. L'absence de volonté politique d'intégrer les médecins immigrants a souvent été évoquée ainsi que l'insuffisance des mesures prises pour faciliter cette intégration. Parfois, en parlant de manque de volonté politique, les participants faisaient référence au Collège des médecins du Québec, ou de façon plus générale, au système dans sa globalité. Cependant, le gouvernement n'a pas été épargné.

« ... à mon avis, le gouvernement ne veut pas qu'il y ait beaucoup de médecins étrangers... devenir médecins ici, parce que c'est le système très « tight », le système vraiment très fermé... fermé pour les immigrants. En même temps, le système veut maintenir le niveau de qualité et protéger les patients... » (Participant 20)

« ... donc comme vous le voyez, il n'y a vraiment pas de bonne volonté pour nous aider à intégrer le monde médical et à pratiquer. » (Participant 2)

Un des participants s'est exprimé en affirmant qu'au-delà des exigences politiques, il aurait souhaité percevoir que l'on ait besoin des médecins immigrants.

« ... il faudrait faire... montrer aux médecins immigrants que ce n'est pas politiquement qu'on veut les intégrer, mais qu'on a besoin vraiment d'eux. Donc, ce n'est pas exemple... je te donne quelque chose si tu le prends c'est bien, et si tu ne le prends pas c'est mieux! » (Participant 7)

Même certaines mesures prises peuvent ne pas être perçues comme une réelle volonté politique de la part du gouvernement pour intégrer les médecins immigrants, mais plutôt comme des manœuvres politiques.

« ... Alors... à mon avis... ce n'est pas vrai qu'ils voulaient vraiment que les immigrants... que les médecins immigrants s'intègrent... de la part du gouvernement » (Participant 11)

6.2.1.2.4 Le système

Pour désigner l'ensemble des institutions qu'ils perçoivent comme barrières, les participants se sont exprimés à propos de système. Le manque de coordination entre les différentes instances a souvent été évoqué : Collège des médecins, universités et gouvernement. Ainsi, comme exemple, les

médecins immigrants peuvent réussir tous les examens exigés par le Collège des médecins du Québec, mais l'université ne leur octroie pas de poste de résidence, ce qui les empêche de continuer leur cheminement dans le processus d'intégration professionnelle au Québec.

« ... le problème que j'ai remarqué, c'est qu'il n'y a pas d'intégration... on peut dire ça comme ça. Il n'y a pas de cohésion entre les attitudes du Collège des médecins, de l'université, du Ministère de la Santé. (Participant 3)

Parfois, ne pouvant désigner une institution en particulier, certains participants parlent du système dans sa globalité comme une barrière à leur intégration professionnelle. Certains faisaient allusion au système de santé, mais parfois c'était le système plus global qui était pointé du doigt : le Collège des médecins, les universités, le gouvernement... etc.

« ... oui absolument par tous... gouvernementaux, le Collège des médecins... bref, c'est les trois acteurs principaux : le gouvernement, le CMQ et puis les universités. » (Participant 8)

« ... peut-être le fait qu'on ne pourrait pas mettre le doigt sur aucun des... des... gouvernement... parce que tu ne sais même pas qui est responsable. Alors, tu te dis le Collège des médecins? Oui pour moi il ne fait pas le travail. Est-ce que le gouvernement ne le fait pas? Le système de santé? » (Participant 11)

« ... Moi, je pense... en fait, il y a de la volonté de la part de tous, mais chaque... c'est comme une patate chaude, chacun donne à l'autre, ce n'est pas ma faute... c'est la faute des autres. Donc en fait, moi comme je vois ce problème... tous, le gouvernement... les universités... » (Participant 6)

Les participants se sont souvent exprimés à propos de la barrière d'accès à l'emploi au système de santé. Certains participants, malgré le fait d'avoir poursuivi d'autres études universitaires au Québec cette fois dans d'autres domaines connexes, n'ont pas pu intégrer le système de santé.

« ... je sens que le système de santé n'accorde vraiment aucune importance aux... je dirais... à cette main-d'œuvre là qui existe et qu'on pourrait peut-être utiliser : les médecins immigrants. Je pense que vraiment on se sent délaissé par le système. Il n'y a aucune procédure réelle qui montre une volonté d'utiliser ces médecins immigrants qui sont là. » (Participant 8)

6.2.1.3 Barrières socioculturelles

Bien que les barrières culturelles semblent jouer un rôle mineur pour beaucoup de participants, certaines d'entre elles ont pu être identifiées : il s'agit de la différence culturelle entre le pays d'accueil et le pays d'origine, les facteurs discriminatoires pouvant être perçus, les facteurs religieux, ainsi que le changement de statut social du médecin immigrant suite à son installation au Québec et à l'absence de reconnaissance de sa formation médicale tant qu'il n'a pas cheminé le long de la procédure d'accréditation.

6.2.1.3.1 Différence culturelle

La différence culturelle entre le pays d'origine du médecin immigrant et le pays d'accueil n'est pas perçue comme une barrière pour presque tous les participants. Ils évoquent pour cela les aptitudes des médecins suite à leur formation d'être au service des citoyens quelle que soit leur origine ethnique ou socioculturelle.

« ... je ne pense pas que ça devrait poser un problème... en tant que médecin parce que... oui... parce que le médecin normalement, on lui apprend à être au service de l'autre... je ne pense pas que sa culture pourrait... » (Participant 14)

Pour expliquer le fait que la différence culturelle ne représentait pas selon eux une réelle barrière, certains participants ont évoqué la multi-culturalité des ressources humaines du système de santé au Québec ainsi que la diversité culturelle de la société civile.

« ... enfin, j'ai eu l'impression qu'à l'hôpital il y avait une grande diversité dans le personnel hospitalier et que ça avait l'air de bien fonctionner. D'ailleurs par rapport à la France, j'ai trouvé que ça fonctionnait beaucoup mieux. » (Participante 19)

Parmi les vingt-deux participants, seulement deux d'entre eux ont estimé que la barrière culturelle était importante. Il faut ici prendre en considération que le premier participant est le médecin originaire de Chine. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la différence culturelle est peut-être plus prononcée et l'adaptation nécessaire dans une telle situation pourrait nécessiter un effort plus soutenu.

« ... donc en Chine il y a beaucoup de jeunes étudiants en médecine... ils vont immigrer ici, mais quand nous arrivons ici, je pense que ce n'est pas facile... il faut changer de culture, il faut obtenir un diplôme local... » (Participant 12)

La deuxième participante qui trouve que le facteur culturel à prendre en considération est la participante originaire du Liban. De par son statut de professeure dans une faculté de médecine, elle s'est exprimée sur la nécessité de prendre en considération le contexte et l'environnement socioculturel du patient.

« ... oui, ça, c'est un facteur, c'est pour cela maintenant partout dans le... aux États-Unis et probablement ça va venir ici, il y' a ce qu'on appelle la... cultural competency in medical care, c'est-à-dire comme... ça s'applique pour tout le monde, pour les gens d'ici et pour les gens d'ailleurs. Parce que la personne elle-même est tellement complexe et on ne traite pas la maladie, on traite des personnes... on doit mettre la personne dans son contexte. » (Participante 22)

Certains participants affirmaient que la différence culturelle serait facilement surmontable par les médecins immigrants et que dans le cadre de la résidence, ils pouvaient avoir un enseignement qui leur permettrait de mieux appréhender la culture du pays d'accueil et de prendre en considération le contexte socioculturel de leurs patients.

« ... selon moi, personnellement... côté culturel... ça, ce n'est pas beaucoup de problèmes. Parce que, même avant d'entrer en pratique, on peut effectivement nous roder... nous donner quelques séances pour nous dire comment du point de vue culturel, au Canada, les gens pensent... les gens, comment ils veulent être traités, comment ils veulent qu'on leur parle, qu'on les touche... ça, ce n'est pas un grand problème. » (Participant 2)

Questionnés sur les éventuelles barrières à l'intégration professionnelle en lien avec les différences culturelles, certains médecins immigrants ont spontanément parlé des différences de culture en le pays d'accueil et le pays d'origine, d'autres répondants ont plutôt relaté les différences de culture des milieux médicaux respectifs. Voici deux exemples de ce que deux participants pensent à propos des différences culturelles entre les milieux médicaux :

« Bien sûr, ... c'est évident... c'est ça le problème. La différence culturelle, ici on fait des médecins... c'est des gens qui sont capables d'aborder un patient dès la première année de médecine et partout dans les pays européens ce n'est pas ça la philosophie. » (Participante 16)

« Je pense que la chose la plus difficile pour intégrer un médecin ici c'est la façon... comment on pratique la médecine? Dans mon pays par exemple, c'est différent, on ne peut pas... les patients sont très dépendants des médecins. On donne aux patients les numéros de téléphone chez nous... ce sont des choses... ça reste difficile quand le médecin étranger doit intégrer le système. » (Participant 18)

6.2.1.3.2 Facteurs discriminatoires

Dix participants n'ont perçu aucune discrimination, et l'un d'eux a précisé que cela ne le concernait pas et que ça pouvait peut-être affecter d'autres collègues médecins immigrants. Cinq participants se sont exprimés en affirmant avoir perçu de la discrimination, l'un d'entre eux a précisé que c'était beaucoup plus au niveau de la recherche d'emploi.

« ... pour moi, c'était au niveau de la recherche d'emploi. Donc j'ai cherché de l'emploi malgré ma qualification... d'ailleurs, quand vous cherchez de l'emploi même dans une officine pharmaceutique ou ailleurs, on voit que vous êtes médecin diplômé... on ne vous prend pas du tout. Et ça, effectivement c'est une discrimination » (Participant 2)

Un autre participant a plutôt perçu de la discrimination dans le fait que certains médecins immigrants réussissent tous les examens exigés, mais n'obtiennent pas de poste de résidence.

« ... je ne dirais pas que c'est quelque chose qui n'existerait pas. La preuve : quelle raison tu peux donner à un médecin qui passe toutes les étapes que tu lui as données de passer et puis tu ne prends pas? C'est quelle raison tu donnes? En contexte de pénurie... je ne vois pas d'autre explication. » (Participant 8)

Un participant a perçu de la discrimination dans le fait d'exiger des médecins immigrants qu'ils passent l'examen d'évaluation, ce que les étudiants canadiens n'ont pas à faire.

« ... mais pourquoi ça? Après j'ai réussi mon examen d'évaluation... après 2 mois ou quelque chose comme ça je dois passer la partie I, pourquoi? C'était la même chose. Je pense que c'est heu... évidemment discriminatoire de demander aux médecins diplômés en dehors du Canada de payer 1000 \$ de plus pour qualification... » (Participant 15)

Cinq participants ne se sont pas prononcés sur le sujet ou bien ils ne savaient s'il y avait de la discrimination ou non.

6.2.1.3.3 Facteurs religieux

La plupart des participants aux entrevues n'ont pas perçu la religion comme barrière à l'intégration professionnelle. Quatorze participants se sont ainsi clairement exprimés à ce sujet en affirmant ne pas avoir perçu de barrière religieuse.

« ... moi, je vous dirais que pour avoir fait tout ce processus, je n'ai pas trouvé des barrières de race... de religion... ou du moins, s'il y en a, ce n'est pas apparu... de race, de religion et tout ça. J'ai trouvé les gens politiquement corrects, ç'a été correct avec eux. Je n'ai pas trouvé de barrière de race, de religion... de toute autre chose. Mais c'est sûr qu'il y a des barrières... il y a de la réticence envers les médecins étrangers... » (Participant 4)

Trois participants ne se sont pas prononcés sur le sujet. Cependant, quatre autres participants n'ont pas perçu de barrière religieuse à l'intégration professionnelle, mais ont estimé que d'autres médecins immigrants pourraient percevoir ce genre de barrière et faisaient souvent allusion à leurs collègues médecins immigrants musulmans. Il faut noter que pour les deux participants musulmans, l'un d'eux n'a pas perçu de barrière religieuse et l'autre participante ne s'est pas prononcée sur le sujet, elle a juste affirmé qu'elle pratiquait un islam modéré.

6.2.1.3.4 Le changement du statut social

Même si la plupart des participants ne se sont pas exprimés sur le sujet, quatre d'entre eux ont perçu le changement de leur statut social suite à leur immigration au Québec comme une barrière. L'un des participants s'est même exprimé en disant que c'était la plus grande barrière qu'il a perçue.

« ... oui, la première et la plus grande barrière c'est le fait que... quand on arrive, on n'est pas reconnu à n'importe quel niveau, c'est-à-dire, comme n'importe quel passant de la rue. Un médecin, quelle que soit sa qualification, il peut faire le travail des champs, il peut aller faire la manufacture. Il travaille comme n'importe qui. Donc, il n'y a pas une organisation qui puissent ne fut-ce que reconnaître le peu qu'il connaît pour qu'il puisse être utile à la société à un certain niveau... » (Participant 2)

L'un d'eux a affirmé que ce changement de statut social sur les médecins immigrants pourrait expliquer le fait que certains d'entre eux ne suivent pas le processus d'intégration professionnelle et ne font pas leurs équivalences.

« ... dans mon pays, j'étais anesthésiste, c'est beaucoup de responsabilité, j'étais habitué d'avoir des responsabilités, puis je suis venu et je n'ai fait aucune chose, je reste à la maison et j'étudie. Donc tu commences à penser à ton futur, à ton passé et tout ça. Et puis ils sont beaucoup des ex-médecins qui sont très... qui commencent à être déprimés et tout ça... et peut-être, c'est une des raisons qui les fait renoncer à faire les équivalences. » (Participant 15)

6.2.2 Facteurs facilitants

Malgré toutes les barrières à l'intégration professionnelle perçues par les participants, onze d'entre eux ont perçu des changements positifs. Parmi ces onze participants, huit médecins immigrants ont passé 5 ans ou plus au Québec. Donc pour ceux qui ont passé plus de temps au Québec, ils ont pu percevoir quelques changements positifs dans le temps même s'ils reconnaissent tous que l'intégration professionnelle des médecins immigrants est toujours difficile.

« ... oui, je sens que c'est plus facile... je dirais que c'est plus facile. Quand je suis arrivée, il y avait comme : Ah Wow! Vous n'êtes pas des médecins là (...). En plus, ça coûte tellement d'argent... en plus, il n'y a pas d'information... donc du coup je ne me suis pas trop obstinée et je ne voyais pas beaucoup de monde réussir dans leurs démarches. Tandis que là j'en vois de plus en plus de gens qui réussissent les examens, la résidence et qui rentrent quand même faire leur médecine. » (Participante 10)

« ... il y a une amélioration par rapport à ça fait 10 ans. On peut passer les examens, ç'a été assoupli, le Collège s'est vraiment amélioré parce qu'ils ont mis un site internet qui a de l'allure. On ne va pas chercher 10 h pour ne rien comprendre, tout est très clair. Il y a des documents PDF, tout est là... » (Participante 17)

Les principaux facteurs facilitants perçus par les participants concernent certaines étapes de la procédure, ou bien ils sont en rapport avec le soutien et le support à l'intégration prodigués par le gouvernement et certains organismes non gouvernementaux.

6.2.2.1 Facteurs procéduraux

Les facteurs procéduraux perçus sont représentés par : l'harmonisation de la procédure entre les organismes fédéraux et les organismes provinciaux, les stages d'observation, la reprise de tout le cursus médical ainsi que l'amélioration des facteurs informationnels.

6.2.2.1.1 Harmonisation des procédures entre les organismes fédéraux et provinciaux

Six participants se sont exprimés à propos de l'amélioration de certains aspects de la procédure suite à l'harmonisation entre les organismes fédéraux et les organismes provinciaux. Ces participants ont relaté qu'avant, il y avait les examens écrits du Collège des médecins du Québec et les examens écrits du Conseil médical du Canada, mais qu'actuellement, suite à l'harmonisation de la procédure, les examens écrits du fédéral sont reconnus par le Collège des médecins du Québec (CMQ), et ceux qui les ont réussis n'auront à passer que l'examen pratique du CMQ : l'ECOS. Parmi les six participants qui se sont exprimés au sujet de cette harmonisation de la procédure, quatre d'entre eux ont passé cinq ans ou plus au Québec.

« ... Il est vrai qu'au cours des dernières années, le Québec essaie de s'harmoniser avec l'examen du Canada, parce que maintenant, le Québec ne fait plus d'examen écrit. Donc tous les examens écrits sont ceux du Conseil médical du Canada. Là, c'est une amélioration. Et le Québec fait toujours son examen oral. » (Participant 4)

6.2.2.1.2 Les stages d'observation

Deux participants se sont exprimés sur les stages d'observation qu'ils ont pu faire au Québec. Ils ont perçu ces stages en tant que facteurs facilitants, car cela leur a permis d'observer de près le milieu médical local et de s'initier à la culture et aux façons de faire dans le système de santé du pays d'accueil.

« ... nous ne faisons qu'observer. Mais c'est un stage profitable parce qu'en tant qu'observateur j'ai pu quand même aller en salle d'opération observer... je peux aller... j'ai assez profité de ce stage-là... voir des choses qui se font maintenant en obstétrique-gynécologie qui ne se font pas encore dans notre pays. » (Participant 7)

Sept participants ont malgré tout reconnu que l'accès à ces stages d'observation restait difficile même si ce n'était pas infaisable, car même ceux qui n'ont pas pu faire ces stages d'observation savent que certains de leurs collègues ont pu y accéder.

« ... parce que tu commences à connaître la façon de faire, quelles sont les méthodes, quelles sont les procédures et les priorités et tout ça, le processus de triage. Ça, c'est quelque chose d'intéressant et quelque chose d'utile je

pense pour les médecins qui viennent parce que... avant de commencer à travailler comme résident ou un spécialiste je pense que c'est important de connaître tout ça. Mais même pour faire des stages d'observation, c'est difficile d'être accepté ! » (Participant 15)

6.2.2.1.3 Reprise de tout le cursus médical

Un seul participant a refait toutes les études de médecine au Québec, ce qui lui a demandé quinze années, mais il a perçu cela comme un facteur facilitant. En suivant ce cheminement, comme tous les autres étudiants canadiens, il a perçu beaucoup moins de barrières à l'intégration. Ainsi, il ne se considère pas avoir été dans la situation des autres médecins immigrants.

« ... je ne peux pas dire vraiment. Moi, je suis comme tout le monde. J'ai un diplôme en radiologie, j'ai fait ma résidence à (...), j'ai fait un « fellowship » à (...). Moi, je ne suis pas comme un médecin immigrant. J'ai été médecin, mais, j'ai gagné tous les diplômes, j'ai gagné tous les diplômes en Amérique du Nord... » (Participant 20)

L'accès à ce type de cheminement reste difficile malgré le temps que cela prend pour refaire tout le cursus médical au Québec. Six participants reconnaissent cette difficulté d'accès aux universités pour refaire tout le cursus médical, trois d'entre eux ont fait la demande pour refaire toute la médecine, mais n'ont pas été acceptés.

« ... maintenant si Québec dit : ok, tu dois commencer médecine de famille de la première année... je le fais sans aucun salaire ! Et ça ce n'est pas seulement moi, je pense 90 % ou 98 % feraient ça s'il y a la possibilité d'avoir un dossier et un salaire dans la famille, ils vont faire ça gratuitement. Mais on ne trouve pas cet appui de la partie gouvernementale... » (Participant 11)

« ... pourquoi le Québec ne nous donne pas le droit de refaire la médecine? On est partie jusqu'à ce point là ! Réinscrivez-nous... » (Participant 1)

6.2.2.1.4 Facteurs informationnels

Cinq participants ont perçu comme facteur facilitant, l'atelier préparatif pour l'examen pratique (ECOS) organisé par le CESSUL. Cependant, malgré leur intérêt pour cet atelier, deux d'entre eux ont estimé que le coût de cet atelier d'une journée était quand même assez élevé (300 \$).

« ... c'était aussi une formation alors payante... assez chère quand même, mais que moi, j'ai faite et que j'ai trouvée très bien. Parce qu'en fait, on avait une matinée où vraiment on nous a expliqué en fait quel était... qu'est ce

qu'on attendait... le but de l'examen. Ça nous a aidés à mieux comprendre qu'est ce qu'on attendait de nous. Et l'après-midi, on avait en fait comme des ECOS... un entraînement pour les ECOS. Donc vraiment une mise en situation comme le jour même. » (Participante 19)

Une seule participante a perçu comme facteur facilitant, la séance d'information pour la préparation de la demande de résidence au CaRMS (Canadian Resident Matching Service).

« ... l'autre jour, on a eu la formation pour nous aider à préparer notre dossier justement en vue des demandes de résidence et ça aussi j'ai trouvé que c'était bien. Par exemple, il y avait une personne du CaRMS qui était là. Avec le CaRMS, quand on n'est pas Canadien, des fois... en fin... on met un peu du temps avant de comprendre exactement comment ça fonctionne et c'était bien d'avoir quelqu'un qui permettait de bien nous faire comprendre exactement... pour pas qu'on fasse d'erreur dans nos préparations de dossier. » (Participante 19)

Huit participants ont estimé qu'ils avaient accès à suffisamment d'information, surtout de la documentation en ligne qui expliquait les différentes étapes du processus. L'accès à l'information et surtout la perception de cette information dépend probablement de certains facteurs personnels tels que les aptitudes personnelles et l'accès à internet, ainsi que du type d'information recherchée. Le processus semble être bien expliqué, mais certains détails restent quand même obscurs, surtout pour les participants qui n'arrivent pas à franchir certaines étapes.

« ... pour avoir l'information... je pense que l'information est suffisante parce que si j'ai eu l'information, je pense que tout le monde peut avoir l'information. Parce que même du Venezuela.... au Venezuela, je travaillais tous les jours et j'avais le temps pour entrer à l'internet et toute l'information est sur l'internet... » (Participant 18)

6.2.2.2 Soutien à l'intégration

Le soutien à l'intégration perçu par les participants à cette étude se référait au soutien linguistique représenté surtout par les cours de francisation pour les non-francophones, le soutien financier, le soutien des organismes communautaires et les associations de médecins immigrants.

6.2.2.2.1 Soutien linguistique

Sept participants ont perçu comme facteur facilitant, les moyens mis en œuvre pour faciliter l'apprentissage de la langue française, à travers les cours de francisation ainsi que les bourses octroyées pour faciliter cet apprentissage. Pour les non-francophones, la première année de leur installation au Québec est souvent consacrée à l'apprentissage de la langue.

« ... En fait, moi quand je suis arrivé j'apprenais le français... ça, c'était une démarche aussi à faire, donc j'apprenais le français tout au long de la première année de l'immigration et c'était toujours dans les organismes d'aide aux immigrants. » (Participant 10)

« ... j'ai fait une année de français à l'Université du Québec à Montréal l'UQAM, ça m'a beaucoup aidé pour passer l'examen de français... de la langue française. » (Participant 11)

Il faut remarquer qu'aucun candidat n'a reçu de soutien pour l'apprentissage de la deuxième langue officielle du pays : l'anglais, pourtant comme beaucoup d'entre eux le reconnaissent : c'est la langue la plus couramment utilisée dans la documentation et les manuels. Mais c'est seulement à travers des démarches personnelles que certains participants ont pu s'inscrire à des cours d'anglais, le plus souvent à l'université.

« ... Il faut se dire aussi que ça m'a choqué un peu... ça m'a paru un peu étrange que toute la littérature justement dans la faculté de médecine ou de sciences infirmières est en anglais même dans les universités francophones. Ça... je trouvais ça pas évident... » (Participante 10)

« ... L'anglais, c'était plus... c'était moi qui payais les cours. J'ai payé les cours à l'Université de Montréal. » (Participante 10)

Parmi les vingt-deux participants, dix médecins immigrants sont originaires de pays où la langue française est soit la langue officielle, ou bien c'est une langue couramment pratiquée par la population : France, Algérie, Maroc, Haïti, Congo et Bénin.

6.2.2.2.2 Soutien financier

Même s'il n'a pas pu en bénéficier, un seul participant s'est exprimé sur le financement du stage d'évaluation par le gouvernement, dans le cadre d'une

demande de permis restrictif. Ce participant a estimé que ce soutien financier était un facteur facilitant.

« ... avec l'aide du ministère de l'Immigration, le CMQ pouvait donner une aide de 5000 ou 6000 \$ pour que tu puisses payer le stage d'évaluation qui se fait dans un hôpital. C'était extraordinaire, mais quand j'ai passé l'examen, la loi qui disait qu'on pouvait entreprendre cette démarche a été changée. Moi, je devais avoir dans les 2 dernières années un an de pratique. Donc, je n'ai pas pu profiter de cette... » (Participant 5)

À part un seul autre participant qui s'est exprimé à propos des banques alimentaires comme dernier recours en attendant qu'il puisse trouver un emploi, et ceux qui ont cité les bourses pour la francisation, il ne semble y avoir aucune autre forme de soutien financier perçue comme un facteur facilitateur par les participants.

6.2.2.2.3 Organismes communautaires

L'Hirondelle est un organisme non gouvernemental à Montréal qui a été cité par six participants. Cet organisme aide les médecins immigrants à préparer l'examen pratique du Québec (ECOS). Cinq participants ont perçu la formation délivrée par l'Hirondelle comme un facteur facilitant.

« ... j'avais pris contact avec une association d'aide à l'intégration qui s'appelle l'Hirondelle. Et donc là j'ai fait plusieurs séances de préparation pour l'examen. Et ça, ça m'a vachement aidée. Parce que déjà on avait plus de renseignements sur comment exactement... comment ça se passe et tout. Ça m'a permis aussi de rencontrer d'autres médecins. Donc c'était vachement enrichissant. » (Participante 19)

Pour un participant, cette formation n'a pas représenté un facteur facilitant à son intégration professionnelle, il avait apparemment d'autres attentes et il semble qu'il n'a pas été satisfait.

« ... C'est un programme qui n'est pas très solide. Par exemple, quand on y va une fois... deux fois... et bien à ce moment-là on ne retourne plus. C'est-à-dire qu'on a l'impression que le support qu'on cherche n'est pas suffisant... » (Participant 7)

6.2.2.2.4 Associations des médecins immigrants

L'AMEQ est l'Association des médecins gradués de l'étranger au Québec. Elle organise aussi des séances d'information et des ateliers pour aider les

médecins immigrants à préparer les examens. Sept participants se sont exprimés à propos de cette association. Cinq d'entre eux ont trouvé que l'aide fournie par cette association était un facteur facilitateur qui pouvait leur permettre de mieux se préparer aux examens exigés.

« ... des éléments positifs... jusque-là, je vois qu'il y a l'AMEQ : l'association des médecins (gradués de l'étranger) du Québec... l'AMEQ qui est là, qui essaye un peu de travailler... » (Participant 2)

Deux participants ont eu des commentaires plus contrastés à propos de cette association signifiant qu'elle ne représentait pas réellement un facteur facilitateur.

« ... il ne faut pas laisser pousser les associations en champignons parce que ça détourne l'information, ça vend du matériel... je trouve que c'est difficile... c'est difficile pour quelqu'un qui vient d'arriver puis qui sent... qu'est-ce qu'il est en train de se faire utiliser ! » (Participante 17)

« ... Moi, j'ai assisté à deux ou trois, mais... pouf! » (Participante 1)

6.2.2.3 Pénurie des médecins

Trois participants ont estimé que la pénurie des médecins au Québec générerait une certaine pression de la population, pour que cette dernière puisse bénéficier d'une meilleure accessibilité au système de santé. Cette pression de la population est perçue par ces trois participants comme un facteur facilitant, car cela amènerait les pouvoirs publics à faciliter leur intégration professionnelle en vue de diminuer l'impact de la pénurie des médecins.

« ... Oui, oui la population est vraiment pour l'intégration... » (Participant 14)

« ... Puis je dirais aussi... la sensibilité de la population québécoise à cette problématique... qui en parle souvent... qui sensibilise beaucoup... plus ou moins, ça, c'est quelque chose qui est extrêmement important. » (Participant 4)

« ... Je pense que s'il n'y avait pas de pression de la population rien ne changerait. » (Participant 6)

Une autre participante a perçu une récente reconnaissance de la pénurie des médecins par le gouvernement, comme un facteur facilitant de l'intégration des médecins immigrants.

6.2.3 Facteurs personnels :

Les principaux facteurs personnels identifiés sont représentés par les facteurs familiaux tels que la situation familiale, les enfants à charge, ainsi que les aptitudes linguistiques, les ressources financières personnelles et familiales, l'âge, la motivation, les méthodes et stratégies personnelles de la préparation des examens, ainsi que les autres formations faites en parallèle au processus d'intégration professionnelle.

6.2.3.1 Les facteurs familiaux :

La situation familiale des répondants pouvait représenter selon le cas, une barrière à l'intégration professionnelle ou bien un facteur facilitant. La plupart des participants ont affirmé que les responsabilités familiales ainsi que les enfants à charge pouvaient avoir une répercussion sur la préparation des examens exigés.

« Pour ce qui est des responsabilités familiales, ça peut poser un problème parce qu'il faut vraiment le temps... parce que tu sais, moi j'ai une fille et c'est vraiment très difficile pour moi de repasser mon examen... parce qu'ils veulent de l'attention... le mieux, c'est vraiment d'être étudiant... tu as terminé ta médecine il y a un an... tu n'es pas marié... c'est sûr que tu vas facilement réussir tes examens... si tu n'as pas beaucoup de charges. » (Participant 14)

« Une chose que je pense très importante c'est la situation civile... parce que je suis célibataire. Mais ici, je connais beaucoup de médecins qui sont père de famille, ils ont beaucoup de responsabilité... sa femme, les enfants. Et je pense que dans cette situation, c'est une difficulté. C'est la différence... je pense que c'est pour ça que j'ai fait les choses d'une façon un peu plus rapide que les autres. » (Participant 4)

6.2.3.2 Les aptitudes linguistiques

Les aptitudes linguistiques peuvent également représenter, selon chaque répondant, soit une barrière à l'intégration professionnelle, soit un facteur facilitant. Même si la majorité des participants ont affirmé parler au moins trois langues, dont le français et l'anglais, le degré de maîtrise de ces deux langues officielles du Canada était très variable selon les participants, et cela avait une influence directe sur la perception du facteur linguistique en tant que barrière ou bien en tant que facteur facilitant.

« Je pense que la chose la plus difficile, c'est probablement la langue. Quand je suis venu ici, je ne parlais pas du tout en français. Et j'ai appris le français pendant 7... 6 mois. Pour moi, je pense que c'est très difficile... mais comme toutes les choses, ça dépend beaucoup de toi-même. » (Participant 9)

« Pour moi, ce n'est pas une barrière, le français... ça allait bien. Les livres sont en anglais, et on est tous capables de lire l'anglais. C'est sûr que j'utilise le dictionnaire, mais... personnellement au départ surtout. Mais je trouve... je ne considère pas ça comme une barrière personnellement. » (Participante 21)

6.2.3.3 Les ressources financières

Certains facteurs financiers pouvaient être perçus comme facilitants, il s'agit des ressources financières personnelles, de l'appui financier de la famille, du revenu du conjoint, ainsi que de l'épargne précédant l'immigration. Pour certains participants, ces ressources financières permettaient de répondre plus aisément aux différents frais occasionnés par la procédure d'intégration professionnelle.

« Parce que ma fille est grande, là je peux me concentrer sur les études. Je travaille... je gagne un bon salaire, donc je peux avoir l'argent pour payer les examens... » (Participante 10)

« Il faut avoir un "social network"... avoir la personnalité pour partager et avoir ton conjoint ou ta famille qui t'appuie économiquement. » (Participante 11)

« Plus les frais pour les examens... j'ai épargné peut-être plus de 8500 \$, mais... 2 fois cette somme : 17 000 \$ je crois... il faut payer le logement, il faut avoir beaucoup de choses (...). C'est une autre chose qui importe beaucoup. » (Participant 18)

6.2.3.4 L'âge

Pour beaucoup de participants, l'âge avancé du médecin immigrant pouvait être perçu comme une barrière à l'intégration professionnelle, que ce soit pour la préparation et la réussite des examens exigés, ou surtout comme facteur intervenant dans la procédure de sélection des résidents. La plupart d'entre eux affirmaient que les médecins immigrants plus jeunes avaient probablement plus de chance d'intégrer la profession au Québec.

« Chez les gens qui avaient un certain âge... il y avait un côté très expérience professionnelle, beaucoup plus importante que moi, mais qui... par exemple... de se remettre dans les examens et les révisions... pour eux,

c'était difficile. Et moi, le fait que j'étais juste en train de finir mes études, ça c'est quelque chose que j'ai trouvée... qui probablement m'a aidé et qui était une barrière pour certaines autres personnes de se replonger dans les révisions. » (Participante 19)

« Je pense que plus tu es âgé, plus tes chances de trouver une place s'amenuisent. Bon, c'est ça, c'est peut-être... je dirais que c'est dur de dire que c'est peut-être logique. Mais je pense que c'est une réalité incontournable. Un médecin qui vient ici... qui a 30 ans... par rapport à un médecin qui a 50 ans, je pense que si les deux réussissent les examens... on passerait celui qui a 30 ans. » (Participant 8)

6.2.3.5 La motivation

Un participant a affirmé que ses chances de succès dans le processus d'intégration professionnelle étaient étroitement liées à sa motivation. Et si c'est le seul répondant qui a clairement relaté ce facteur, c'est que la motivation n'a pas été ciblée dans la grille d'entrevue. Cette dernière était plus centrée sur les facteurs contextuels. Dans le cadre de cette étude, la motivation représente une émergence qui confirme ce qui a été rapporté dans le modèle théorique : la motivation est l'un des facteurs personnels de l'intégration des immigrants. Il faut noter que ce participant fait partie de ceux qui ont mis le moins de temps pour réussir tous les examens exigés.

« Je pense, pour moi... la chose la plus importante pour m'intégrer... moi et mon épouse, c'est la motivation. Si on est vraiment motivés? Pourquoi on est venu ici? Parce que si on a des raisons vraiment fortes, on va réussir. Parce que la réussite ce n'est pas une question de temps, c'est une question de processus. D'accord, il y a des personnes pour qui ça prend cinq ans, des personnes qui sont vraiment chanceuses ou excellentes... six mois à un an. Mais, si on prend un examen et on n'est pas passé, il faut être motivé pour reprendre le même examen... » (Participant 18)

6.2.3.6 Autres facteurs personnels

Les autres facteurs personnels relatés par les participants sont représentés par la méthode et la stratégie de préparation des examens qui peuvent maximiser les chances de succès, ainsi que les autres formations faites au Québec, en parallèle au processus d'accréditation. Ces éventuelles formations pouvant dans certains cas donner accès à un travail, ce qui représente une source de revenu et de financement des examens exigés.

7 DISCUSSION

7.1 Contribution de l'étude

Dans cette section, les principaux résultats des études relatées dans la recension de la littérature seront comparés aux résultats de cette recherche pour en analyser les similitudes ainsi que les éventuels points de divergences. Dans un premier temps, nous discuterons de l'historique de l'évolution de l'intégration professionnelle des médecins immigrants tel qu'il a été décrit dans la littérature scientifique en le comparant à la perception des participants à cette étude. Dans la deuxième partie, nous discuterons de la justification des difficultés de l'intégration professionnelle des immigrants. Puis, nous traiterons la perception de la pénurie des médecins au Québec par les participants à cette recherche, par rapport aux données de la littérature sur ce sujet. Enfin, les barrières à l'intégration des médecins immigrants ainsi que les facteurs facilitants seront abordés et analysés.

7.1.1 Historique de l'évolution de l'intégration professionnelle des médecins immigrants

L'intégration professionnelle des médecins immigrants a évolué selon plusieurs phases plus ou moins favorables selon les différents contextes historiques et politiques. Une première période favorable à l'intégration des médecins immigrants a été décrite dans la littérature. Cette période s'étend de 1954 à 1976 et elle correspond selon Mullally et Wright (2007) à l'instauration des systèmes d'assurance-santé universelle. Selon ces auteurs, durant cette période, plus de 10000 médecins immigrants ont été autorisés à exercer la médecine au Canada, ce qui a permis de combler les besoins en effectifs médicaux et de réussir l'implantation des systèmes d'assurance-santé universelle.

Boyd et Schellenberg (2007) décrivent une période de déclin de l'intégration professionnelle des médecins immigrants de 1980 à 1996. Selon Jeffrey

(2007), ce déclin qui a concerné les autres professions, serait le résultat des changements généraux du marché de travail au Canada.

Selon la perception des médecins qui ont contribué à l'étude actuelle, il semble y avoir une légère amélioration de la perception de l'intégration des médecins immigrants ces dernières années. En effet, malgré le fait que la totalité des participants reconnaît que l'intégration professionnelle des médecins immigrants est toujours difficile, ceux parmi les participants qui ont passé plus de 5 ans au Québec ont presque tous perçu un changement positif. D'après l'analyse des entrevues, la perception de cette évolution favorable serait principalement due à la pénurie actuelle des médecins au Québec, et secondairement à l'harmonisation des procédures entre les organismes fédéraux et provinciaux et à l'amélioration de l'information, particulièrement celle fournie par le Collège des médecins du Québec.

7.1.2 Justification des difficultés de l'intégration professionnelle des immigrants

Selon Hawthorne (2007), la difficulté d'intégration professionnelle des médecins immigrants varierait selon le pays d'origine. Dans sa recherche qui avait pour but de comparer le marché du travail des professionnels immigrants au Canada et en Australie, cet auteur avait énoncé une différence du pourcentage des médecins immigrants ayant trouvé un emploi en médecine selon le pays d'origine.

Pour ce qui est de la perception des barrières à l'intégration par les médecins immigrants qui ont participé aux entrevues de cette recherche actuelle, il n'y aurait pas de différence de perception selon le pays d'origine. Il semble que les facteurs personnels joueraient un rôle plus important dans la perception des barrières à l'intégration ainsi que des facteurs facilitants. Les facteurs personnels qui ont été identifiés sont : les facteurs familiaux tels que la situation familiale, les enfants à charge, ainsi que les aptitudes linguistiques, la motivation, les autres formations faites en parallèle à la préparation des examens ainsi que les ressources financières personnelles.

Jeffrey (2001) a étudié l'utilisation des compétences des immigrants de façon générale sur le marché du travail au Canada. Il a affirmé que la sous-utilisation des qualifications des immigrants est significative.

Cette sous-utilisation des qualifications des médecins immigrants a été confirmée dans notre étude à travers les témoignages des différents participants. Pour la plupart des médecins immigrants, le système de santé semble totalement hermétique et ne souhaite exploiter aucune compétence des médecins immigrants même au plus bas de l'échelle, et ce, tant qu'ils n'ont pas fait d'autres formations médicales connexes dans le pays d'accueil, ou bien tant qu'ils n'ont pas obtenu leur permis d'exercer la médecine, ou du moins, un poste en résidence. Certains participants ont même rapporté qu'ils ont déjà travaillé dans des manufactures ou en tant qu'ouvriers agricoles au Québec. Dans cette situation, c'est plutôt le terme de « non-utilisation » des qualifications des médecins qui devrait être utilisé.

7.1.3 Pénurie des médecins

L'étude de Traoré et Cazale (2008) a révélé que 26 % des citoyens québécois de 12 ans et plus n'avaient pas de médecin de famille en 2007. Selon ces auteurs, la proportion de 26 % des citoyens qui n'ont pas de médecin de famille au Québec est restée constante entre 2003 et 2007.

Selon Statistique Canada (2007), au Québec, si le temps d'attente pour voir un médecin spécialiste concernant un nouveau problème de santé est de moins d'un mois pour 51 % de la population de plus de 15 ans, ce temps d'attente est de 1 à 3 mois pour 36,9 % et de plus de 3 mois pour 12,2 % de la population. La pénurie des médecins spécialistes peut être aussi suggérée par les délais d'attente pour certaines interventions dans les différents établissements hospitaliers au Québec, ces données sont d'ailleurs publiées et régulièrement mises à jour sur le site internet du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette pénurie des médecins pourrait être entretenue par la migration des médecins du Québec vers les autres provinces. Selon Dumont, Zurn, Church et Le Thi (2008), cette migration se ferait principalement vers la province de l'Ontario et secondairement vers l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Dans le cadre de notre étude, certains participants aux entrevues ont perçu cette pénurie des médecins au Québec comme un facteur facilitateur de l'intégration professionnelle. Cette pénurie des médecins engendrerait une certaine pression de la population sur le gouvernement pour avoir un meilleur accès au système de santé, ce qui amènerait les pouvoirs publics à faciliter leur intégration professionnelle en vue de diminuer l'impact de la pénurie des médecins.

Dans la réalité, le gouvernement a effectivement annoncé en 2010, une série de mesure pour faciliter l'intégration des médecins immigrants et diminuer par la même occasion l'impact de la pénurie de cette main-d'œuvre. Ces mesures comprennent entre autres, de réserver 65 places en résidence pour les médecins immigrants, ainsi que des systèmes d'évaluation et un cheminement particulier pour ceux d'entre eux qui n'ont pas pu obtenir une poste en résidence (Lévesque, 2010). La déclaration du ministre de la Santé telle qu'elle est rapportée par cette journaliste de « La Presse canadienne » du 15 janvier 2010 informe un peu plus sur le sujet :

« Tout citoyen québécois qui a un diplôme de médecine, qui a les acquis et que l'évaluation révèle qu'ils sont capables, on veut les avoir le plus rapidement possible sur le marché du travail. Ceux qui ont des déficiences, on veut les aider à les corriger rapidement et les amener sur le marché du travail. Les autres, on veut leur permettre d'être des citoyens actifs et d'avoir un travail rémunérateur au Québec et de participer à la société québécoise. Pour ça, on va leur offrir un programme de formation connexe dans d'autres types de profession. »

Dans cette étude actuelle, cela contraste beaucoup avec la perception des différents participants aux entrevues. Pour une grande partie d'entre eux, il y aurait un manque de volonté politique pour intégrer les médecins immigrants. Cela s'expliquerait par le fait que certains d'entre eux vivent au Québec

depuis 10 ans et plus, et ils ont bien suivi l'évolution de l'intégration des médecins immigrants depuis ces dix dernières années à travers les faits réels ainsi que leur expérience personnelle dans ce domaine.

En consultant la littérature scientifique sur le sujet, il est possible de noter qu'en 1997, Grant et Oertel avaient déjà proposé de remédier à la pénurie des médecins en facilitant l'intégration professionnelle des médecins immigrants, en réduisant les barrières qui leur rendent l'accès difficile à l'exercice de la médecine (p.166).

7.1.4 Barrières à l'intégration professionnelle

Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005) ont étudié les caractéristiques des médecins diplômés hors Canada qui ont fait une demande de résidence à travers le CaRMS (Canadian Resident Matching Service). Cette recherche n'incluait pas les facultés de médecine francophones du Québec, mais elle a permis d'identifier des barrières à l'intégration professionnelle des médecins immigrants selon trois niveaux : barrières à l'évaluation, à la formation et à la pratique. Les barrières à l'évaluation correspondaient à des facteurs financiers, à l'insuffisance d'opportunités d'évaluation, ainsi que la langue d'évaluation différente de celle dans laquelle le candidat souhaite être évalué.

Ces barrières à l'évaluation ont été confirmées dans notre étude. Les barrières financières pouvaient être perçues différemment selon les ressources financières personnelles, selon le soutien financier familial et selon la situation professionnelle actuelle au Québec des différents participants aux entrevues. Mais le plus souvent, le facteur financier a été perçu comme une barrière : la plupart des médecins immigrants qui ont participé aux entrevues trouvent que les montants à payer pour passer les différents examens sont assez élevés, d'autant plus qu'il y en a parmi eux qui n'ont pas de revenu de travail au Québec, soit parce qu'ils n'ont pas pu trouver du travail, soit parce qu'ils ont fait le choix de consacrer tout leur temps à la préparation des examens. Aux frais des examens s'ajoutent ceux des différentes séances d'informations comme la journée de préparation de

l'examen ECOS proposée par le CESSUL. Certains participants ont même eu recours à une formation privée avec les coûts que cela engendre, dans le but de mieux se préparer aux examens exigés.

Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005) ont également rapporté l'insuffisance d'opportunités d'évaluation comme deuxième barrière à l'évaluation. Dans notre étude, cela correspondrait aux barrières liées à la séquence chronologique des examens. La majorité des participants aux entrevues a jugé que le temps nécessaire pour passer à travers tout le processus est très long. Pour ce qui est de l'intervalle de temps entre les différents examens, certains participants ont estimé que le temps d'attente était approprié et que ça leur permettait de bien se préparer à l'examen suivant tandis que d'autres participants ont trouvé ce temps d'attente trop long et auraient souhaité passer l'examen suivant sans avoir à attendre aussi longtemps. Le temps passé sans pratiquer peut empêcher certains médecins immigrants à faire des démarches dans le cadre du permis restrictif, car selon une participante, parmi les critères exigés, il faut avoir pratiqué dans les 12 derniers mois.

Notre étude a permis de mettre en évidence d'autres barrières à l'évaluation qui correspondent selon la perception des participants au mode d'évaluation ainsi qu'aux barrières liées à la préparation des examens. Ainsi, certains participants ont estimé que le mode d'évaluation n'est pas adapté aux médecins immigrants, surtout pour ceux d'entre eux qui ont beaucoup d'années d'expérience dans leur pays d'origine. Ils ont expliqué que ce mode d'évaluation ne prenait pas en considération l'expérience acquise au fil des ans avant qu'ils viennent s'installer au Québec. Les plus jeunes d'entre eux, et ceux qui viennent de terminer récemment leur formation médicale dans leur pays d'origine semblent avoir plus de facilité et cheminent relativement plus rapidement dans le processus d'intégration professionnelle au Québec. Cela s'expliquerait par le fait que dans certains examens exigés, les

participants sont questionnés sur des notions de base dont les médecins fraîchement diplômés se souviennent plus aisément.

Les barrières perçues liées à la préparation des examens par les participants sont surtout le temps passé en dehors du système de santé sans pratiquer, la différence entre la spécialité exercée dans le pays d'origine et les exigences de certains examens, ainsi que la difficulté d'accès aux manuels et aux banques de questions pour mieux se préparer aux examens.

Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005) ont également évoqué comme troisième barrière à l'évaluation : la langue d'évaluation différente de celle dans laquelle le candidat souhaite être évalué. Dans notre étude, cela dépendait des compétences linguistiques de chaque participant, et la langue pouvait représenter une barrière surtout pour les participants hispanophones et sinophones, mais il faut noter que la majorité des participants parlent trois langues et plus. Les participants non francophones ont pour la plupart suivi les cours de francisation, surtout la première année de leur installation au Québec. Ils ont jugé que ce soutien linguistique en français leur a été très utile. Par contre, aucun d'entre eux n'a eu un quelconque soutien pour l'apprentissage de l'anglais, c'est seulement grâce à des démarches personnelles et à l'inscription à des cours payants, le plus souvent à l'université, qu'ils ont pu améliorer leur compétence linguistique dans cette langue dans laquelle sont pourtant rédigés beaucoup d'ouvrages nécessaires à la préparation aux examens.

Les barrières à la formation étudiées par Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005) sont les barrières financières, sociales, l'insuffisance d'opportunités de formation dans sa discipline, l'insuffisance d'opportunités de formation dans toute autre discipline, la langue de formation différente de celle dans laquelle le candidat souhaite être formé, le lieu de formation et les autorisations nécessaires.

Dans notre étude, et comme cela a été cité précédemment, les barrières financières et linguistiques variaient selon les participants et elles dépendaient plus des facteurs personnels. Même si notre étude était plus axée sur les facteurs contextuels tels qu'ils ont été définis dans le cadre théorique, les facteurs personnels ont été relatés et identifiés tout le long des entrevues.

Pour ce qui est des barrières sociales, c'est plutôt le changement de statut social des médecins immigrants qui a été relaté comme une barrière par 4 participants. La différence de culture entre le pays d'origine et le pays d'accueil ne semblait pas constituer une barrière pour la majorité d'entre eux, et il en est de même pour les facteurs religieux et les facteurs discriminatoires. Au cours des entrevues, la question relative à la discrimination semblait représenter un sujet tabou, les participants critiquaient plus ouvertement la procédure ou toute autre barrière à l'intégration. Cela pourrait être dû au fait que beaucoup d'entrevues se sont déroulées dans des endroits publics, ce qui aurait pu empêcher les participants de s'exprimer plus librement sur le sujet. Une autre explication possible pourrait être le fait que les médecins, en raison de leur formation, et surtout de leur vocation, sont sensés être altruistes, et répondre aux besoins des malades quelle que soit leur religion, ethnie ou race, et qu'eux-mêmes, ils doivent être aptes à gérer cette diversité.

L'insuffisance d'opportunités de formation dans sa discipline n'a été relatée par aucun des participants dans cette étude actuelle, même si, à part ceux qui ont fait la médecine de famille dans leur pays d'origine, aucun des participants qui ont pu faire une résidence au Québec n'a eu un poste dans sa spécialité d'origine. Deux participants ont affirmé avoir souhaité changer de spécialité, l'un d'eux était chirurgien pédiatre dans son pays d'origine et il est actuellement résident en psychiatrie. L'autre était spécialiste en chirurgie générale dans son pays d'origine, il exerce actuellement en tant que radiologue dans un hôpital au Québec. Il est inutile de rappeler que la

chirurgie est parmi les spécialités les plus contingentées au Québec et que les postes en résidence ne sont pas garantis jusque-là, pour les médecins immigrants qui ont réussi tous les examens exigés. Nous pensons que le cheminement des médecins immigrants dans le processus d'intégration est tellement long et parsemé de barrières que ceux qui arrivent à décrocher un poste en résidence s'estiment chanceux, même si cela ne correspond pas nécessairement à leur spécialité d'origine. Mais cela n'exclut pas que certains candidats puissent souhaiter changer de spécialité de leur plein gré, pour diverses raisons personnelles.

Si le lieu de formation n'a pas représenté une barrière pour les participants aux entrevues, contrairement à la recherche de Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005), c'est que la majorité des participants de notre étude sont installés à Montréal, où trois facultés de médecine sont à proximité : l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Laval. Mais il faut rappeler que Montréal est la troisième métropole après Toronto et Vancouver, où les nouveaux arrivants choisissent de s'installer au Canada, ce qui a été confirmé par l'enquête de Chui (2003).

Les barrières à la pratique étudiées par Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005) sont : financières sociales, l'insuffisance d'opportunité de pratique, le lieu de pratique, les autorisations nécessaires et l'insuffisance d'opportunité dans le champ de sa pratique.

Dans notre étude, la plupart des participants aux entrevues qui se sont exprimés sur le sujet n'ont pas perçu de barrières à la pratique. Certains d'entre eux reconnaissent quand même qu'ils ne sont pas encore arrivés à un stade où ils peuvent juger. Cela s'expliquerait probablement par le fait que parmi les 22 participants, seulement 2 médecins immigrants ont un permis régulier pour exercer la médecine au Québec. Une participante a parlé du système de PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) en le désignant comme une barrière à la pratique en reconnaissant que ce n'était pas spécifique aux médecins immigrants parce que tous les médecins exerçant

au Québec doivent se soumettre au même système de sélection pour pouvoir exercer dans une région donnée.

Dans notre étude, aucun participant n'a non plus perçu de barrière à la pratique liée à l'insuffisance d'opportunité dans le champ de sa discipline. Cela s'expliquerait aisément par la pénurie des médecins au Québec qui a déjà été relatée dans un précédent paragraphe et qui touche aussi bien les médecins de famille que les autres spécialités médicales reconnues au Québec.

Selon l'étude de Lafontant (2006) qui a concerné quatre provinces (le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta), un nombre important de professionnels de la santé immigré annuellement au Canada, mais une majorité d'entre eux n'arrivera pas à exercer sa profession à cause de nombreuses difficultés et barrières professionnelles. Les barrières identifiées dans cette l'étude étaient surtout liées à la reconnaissance des diplômes et de l'expérience de travail acquise dans le pays d'origine ainsi des difficultés de nature informationnelles.

L'analyse des 22 entrevues de notre étude a confirmé les innombrables barrières à l'intégration professionnelle perçues par les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis qui souhaitent s'installer au Québec. Les barrières perçues sont surtout procédurales, mais aussi institutionnelles, et dans une moindre mesure, des barrières socioculturelles. Les barrières procédurales identifiées sont de nature informationnelle, elles sont également liées au processus d'évaluation, ainsi que les barrières à la pratique, et sans oublier la barrière majeure perçue par les participants : l'absence de garantie d'avoir un poste en résidence malgré le fait d'avoir réussi tous les examens exigés. Pour ce qui est des barrières institutionnelles, certains participants ont clairement perçu certaines institutions comme une barrière à leur intégration professionnelle, que ce soit le Collège des médecins du Québec, les universités, le gouvernement ou carrément le système dans sa globalité. Quant aux barrières socioculturelles, elles ont été perçues différemment par

les participants, selon l'expérience personnelle de chacun d'eux. Mais en général, elles n'ont pas représenté de barrière majeure à leur intégration professionnelle. Les barrières socioculturelles identifiées sont liées à la différence culturelle entre le pays d'origine et le pays d'accueil, les facteurs discriminatoires, les facteurs religieux ainsi que le changement du statut social à la suite de l'immigration au Québec.

Parmi les 22 participants, 9 médecins immigrants se sont exprimés sur leur perception quant à la différence entre les provinces canadiennes par rapport à l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Si un seul des participants a affirmé qu'il ne percevait pas de différence entre les provinces et que les barrières étaient les mêmes partout, tous les autres ont perçu qu'au Québec, c'était plus difficile et que dans les autres provinces, il y aurait de meilleures alternatives pour les intégrer dans le système de santé.

L'enquête de Hachimi (2006), même si elle n'a pas étudié spécifiquement l'intégration professionnelle des médecins immigrants, elle a révélé certaines barrières à l'intégration professionnelle des immigrants similaires à celles identifiées par la recherche actuelle, principalement l'âge et la perception de barrières érigées par les corporations professionnelles. Elle a également identifié la perception de l'incohérence des procédures ainsi que l'exigence d'une expérience canadienne de travail préalable. Cette enquête a aussi noté que malgré la pénurie de médecins au Québec, beaucoup d'immigrants diplômés dans leur pays d'origine ne parvenaient pas à exercer leur profession au Québec. Dans la recherche de Hachimi, parmi les participants aux entrevues, il y avait 9 médecins, dont 6 généralistes, un radiologue, un gynécologue-obstétricien et un psychiatre. Il n'est pas étonnant de remarquer qu'aucun de ces médecins immigrants n'a entrepris des démarches pour être autorisé à exercer la médecine au Québec tellement les barrières perçues étaient importantes.

Dans notre étude actuelle, dans un souci de diversification de l'échantillon, il y a des participants qui n'ont pas entamé les procédures, d'autres sont en

cours de passer les différents examens exigés, la troisième catégorie est représentée par ceux qui poursuivent une résidence en médecine, et en fin il y a ceux qui sont médecins et exercent actuellement leur profession au Québec. Cette diversification a été recherchée pour pouvoir identifier les barrières à l'intégration ainsi que les facteurs facilitants tout au long de la procédure d'accréditation. Certains participants ont effectivement perçu l'âge comme une barrière à l'intégration, mais si ce facteur n'a pas été détaillé dans la partie analyse, c'est que, comme cela a été mentionné dans la section méthodologie, l'objectif de la recherche est d'identifier les barrières à l'intégration et les facteurs facilitants contextuels. L'âge ferait plutôt partie des facteurs personnels tels qu'ils ont été définis dans le modèle théorique retenu dans cette recherche.

La recherche de Hachimi (2006) a révélé l'incohérence de la procédure comme barrière à l'intégration perçue par les immigrants. Dans notre recherche, ce qui a été beaucoup critiqué dans la procédure et perçu comme une barrière majeure c'est l'absence de garantie d'avoir un poste de résidence, même si les médecins immigrants réussissent tous les examens qu'on leur avait demandé de passer. Mais il y a aussi la notion de barrières informationnelles, perçues de façon variable selon les participants, que ce soit avant leur arrivée au Québec, pendant le processus d'intégration professionnelle, ou même après la réussite ou l'abandon du processus d'intégration. Sans oublier les autres barrières procédurales liées à la préparation des examens ainsi qu'au mode d'évaluation qui pour beaucoup de participants, ne prenait pas en considération l'expérience acquise dans le pays d'origine, surtout pour les praticiens qui ont beaucoup exercé dans leur pays d'origine, avant de venir s'installer au Québec.

La perception de barrières érigées par les corporations professionnelles relatée par l'enquête de Hachimi a été confirmée par les résultats de notre recherche : l'analyse des entrevues a révélé qu'au moins 5 participants ont clairement perçu le Collège des médecins comme une barrière à l'intégration

des médecins immigrants. Mais dans notre étude, le CMQ n'a pas été la seule institution à être perçue comme une barrière; pour certains participants, les universités, le gouvernement ou même le système dans sa globalité pouvaient être perçus comme des barrières. Si les universités pouvaient être perçues comme telles, c'est que ce sont ces institutions qui octroient les postes de résidences, ce qui n'est pas garanti pour les médecins immigrants même s'ils ont cheminé tout le long du processus en réussissant tous les examens exigés, avec tous les sacrifices que cela comporte. En plus, voulant à tout prix exercer leur profession, certains participants ont même fait des demandes d'admission à l'université pour refaire tout le cursus médical, mais ils n'ont pas été acceptés du fait que les études en médecine sont très contingentées.

Si le gouvernement pouvait être perçu comme une barrière, c'est que beaucoup de participants ont le pressentiment qu'il existe un manque de volonté politique pour intégrer professionnellement les médecins immigrants. Cette perception est encore prononcée à cause de la pénurie des médecins au Québec, et de la pénurie des professionnels de santé en général : certains participants ne comprennent pas pourquoi on ne les accepte pas dans le système de santé pour exercer d'autres professions connexes en reconnaissant au moins une partie de leurs connaissances médicales.

Parfois, ne pouvant pointer du doigt une institution en particulier, certains participants pouvaient percevoir le système dans sa globalité comme barrière à leur intégration professionnelle, ou bien le manque de coordination entre les différentes institutions comme responsable de leur difficulté d'intégration professionnelle.

Tadlaoui (2003) a étudié la discrimination en emploi au Québec. Même si sa recherche était plus générale et n'avait pas concerné spécifiquement l'intégration professionnelle des médecins immigrants, ses résultats nous paraissent intéressants. Ainsi, l'auteur a rapporté des barrières à l'intégration de type : discrimination raciale, ethnique et religieuse. L'auteur révèle aussi

que le racisme est la barrière la plus systématique, mais il représente aussi l'obstacle auquel les immigrants peuvent difficilement faire face. Un autre fait intéressant rapporté par cet auteur, c'est que contrairement à ce que l'on pourrait penser, le racisme n'a pas diminué au Québec, mais c'est juste qu'il se manifeste de façon moins explicite. Et la crainte de représailles empêche ceux qui y sont victimes de le dénoncer.

Dans notre étude, seulement 5 participants parmi les 22 médecins immigrants ont affirmé avoir perçu de la discrimination, que ce soit au niveau de la recherche d'emploi, ou bien au niveau de certains aspects de la procédure d'accréditation. D'après les résultats de l'étude de Tadlaoui qui viennent d'être cités dans le paragraphe précédent, il est difficile de conclure que dans notre recherche, seulement 5 participants ont été réellement victimes de discrimination. Au cours des entrevues, il nous a paru que la question relative à la discrimination semblait représenter un sujet tabou, les participants critiquaient plus ouvertement la procédure ou toute autre barrière à l'intégration.

La majorité des participants n'ont perçu aucune discrimination religieuse. Certains d'entre eux pensent que cela pourrait éventuellement affecter d'autres confrères de confession musulmane, suite aux événements du 11 septembre. Mais même les deux médecins musulmans qui ont participé aux entrevues, ont déclaré n'avoir perçu aucune discrimination religieuse.

7.1.5 Facteurs facilitants

Les facteurs facilitants de l'intégration professionnelle des médecins immigrants semblent avoir été moins traités par la littérature scientifique que les barrières. Cela pourrait s'expliquer aisément par le fait que les médecins immigrants souhaitant s'intégrer professionnellement au Québec rencontreraient beaucoup plus de barrières que de facteurs facilitants, et c'est ce qui a été confirmé par les résultats de notre recherche. Mais cela ne nous a pas empêché d'identifier quelques facteurs facilitants perçus par les participants, dont principalement : l'harmonisation des procédures entre les

organismes fédéraux et provinciaux, ainsi qu'une certaine perception de l'amélioration de l'information, sans oublier le soutien linguistique pour les non-francophones, la contribution de certains organismes non gouvernementaux, et la pénurie des médecins au Québec.

L'analyse des résultats de notre recherche a révélé que l'harmonisation des procédures entre les organismes fédéraux et provinciaux, ainsi que l'amélioration de l'information sont des facteurs facilitants qui ont été perçus en général par les participants qui ont une durée de séjour de plus de 5 ans au Québec. Cela est dû au fait qu'ayant résidé plus longtemps au Québec, ils ont pu suivre l'évolution de la procédure d'accréditation ainsi que de celle de l'information fournie par le Collège des médecins.

Ces participants ont relaté qu'avant, les procédures possibles, provinciales et fédérales, comportaient des examens écrits du Collège des médecins du Québec et des examens écrits du Conseil médical du Canada. Ils ont affirmé qu'actuellement, suite à l'harmonisation des procédures provinciale et fédérale, les examens écrits du Conseil médical du Canada sont reconnus par le Collège des médecins du Québec (CMQ), et ceux qui les ont réussis n'auront à passer que l'examen pratique du CMQ : l'ECOS (examen clinique objectivement structuré).

Szafran, Crutcher, Banner et Watanabe (2005) ont étudié les facteurs facilitants suivants : le soutien financier, l'orientation à la pratique médicale au Canada, la connaissance des procédures d'accréditations, la connaissance du système de santé canadien, l'assistance à la préparation des examens requis et le mentorat.

Dans notre étude, de nombreux médecins immigrants ont effectivement évoqué l'assistance à la préparation des examens à travers les séances d'information du CESSUL, celles délivrées par certains organismes communautaires ainsi que les associations de médecins immigrants. Par contre, peu de participants ont perçu le soutien financier comme facteur

facilitant. Un seul participant a évoqué le financement du stage d'évaluation par le gouvernement comme facteur facilitant, bien qu'il n'en ait pas profité personnellement. Un autre participant a parlé des banques alimentaires comme dernier recours, et puis quelques autres participants ont évoqué les bourses octroyées pour la francisation, même s'ils ont estimé que ce n'était pas suffisant.

La recherche de Szafran qui a concerné les médecins ayant fait des demandes de résidence dans 13 universités anglophones au Canada, en sachant que les 3 universités francophones du Québec n'ont pas été incluses dans l'étude, a révélé que 39% des participants ont perçu le soutien financier comme facteur facilitant. En comparant ces résultats au peu de participants dans notre étude qui ont perçu le soutien financier comme facteur facilitant, nous pouvons nous demander si le reste du Canada offre un meilleur soutien financier aux médecins immigrants qui souhaitent intégrer la profession. Il serait intéressant d'approfondir cet aspect, compte tenu que très peu de participants de notre étude ont soulevé le soutien financier et qu'il serait donc intéressant de vérifier, auprès d'un plus large échantillon, ce qu'il en est.

En conclusion, notre étude a permis de mettre en évidence le fait que les barrières à l'intégration professionnelle perçus par les médecins immigrants sont surtout de nature procédurale, mais également institutionnelles, et dans une moindre mesure, socioculturelles. Les principales barrières procédurales sont relatives aux facteurs informationnels, à l'évaluation des connaissances et des compétences médicales, mais surtout à l'absence de garantie de l'octroi des postes de résidence même après la réussite des examens exigés. Les facteurs facilitants les plus importants sont l'harmonisation des procédures provinciales et fédérales, l'amélioration relative de l'information, le soutien linguistique pour les non-francophones et la pénurie des médecins.

7.2 Limites de l'étude

La recherche a été réalisée grâce à la participation aux entrevues d'un échantillon de 22 médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis,

dont presque la totalité réside à Montréal. Les résultats de la recherche, bien qu'ils puissent apporter des éclaircissements quant aux difficultés d'intégration professionnelles perçues par les médecins immigrants qui choisissent de s'installer surtout à Montréal, ne pourront peut-être pas nécessairement être généralisables à tout le Québec. Cependant, au moins deux participants ne résidaient pas à Montréal, l'un d'eux est installé dans une autre ville au Québec, et l'autre participant tentait une intégration professionnelle en Ontario, précisément à Toronto, tout en continuant sa démarche au niveau du Québec. Il faut aussi rappeler que Montréal est la ville au Québec où s'installent la majorité des immigrants. En plus, l'échantillon à variation maximale préconisé dans cette étude a fort probablement permis de dresser un éventail très large de la situation, surtout à la suite de l'utilisation de diverses sources de recrutement, qui ont permis d'inclure dans l'étude des médecins de diverses origines, avec des parcours différents, à différentes étapes de leur cheminement dans l'intégration professionnelle.

L'échantillon ne comprenait pas de participants qui ne pouvaient s'exprimer en français, ce qui pourrait représenter une limite par rapport à la représentativité. Par contre, rien n'a été fait pour empêcher des répondants plus anglophones de participer aux entrevues. Une participante a même souhaité participer en anglais et elle a été acceptée, puis elle s'est rétractée par la suite. En plus, beaucoup de participants, même s'ils se sont exprimés en français lors des entrevues, ils ont bien expliqué qu'à leur arrivée au Québec, ils ont dû suivre des cours de français, du fait qu'ils étaient incapables de s'exprimer dans cette langue au début de leur parcours.

Beaucoup d'entrevues se sont déroulées dans des endroits publics comme des cafétérias, restaurants ou parcs. La présence d'autres personnes sur les lieux où ces entrevues ont été réalisées, aurait pu gêner les participants en les empêchant de relater plus spontanément leurs perceptions, et de divulguer certains aspects particuliers des barrières à l'intégration

professionnelle qu'ils ont pu percevoir le long de leur cheminement dans le processus. Mais malgré cela, il semble que la plupart d'entre eux étaient plutôt à l'aise avec cette situation, d'autant plus que le choix du lieu de l'entrevue a toujours été fait par les participants eux-mêmes. En plus, certaines entrevues ont été réalisées avec plus de discrétion que ce soit dans des salles réservées dans des bibliothèques universitaires, au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, ou bien dans les lieux de travail des participants.

Bien entendu, l'échantillon ne pouvait comprendre les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis qui ont fait le choix de revenir dans leur pays d'origine et d'abandonner irrémédiablement l'idée de s'installer au Québec à cause des innombrables barrières à l'intégration professionnelle au Québec. Nous n'avons aucun moyen pour recruter de tels participants dans leur pays d'origine ni de faire les entrevues dans ce contexte. Ces participants, à cause de leurs parcours particuliers, pourraient avoir perçu d'autres barrières, peut-être plus spécifiques ou plus intenses. Leurs contributions auraient pu modifier l'interprétation de la tendance générale des perceptions des participants. Mais ce qui minimise cet éventuel biais, c'est que parmi les 22 participants, il pourrait y avoir certains qui reviendraient s'installer plus tard dans leur pays d'origine, à cause de leur déception par rapport à l'intégration professionnelle au Québec, et éventuellement nous confirmer que notre échantillon est plutôt représentatif.

L'échantillon de cette étude ne comprenait aucun médecin immigrant exerçant au Québec grâce à un permis restrictif. L'association québécoise des médecins en permis restrictif (AQMPR) a bel et bien été contactée par courriel pour proposer à leurs membres de contribuer à cette étude à travers la participation aux entrevues, mais nous n'avons eu aucune réponse. Cependant, certains participants, conjointement à leur cheminement pour leur permis régulier, ont fait une demande pour le permis restrictif, et ils ont pu

contribuer à travers leurs témoignages à documenter les difficultés rencontrées à ce niveau.

7.3 Recommandations

Cette recherche a mis en relief différentes barrières à l'intégration professionnelle des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis. Comme les résultats de cette recherche l'ont montré, ces barrières pouvaient se manifester à différentes étapes de leur cheminement tout au long du processus d'accréditation. Les recommandations qui peuvent être proposées pour améliorer cette intégration sont principalement des suggestions pour atténuer, voire supprimer ces barrières, lorsque possible. Cela permettra de faciliter l'intégration professionnelle des médecins immigrants, mais permettra également de contribuer à réduire la pénurie de ces professionnels de la santé au Québec.

Malgré une tendance générale perçue quant à l'amélioration de l'information, d'autres efforts supplémentaires devraient être déployés pour mieux guider les médecins immigrants dans le processus d'intégration, et surtout pour proposer éventuellement des alternatives possibles, en cas d'échec dans le processus d'intégration. Il est vrai que sur les brochures d'information du CMQ actuelles, toute l'information essentielle est présente, avec apparemment beaucoup de transparence. Ainsi, on note clairement que l'octroi des postes de résidence n'est pas garanti pour les médecins immigrants DHCEU qui ont réussi les examens exigés :

« La reconnaissance de l'équivalence du diplôme de docteur en médecine par le Collège ou l'admissibilité potentielle à un stage de classement ne garantit pas l'admission en résidence. » (CMQ 2008, p.5).

« L'admission dans la faculté et la spécialité souhaitées ne peut également être garantie en raison du fort contingentement des programmes de formation postdoctorale. » (CMQ 2008, p.5).

Souvent, le CMQ et le MICC informent qu'il serait préférable d'entamer la procédure avant même de venir s'installer au Québec, mais cela n'est pas toujours possible pour les médecins immigrants.

Nous avons également noté que, si la plupart des participants aux entrevues qui avaient passé différentes étapes trouvaient que le processus est clair et facile à comprendre, beaucoup d'entre eux reconnaissaient qu'au début, cela pouvait paraître un peu déroutant, vu la multiplicité des étapes et la complexité du processus. Certains participants ont même réclamé un genre de « coaching » pour une meilleure assimilation des différentes étapes à parcourir.

Certains participants se sont sentis désavantagés lors de la préparation des examens à cause du fait qu'ils soient en dehors du système de santé. Il y en a parmi eux qui sont restés plusieurs années sans exercer. Il est aisé de comprendre que le fait de leur faciliter l'accès à des stages dans le milieu médical leur permettra de mieux comprendre le système de santé québécois ainsi que les façons de faire locales, ce qui les aiderait probablement à mieux passer les examens surtout pratiques.

En ce qui concerne la fréquence des examens qu'ils doivent passer, le fait de les proposer plusieurs fois par année pourrait réduire la durée du processus qui est jugé assez long pour beaucoup de participants. Dans cette recherche, les deux participants qui ont réussi tous les examens en un minimum de temps, il leur a fallu au moins deux ans et demi.

L'absence de garantie d'accéder à un poste de résidence même après la réussite des examens exigés a été probablement la barrière procédurale majeure perçue par la majorité des participants aux entrevues. À ce sujet, le gouvernement a annoncé en 2010 la réservation de 65 places en résidence pour les médecins immigrants DHCEU (Lévesque, 2010). Cela représente une avancée importante pour garantir des postes de résidence pour au moins 65 candidats, mais il est possible de se demander si cela est suffisant par rapport au nombre de candidats qui en font la demande chaque année. Par exemple, pour tout le Canada, le nombre des DHCEU jumelés au deuxième tour varie de 5 à 12 % seulement du nombre total des DHCEU participants entre 2005 et 2008 comme on peut le constater sur le tableau suivant :

**Tableau IV : Résultats du jumelage des DHCEU. Jumelage R-1 -
Deuxième Tour 2005-2008**

Année	Participation des DHCEU	Résultats	Pourcentage
2008	929	48	5.2%
2007	1125	69	6.1%
2006	932	111	11.9%
2005	629	80	12.7%

Source : Service canadien de jumelage des résidents (2008)

D'après un autre tableau issu des données du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), en 2009, le Québec a représenté la province où il y a eu le plus de postes de résidence non comblés, surtout en médecine familiale, ce qui peut engendrer beaucoup d'interrogations. Ainsi, 94 postes dans les 4 facultés de médecine du Québec n'ont pas été pourvus pour un total de 126 postes pour tout le Canada. (CaRMS, 2009).

Pour tous ceux qui ne parviennent pas à accéder à des postes de résidences ainsi que ceux qui n'ont pas pu mener à terme leur processus d'intégration professionnelle pour diverses raisons, il faudrait envisager des alternatives respectables ainsi qu'un suivi personnel pour mieux les accompagner à intégrer le marché du travail au Québec. En plus de la satisfaction personnelle et une meilleure intégration dans le pays d'accueil, ils participeront ainsi activement à l'économie du pays d'accueil.

Il faut aussi rappeler le changement du mode de sélection des immigrants effectué en Australie cité par Hawthorne (2007), qui explique que pour aboutir à une meilleure intégration dans le marché de l'emploi des immigrants, le nouveau système de sélection en Australie donne beaucoup d'importance à ce que le nouvel arrivant puisse exercer sa profession d'origine peu de temps après son installation dans le pays d'accueil. Il serait souhaitable de s'inspirer

de cette approche australienne en matière d'immigration, pour favoriser l'intégration professionnelle des immigrants dans des délais raisonnables.

Au Québec, le soutien linguistique en français semble porter ses fruits, à travers les cours de francisation offerts gracieusement aux nouveaux immigrants non francophones. Beaucoup de participants de notre étude ont été satisfaits de ces initiatives. Nous pensons qu'il faudrait en faire de même pour l'apprentissage de l'anglais pour les médecins nouveaux arrivants qui ne maîtrisent pas cette langue, d'autant plus que la plupart des manuels de médecine sont en anglais, sans oublier qu'un médecin immigrant qui souhaite exercer au Québec, il devrait être apte à communiquer en anglais pour répondre au besoin de la population anglophone.

7.4 Pistes de recherche

Dans le cadre de futures recherches, il serait intéressant de comparer l'intégration des médecins immigrants au Québec par rapport à d'autres pays, comme les États-Unis et la France où il semblerait qu'elle se fasse dans de meilleures conditions. Les participants à notre étude qui ont fait des démarches pour être autorisés à exercer la médecine aux États-Unis ont perçu que c'était plus aisé, cela pourrait être vérifié dans des études ultérieures. En comparant les modes d'évaluation, le processus d'accréditation ainsi que les différentes barrières et facteurs facilitants de l'intégration, cela pourrait éventuellement aboutir à des recommandations pratiques pour améliorer l'intégration de ces professionnels de santé au Québec.

Dans le même sens, des recherches pour comparer l'intégration professionnelle des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis dans les différentes provinces au Canada seraient aussi très pertinentes. D'après les résultats de notre recherche, la perception des barrières à l'intégration et des facteurs facilitants pouvait varier selon les

provinces. Ainsi, certains participants à cette étude ont perçu que l'intégration professionnelle était plus difficile au Québec comparé par exemple à l'Ontario. Il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle ces variations iraient dans le même sens que la migration des médecins dans les différentes provinces du Canada telle qu'elle a été décrite par Dumont, Zurn, Church, et Le Thi (2008, p.32). Cela reste bien entendu à confirmer par des recherches ultérieures qui étudieraient en profondeur les variations entre les provinces du Canada.

Le cadre théorique préconisé dans cette étude a permis d'assimiler l'intégration des immigrants de façon générale, et de dresser les deux principaux thèmes de cette recherche, à savoir, les barrières à l'intégration et les facteurs facilitants qui constituent au fait, les facteurs contextuels de l'intégration. Mais il a fallu s'inspirer de beaucoup d'autres documents de la littérature scientifique pour compléter les différents thèmes qui allaient être abordés dans les entrevues. Ces thèmes devaient être plus spécifiques au contexte du Québec, en prenant en considération les particularités de l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Il serait intéressant d'analyser en profondeur dans des études ultérieures, le rôle des facteurs personnels ainsi que des facteurs contextuels spécifiques à l'intégration professionnelle des immigrants exerçant une profession réglementée dans leur pays d'origine, pour parvenir à concevoir un cadre théorique plus spécifique.

L'autre piste de recherche qui nous paraît pertinente, c'est l'évaluation des accords France-Québec en matière d'intégration professionnelle des médecins immigrants français au Québec. Ces accords prévoient une entente pour la reconnaissance mutuelle des compétences professionnelles, dans le but de favoriser la mobilité de la main-d'œuvre médicale entre la France et le Québec. La seule participante française à notre étude n'a perçu aucune variation par rapport aux démarches qu'elle a dû faire pour aboutir la demande de résidence au CaRMS. Elle a cheminé exactement à travers le

même parcours que les médecins immigrants venant d'autres pays. Il serait utile d'étudier les changements ultérieurs que ces accords pourraient amener, ainsi que la façon dont il serait possible de les généraliser à d'autres pays.

Dans le but de mettre en lumière les facteurs sur lesquels il est possible d'agir, notre recherche était plutôt centrée sur l'étude des facteurs contextuels tels qu'ils sont définis dans le cadre théorique proposé dans la partie consacrée à la méthodologie. Ces facteurs contextuels sont les barrières ainsi que les facteurs facilitants de l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Il serait également intéressant d'étudier en profondeur le rôle des facteurs personnels dans de futures études, ce qui pourrait servir à mieux identifier les facteurs personnels qui facilitent ou nuisent à l'intégration professionnelle, de façon à mieux informer les candidats éventuels à l'immigration des difficultés qui les attendent, ou dans le but d'orienter éventuellement le choix des futurs critères de sélections des candidats à l'immigration.

8 CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence les nombreuses barrières à l'intégration perçues par les médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis. Ces barrières sont surtout de nature procédurale, mais également institutionnelle, sans oublier quelques barrières socioculturelles perçues par certains médecins immigrants. Mais cette recherche a aussi révélé les quelques facteurs facilitants perçus par ces professionnels de la santé qui choisissent de s'installer au Québec. Ces facteurs facilitants sont représentés principalement par les tentatives d'harmonisations des procédures entre les organismes fédéraux et provinciaux, l'amélioration relative de l'information, principalement celle fournie par le Collège des médecins du Québec, ainsi que le soutien à l'intégration à travers les cours de francisation et l'action de certains organismes communautaires ou secondairement, certaines associations des médecins immigrants diplômés hors Canada et États-Unis.

Pour ce qui est de l'entente France-Québec, si elle semble être une bonne initiative pour faciliter les échanges entre les deux pays, il serait souhaitable de rechercher les moyens de l'élargir à d'autres pays, et ce, dans le respect des exigences et des normes en vigueur au Canada, dont le but ultime est de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients.

Les récentes déclarations officielles concernant les nouvelles mesures qui seront prises pour garantir entre autres 65 postes de résidence pour les médecins immigrants DHCEU, sont une lueur d'espoir pour améliorer l'intégration étudiée dans cette recherche. Souhaitons que d'autres mesures puissent être prises dans les plus brefs délais pour présenter des alternatives respectables pour tous ceux qui réussissent les examens exigés, mais n'arrivent pas à avoir un poste de résidence à cause des quotas, ainsi que pour tous les autres médecins immigrants dont le cheminement dans le processus d'accréditation n'a pas abouti pour diverses raisons.

Enfin, si cette recherche a apporté des éclaircissements sur les barrières à l'intégration et les facteurs facilitants que perçoivent les médecins immigrants DHCEU, certaines questions sont restées sans réponses : est-ce que l'intégration professionnelle des médecins immigrants diplômés en dehors du Canada et des États-Unis se fait réellement dans de meilleures conditions dans d'autres provinces canadiennes? Dans l'affirmative, quels sont les éléments dont pourrait s'inspirer le Québec pour améliorer sa propre intégration de ces professionnels de la santé? Comment l'intégration des médecins immigrants se fait-elle dans les autres pays? Quelles sont les recommandations que nous pourrions en déduire? Est-ce que les accords France-Québec ont réellement une répercussion sur l'immigration des médecins français au Québec? Y a-t-il plus de médecins français qui s'installent au Québec? Certains éléments de ces accords France-Québec peuvent-ils se généraliser à d'autres pays? Lesquels, de quelle façon et à quelles conditions? Comment les facteurs personnels interviennent-ils dans l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec? Seules les futures études pourraient apporter des réponses à toutes ces questions.

BIBLIOGRAPHIE

- Association canadienne-française de l'Alberta. (2008). *Extrait de l'étude sur l'immigration francophone en Alberta. Chapitre 6 : Faits saillants et recommandations*. Récupéré le 4 avril 2009 de http://www.acfa.ab.ca/documents/2008/RP2008/Scan_de_l'environnement_Faits_saillants_recommandations.pdf
- Barer, M. L., & Webber, W. A. (1999). *Immigration and Emigration of Physician to/from Canada*: Centre for Health Services and Policy Research. The University of British Columbia.
- Boutin, G. (2000). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Boyd, M., & Schellenberg, G. (2007). Re-accreditation and the occupations of immigrant doctors and engineers. *Canadian Social Trends, Statistics Canada, Catalogue No. 11-008*.
- Buchan, J., Baldwin, S., & Munro, M. (2008). Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006. *OECD Health working paper No. 38*.
- Christopher, W. (2004). *Immigrants' Declining Earnings: Reasons and Remedies*. Récupéré le 4 avril 2009 de http://www.cdhowe.org/pdf/backgrounder_81.pdf
- Chui, T. (2003). Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : Le processus, les progrès et les perspectives. *Statistique Canada, Catalogue No 89-611-XIF*.
- Code des professions. (2008). *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du collège des médecins du Québec*. Récupéré le 4 avril 2009 de <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/~media/D9BBA4A8BE0046F1A3F4F9AB3B33DBB9.ashx?633756705342913750>
- Collège des médecins du Québec. (2007). *Tableau 2 - Permis d'exercice. Nombre de médecins DHCEU à qui le CMQ a reconnu une équivalence de diplôme de docteur en médecine*. Récupéré le 25 avril 2009 de <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/~media/3037C63C7C264FB49E53F34D847B9684.ashx?633762585462566250>
- Collège des médecins du Québec. (2010). *Diplômés internationaux en médecine. Exercer la médecine au Québec*. Récupéré le 3 mai 2010 de <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/Diplomesinternationaux.aspx>

- Collège des médecins du Québec. (2010). *Entente Québec-France*.
Récupéré le 13 juin 2010 de
<http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/EntenteFranceQc.aspx>
- Collège des médecins du Québec, & Ministère de l'immigration et des communautés culturelles du Québec. (2008). *Exercer la profession de médecin*. Récupéré le 4 avril 2009 de <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/professions-regies/Medecin.pdf>
- Contandriopoulos, A.-P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: G. Morin.
- Cvetkovic, A. (2009). The Integration of Immigrants in Northern Sweden: A Case Study of the Municipality of Strömsund. *International Migration*, 47(1), 101-131.
- De la Rupelle, G., & Mouricou, P. (2009). Donner du sens à ses données qualitatives en Systèmes d'Information : deux démarches d'analyse possibles à l'aide du logiciel NVivo 8, *14ème colloque de l'Association Information et Management (A.I.M.)*.
- Diaz, J. A. (1993). *Choosing Integration. A Theoretical and Empirical Study of the Integration Process of Immigrants in Sweden*. Doctoral Dissertation, Uppsala University.
- Dumont, J.-C., & Zurn, P. (2007). *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*. Paris: OCDE, SOPEMI.
- Dumont, J.-C., Zurn, P., Church, J., & Thi, L. (2008). International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities. *OECD Health working paper No. 40*.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2003). *Précis sur le rapport Romanow*. Récupéré le 20 avril 2009 de http://www.chsrf.ca/other_documents/romanow/pdf/humanresources_f.pdf
- Grant, H., & Oertel, R. (1997). Supply and migration of Canadian physicians, 1970-1995: why we should learn to love an immigrant doctor. *Canadian Journal of Regional Science*, 20(1-2), 157-168.
- Green, A. G., & Green, D. A. (1999). The Economic Goals of Canada's Immigration Policy: Past and Present. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, 25(4), 425-451.
- Green, D. A., & Worswick, C. (2002). *Earnings of Immigrant Men in Canada: The Roles of Labour Market Entry Effects and Returns to Foreign*

Experience: Citizenship and Immigration Canada, Strategic Research and Review.

Hachimi, A. M. (2006). « Carrière brisée », « carrière de l'immigrant » : Le cas des Algériens installés à Montréal. *Les Cahiers du GRES (Groupe de Recherche Ethnicité et Société)*, 6(1), 111-122.

Hawthorne, L. (2007). *Résultats sur le marché du travail des professionnels immigrants : comparaison du Canada et de l'Australie*. Ottawa: Statistique Canada.

Lafontant, J., Forgues, É., Belkhodja, C., Sangwa-Lugoma, G., Meridji, T., Pietrantonio, L., et al. (2006). *La reconnaissance des diplômés internationaux francophones en santé : un potentiel pour les communautés francophones en situation minoritaire au Canada*: Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

Lévesque, L. (2010, 15 janvier). Québec adopte des mesures pour mieux intégrer les médecins diplômés à l'étranger. *La presse canadienne*.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483 - 488.

Mianda, G. (1998). Les défis de l'intégration des nouveaux arrivants francophones en Ontario - Entrevue avec Antoine Dérose. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 4(1), 20-31.

Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. (2006). *L'exercice d'une profession régie par un ordre professionnel*. Récupéré le 4 avril 2009 de <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/professions-regies/brochure-ordre-professionnel.pdf>

Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. (2009). *Conditions requises du programme d'immigration des travailleurs qualifiés*. Récupéré le 14 mars 2009 de <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/travailleurs-permanents/demande-immigration-general/conditions-requises/index.html>

Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. Direction de la recherche et de l'analyse prospective. (2009). Immigrants actifs au Québec de 2001 à 2007 selon la profession projetée de médecin.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2009). *Recrutement Santé Québec (RSQ)*. Récupéré le 27 janvier 2009 de <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?medecins>

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2010). *Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1000 habitants, selon la principale région sociosanitaire d'activités du médecin, au Québec, en 2008*. Récupéré le 20 juin 2010 de http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=131,67,0,0,1,0
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2010). *Recrutement Santé Québec (RSQ)*. Récupéré le 3 mai 2010 de <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?medecins>
- Mullally, S., & Wright, D. (2007). La Grande Séduction?: The Immigration of Foreign-Trained Physicians to Canada, c. 1954–76. *Journal of Canadian Studies*, 41(3), 67-89.
- Nations Unies. (2006). *Situation des peuples autochtones et des immigrants au Canada* (No. A/C.3/61/L.43).
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Récupéré le 20 juin 2010 de http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2nd^e éd.). Newbury Park: Sage Publications.
- Picot, W. G., & Hou, F. (2003). *La hausse du taux de faible revenu chez les immigrants au Canada*. Ottawa: Statistique Canada.
- Picot, W. G., Sweetman, A., & Statistique Canada. Direction des études analytiques. (2005). *Dégradation du bien-être économique des immigrants et causes possibles : mise à jour 2005*. Ottawa: Études analytiques Statistique Canada.
- Reitz, J. (2001). Utilisation des compétences des immigrants sur le marché du travail au Canada: Répercussions de la recherche sur le capital humain. *Journal of International Migration and Integration*, 2(3), 379-415.
- Reitz, J. (2007). Immigrant Employment Success in Canada, Part II: Understanding the Decline. *Journal of International Migration and Integration*, 8(1), 37-62.
- Reitz, J. G. (2001). Immigrant Success in the Knowledge Economy: Institutional Change and the Immigrant experience in Canada: 1970-1995. *Journal of Social Issues*, 53(3), 579-613.
- Schellenberg, G., & Hou, F. (2009). *Bien-être économique des nouveaux immigrants au Canada*. Récupéré le 14 février 2009 de http://canada.metropolis.net/pdfs/econ_well_being_f.pdf

- Schellenberg, G., & Maheux, H. (2007). Immigrants' perspectives on their first four years in Canada: Highlights from three waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Canadian Social Trends, Statistics Canada*.
- Service canadien de jumelage des résidents. (2008). Résultats du jumelage des DHCEU. Jumelage R-1 - Deuxième Tour 2005-2008.
- Service canadien de jumelage des résidents. (2009). Postes non comblés par discipline & par faculté. Jumelage R-1 - Deuxième Tour 2009.
- Statistique Canada. (2007). *Répartition en pourcentage non corrigé du temps d'attente et des sources de l'aiguillage vers un spécialiste concernant un nouveau problème de santé, selon la province, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2007*. Récupéré le 1 juin 2010 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010002/article/11144/tbl/tbl2-fra.htm>
- Sweetman, A. (2004). *Qualité de l'éducation des immigrants dans leur pays d'origine et résultats sur le marché du travail canadien*. Ottawa: Statistique Canada. Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail.
- Szafran, O., Crutcher, R. A., Banner, S.R, & Watanabe, M. (2005). Canadian and immigrant international medical graduates. *Canadian Family Physician, 51*(9), 1242-1243.
- Tadlaoui, J. E. (2003). *Contre la discrimination raciale, ethnique et religieuse en emploi : la contribution du milieu communautaire Québécois*. Récupéré le 4 avril 2009 de http://www.liguedesdroits.ca/assets/files/education_droits/SEM-2003-03-00-racisme-tadlaoui.pdf
- Traoré, I., & Cazale, L. (2008). *Qui n'a pas un médecin de famille au Québec?* Récupéré le 4 avril 2009 de http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/portrait_oct08.pdf

Annexe 1. Approbation du Comité du programme de maîtrise en administration de la santé



Faculté de médecine
Département d'administration de la santé

Le 22 mai 2009

Madame Diane Audet
Vice-décanat à la recherche et aux études supérieures
Faculté de médecine
Pavillon Roger-Gaudry
Bureau P711


**Objet : Mémoire « L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants
» d'Anas Bardai**

Madame Audet,

Par la présente, je désire vous informer qu'un sous-comité du programme de maîtrise a examiné le protocole de recherche présenté par M. Anais Bardai pour son mémoire de maîtrise.

Les membres du comité ont accepté le protocole ont estimé qu'il est conforme aux exigences scientifiques et qu'il rencontre les exigences au plan de l'éthique.

Restant à votre disposition pour toute information supplémentaire, je vous prie d'agréer Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Lise Lamothe, Ph.D.
Responsable des programmes de 2^e cycle

LL/nr

Annexe 2. Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal



CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants

présenté par : Anas Bardai et Dre Nicole Leduc

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.



Isabelle B-Ganache, présidente

Date de soumission ou d'étude : **Juin 2009**

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 22 juin 2009**

Numéro de référence : **CERFM (09)#365**

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.

Annexe 3. Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet : L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants

Cette recherche est réalisée par :

Anas Bardai
 Étudiant à la maîtrise en administration de la santé (option recherche)
 Université de Montréal.
 Courriel : [REDACTED]
 Téléphone : [REDACTED]

Sous la direction de :

Nicole Leduc, Ph.D., Professeure à la faculté de médecine, département d'administration de la santé, Université de Montréal.

Organisme subventionnaire : aucun

Description du projet :

L'objet de cette recherche est d'identifier les facteurs facilitants et les barrières à l'intégration perçus par les médecins immigrants. En effet, une meilleure connaissance des difficultés et des barrières à l'intégration perçues par ces médecins immigrants pourrait éventuellement permettre de prendre les mesures nécessaires pour remédier à cette situation et par la même occasion, contribuer à réduire la pénurie de médecins au Québec.

Cette recherche est une étude exploratoire qualitative qui sera principalement basée sur des entrevues individuelles avec des médecins immigrants ainsi que sur l'analyse de documents provenant de sources diverse telles que les brochures d'aide à l'installation, l'information sur les

sites internet officiels du ministère de l'immigration et du Collège des médecins.

Procédures :

Votre participation à l'étude consiste en une entrevue d'environ 1 heure à 1 heure 30 minutes, au cours de laquelle les thèmes suivants, en lien avec votre cheminement pour vous intégrer professionnellement au Québec, seront abordés : les facteurs facilitants tels que l'aide et le support à l'intégration, ainsi que les barrières à l'intégration professionnelle tels que les facteurs linguistiques, procéduraux, culturels, informationnels, financiers, religieux, discriminatoires, sociaux et familiaux, les barrières à la formation et les barrières à la pratique. L'entrevue se déroulera au moment et à l'endroit qui conviennent le mieux.

Avec votre accord, nous enregistrerons l'entrevue sur bande audio, puis son contenu sera retranscrit pour fin d'analyse. Cette transcription sera faite par l'étudiant chercheur. Si vous ne souhaitez pas que l'entrevue soit enregistrée, nous prendrons des notes durant l'entrevue afin d'en retenir les éléments essentiels.

La participation au projet de recherche est volontaire. À tout moment, vous serez libre de mettre fin à l'entrevue ainsi que de vous retirer de l'étude sans que cela ne vous porte préjudice.

Avantages et bénéfices :

Votre participation à l'étude n'entraînera aucun avantage personnel direct. Votre participation et celle de vos collègues permettront toutefois de faire avancer les connaissances et contribueront éventuellement à une meilleure compréhension des facteurs facilitants et des barrières à l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Sur simple demande de votre part, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients :

Votre participation à l'étude ne vous causera aucun inconvénient.

Critères de sélection:

Pour pouvoir collaborer au projet, vous devez : être un immigrant installé au Québec depuis 2 à 15 années, diplômé en médecine hors Canada et hors États-Unis, et ayant un statut de résident permanent ou citoyen canadien.

Confidentialité

Les renseignements personnels recueillis lors de l'entrevue individuelle demeureront anonymes à l'aide d'un système de codification. Toutes les données obtenues au cours de l'entrevue, incluant l'enregistrement audio, seront confidentielles et ne seront utilisées par aucune autre personne que l'étudiant-chercheur sous la supervision de la directrice de mémoire. Les bandes audio seront détruites dès que les transcriptions électroniques auront été réalisées. Votre nom n'apparaîtra dans aucune publication et ne sera mentionné dans aucune discussion. Les originaux des formulaires de consentement seront conservés dans un classeur sous clé durant sept années, après quoi ces documents seront détruits de même que les transcriptions électroniques des entrevues. Les données liées à l'étude seront conservées par la directrice de recherche dans une armoire sous clé au département d'administration de la santé de l'université de Montréal durant sept années, après quoi ces documents seront détruits. À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses :

Aucune indemnité n'est rattachée à votre participation.

Personnes-ressources :

Pour toute question ou commentaire concernant le projet, vous pouvez contacter la directrice de recherche :

Madame 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
Tél: [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Anas Bardai

Étudiant en maîtrise (administration de la santé : option recherche)

Courriel :

Tél. :

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés)



Formulaire de consentement

**Titre du projet : L'intégration professionnelle : perception des médecins
immigrants**

Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de l'étudiant chercheur	Signature de l'étudiant chercheur	Date

Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé au département d'administration de la santé et une copie signée sera remise au participant.
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le 22 juin 2009.
- No de référence : CERFM (09)#365
- Date de la version du présent formulaire : 18 juin 2009.

Annexe 4. Grille d'entrevue

Intégration professionnelle : perception des médecins immigrants

Merci d'avoir accepté de participer à l'entrevue.

Expliquer le but de l'étude : identifier et analyser les facteurs facilitants et les barrières à l'intégration professionnelle des médecins immigrants.

Décrire le déroulement de l'entrevue.

Démarrage de l'entrevue par une question ouverte d'ordre générale :

- Que pensez-vous de l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec?

Recherche de thèmes émergents :

Dans les questions suivantes, il faudra approfondir chaque nouveau thème abordé par le participant.

- Pouvez-vous me parler un peu de vos démarches pour intégrer la profession médicale au Québec?
- Selon vous, quelles seraient les principales barrières à l'intégration professionnelle que vous percevez en tant que médecin immigrant?
- Avez-vous perçu des éléments positifs qui faciliteraient la démarche d'un médecin immigrant pour intégrer la profession médicale au Québec?

Aborder les différents thèmes de la littérature scientifique tout en continuant la recherche de thèmes émergents:

Les facteurs linguistiques :

- Pouvez-vous me parler du rôle qu'ont pu jouer vos connaissances linguistiques dans vos démarches pour intégrer la profession médicale au Québec?

Les facteurs procéduraux :

- Que pensez-vous des procédures et des démarches que doivent entreprendre les médecins immigrants pour qu'ils soient autorisés à exercer la médecine au Québec?

Les facteurs culturels :

- Selon vous, quel rôle jouerait la culture dans l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec?

Les facteurs informationnels :

- Pouvez-vous me parler de l'information que vous avez reçue pour vous aider dans vos démarches?

Les facteurs financiers :

- Pouvez-vous m'expliquer quel rôle ont joué les moyens financiers dans vos démarches?

La religion :

- La religion jouerait-elle un rôle dans l'intégration professionnelle des médecins immigrants? Si oui, comment influencerait-elle cette intégration?

Aide et support à l'intégration :

- Que pensez-vous de l'aide et du support à l'intégration professionnelle que vous avez pu recevoir des différents organismes au Québec? Pouvez-vous m'expliquer comment vous avez bénéficié de ce support et par quel organisme?

Facteurs discriminatoires :

- Avez-vous perçu de la discrimination lorsque vous avez entrepris vos démarches? Si oui, comment s'est-elle manifestée?

Facteurs sociaux et familiaux:

- Est-ce que certaines caractéristiques sociales ou familiales ont influencé vos démarches? Si oui, comment s'est manifestée cette influence?

Barrières à la formation :

- Avez-vous cherché à compléter votre formation? Si oui, est-ce que vous avez rencontré des difficultés et comment se sont-elles manifestées?

Barrières à la pratique :

- Pensez-vous qu'ils existent des difficultés et des barrières à la pratique au Québec qui subsisteraient même après l'octroi du permis d'exercice de la médecine? Comment l'expliqueriez-vous?

Éléments complémentaires :

Y aurait-il d'autres points importants concernant l'intégration professionnelle des médecins immigrants au Québec, qui selon vous, auraient pu être abordés ?

Caractéristique personnelles :

- Âge
- Pays de naissance
- Langues
- Année d'arrivée au Québec
- Statut d'immigration
- Situation familiale, origine du conjoint s'il y a lieu
- Appartenance religieuse
- Formation médicale : université et pays
- Expérience professionnelle dans le pays d'origine
- Autres formations
- Cheminement dans le processus d'intégration professionnelle au Québec
- Situation professionnelle actuelle au Québec

Auriez-vous des questions ou commentaires au sujet de l'entrevue? Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données?
Je vous remercie pour votre participation.

Annexe 5. Modèle de lettre de recrutement

Bonjour,

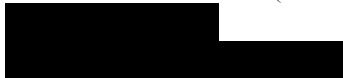
Je m'appelle Anas Bardai, je suis étudiant à l'Université de Montréal en administration de la santé. Dans le cadre du mémoire de maîtrise, j'entreprends une étude sur l'intégration professionnelle des médecins immigrants. Ce projet de recherche est sous la direction de Madame Nicole Leduc, Ph.D., professeure à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (département d'administration de la santé).

À travers ce travail, je souhaite participer à une meilleure compréhension des barrières à l'intégration professionnelle des médecins immigrants ainsi que des facteurs facilitants qui pourraient les aider dans cette démarche. Pour cela, des entrevues individuelles seront réalisées avec des médecins immigrants, résidents permanents ou citoyens canadiens et qui vivent au Québec depuis 2 à 15 années.

Dans le cadre de ce travail, j'aimerais savoir si vous accepteriez de participer à une entrevue individuelle, tout en vous assurant que toutes les mesures seront prises pour respecter l'anonymat des participants.

Cordialement

Anas Bardai
Étudiant en maîtrise (administration de la santé : option recherche)



Annexe 6. Portrait synthèse des participants

Participant	Pays d'origine	Sexe	Âge	Langues	Durée de séjour	Statut	État civil	Enfants	Religion
1	Maroc	Femme	44	Français, anglais, espagnol, arabe et italien	9 ans	Citoyenne canadienne	Mariée	Sans d'enfants	Musulmane
2	Congo	Homme	47	Français et anglais	9 ans	Résident permanent	Marié	6 enfants	Catholique
3	Maroc	Homme	49	Français, anglais et arabe	5 ans	Résident permanent	Marié	3 enfants	Musulman
4	Haiti	Homme	30	Français, anglais, créole	3 ans	Résident permanent	Marié	1 enfant	Aucune
5	Roumanie	Homme	34	Français, anglais, albanais, roumain, italien et grec	3 ans	Résident permanent	Marié	Sans d'enfants	Orthodoxe
6	Roumanie	Homme	42	Français, anglais, russe, ukrainien, allemand, slave, bulgare, polonais et italien	3 ans	Résident permanent, demande de citoyenneté en cours	Marié	Sans d'enfants	Orthodoxe
7	Haiti	Homme	53	Français, créole, anglais et espagnol	5 ans	Citoyen canadien	Marié	4 enfants	Catholique
8	Haiti	Homme	33	Français, créole et d'anglais	5 ans	Résident permanent	Marié	2 enfants	Catholique
9	El Salvador	Homme	31	Espagnol, français, anglais	2 ans	Demande de résidence permanente en cours	Célibataire	Sans d'enfants	Catholique
10	Kazakhstan	Femme	37	Russe, français, anglais	11 ans	Citoyenne canadienne	Divorcée	1 enfant	Aucune
11	Venezuela	Femme	42	Anglais, espagnol, français, arabe et catalan	9 ans	Citoyenne canadienne	Mariée	1 enfant	Chrétienne

Participant	Pays d'origine	Sexe	Âge	Langues	Durée de séjour	Statut	État civil	Enfants	Religion
12	Chine	Homme	30	Français, mandarin et anglais	2,5 ans	Résident permanent	Marié	1 enfant	Aucune
13	Chine	Femme	29	Français, mandarin et anglais	2,5 ans	Résidente permanente	Mariée	1 enfant	Aucune
14	Bénin	Homme	31	Français, anglais et dialecte du Bénin	3 ans	Résident permanent	Marié	1 enfant	Évangélique
15	Roumanie	Homme	30	Français, roumain, anglais, italien et espagnol	3 ans	Résident permanent	En couple	Sans d'enfants	Aucune
16	Russie	Femme	35	Français, anglais et russe	7 ans	Résidente permanente	Mariée	4 enfants	Aucune
17	Algérie	Femme	44	Français, anglais et arabe	10 ans	Citoyenne canadienne	Mariée	2 enfants	Aucune
18	Venezuela	Homme	35	Français, anglais et espagnol	2 ans	Résident permanent	Mariée	Sans d'enfants	Chrétien protestant
19	France	Femme	35	Français, anglais et espagnol	3 ans	Résidente permanente	Mariée	2 enfants	Aucune
20	Ukraine	Homme	42	Anglais, français, russe et ukrainien	15 ans	Citoyen canadien	Marié	2 enfants	Aucune (mais d'origine juive)
21	République tchèque	Femme	39	Français, anglais, tchèque et russe	10 ans	Citoyenne canadienne	Mariée	2 enfants	Aucune
22	Liban	Femme	43	Français, anglais, arabe et bulgare	5 ans	Citoyenne canadienne	Mariée	1 enfant	Aucune

Participant	Formation médicale dans le pays d'origine	Expérience professionnelle dans le pays d'origine	Autres formations	Formations en cours	Situation professionnelle actuelle au Québec
1	Médecine générale	7 ans (5 ans en tant que médecin à l'urgence et 2 ans en tant que médecin de santé publique)	DIU échographie (France), Maîtrise en administration de la santé (Montréal)	Maîtrise en droit et santé	Étudiante et agent de collecte des données occasionnelle (sur appel)
2	Médecine générale	5 ans	Formation pour préposé aux bénéficiaires	Aucune	A déjà travaillé dans des manufactures, travailleur occasionnel dans l'agriculture. Il vient de quitter le Québec pour s'installer à Toronto tout en continuant le processus pour le Québec
3	Médecine générale et spécialisation en chirurgie pédiatrique	20 ans en chirurgie pédiatrique	Maîtrise en administration de la santé (Montréal)	Résidence en psychiatrie	Résident en psychiatrie
4	Médecine générale et spécialisation en gynécologie obstétrique	1 an de service social en tant que médecin généraliste	Maîtrise en administration de la santé (Montréal) et certificat en gestion des services de santé et des services sociaux (Montréal)	Résidence en médecine familiale et maîtrise en administration de la santé	Résident en médecine familiale
5	Médecine générale et spécialisation en gynécologie obstétrique	1 an dans un institut d'oncologie	Aucune	Aucune	Technicien en gestion des échantillons dans une compagnie pharmaceutique
6	Médecine générale et spécialisation en chirurgie pédiatrique	5 ans de résidence en chirurgie pédiatrique puis 6 ans en tant que spécialiste en chirurgie pédiatrique	Aucune	Aucune	Travail de bureau occasionnellement, mais en général, il passe la plupart du temps à préparer les examens.
7	Médecine générale et spécialisation en gynécologie obstétrique	14 ans	Aucune	Aucune	Sans emploi
8	Médecine générale	2 ans dans des ONG	Maîtrise en administration de la santé (Montréal), Formation pour exercer en tant qu'infirmier auxiliaire (Montréal)	Maîtrise en administration de la santé	Agent de sécurité. Il vient de terminer la formation pour exercer en tant qu'infirmier auxiliaire, mais il n'a pas encore exercé cette fonction.
9	Médecine générale et spécialisation en pédiatrie	3 mois en tant que pédiatre dans une clinique privée	Aucune	Aucune	Sans emploi
10	Médecine générale	1 an et 1/2	BAC en sciences infirmières (Montréal)	Aucune	Infirmière
11	Médecine générale et spécialisation en ophtalmologie	1 an dans le pays d'origine et 1 an en Espagne	Maîtrise en évaluation des technologies de la santé (Montréal), Doctorat en bioéthique	Doctorat en bioéthique	Chercheure dans une agence gouvernementale en évaluation des technologies de la santé

Participant	Formation médicale dans le pays d'origine	Expérience professionnelle dans le pays d'origine	Autres formations	Formations en cours	Situation professionnelle actuelle au Québec
12	Médecine générale	6 ans en santé publique (ressources humaines)	D.E.S.S. administration des services de santé	D.E.S.S. administration des services de santé	Il est actuellement étudiant. Il a déjà travaillé dans une compagnie de confection (entrée de données sur ordinateur)
13	Médecine générale	5 ans en santé publique	2e cycle en nutrition	2e cycle en nutrition	Étudiante. Elle n'a jamais travaillé au Québec.
14	Médecine générale	1 an dans une ONG canadienne	Aucune	Aucune	A commencé à travaillé comme agent administratif dans un hôpital, puis il a eu une promotion pour occuper un poste dans la gestion du transport au sein du même établissement.
15	Médecine générale et spécialisation en anesthésiologie	2 ans et demi	Aucune	Aucune	Sans emploi actuellement. Il a déjà travaillé quelques jours comme cuisinier, puis une année comme coordonnateur en soins infirmiers dans un hôpital. Il a été congédié après une année probatoire parce qu'il n'avait pas de permis en soins infirmiers.
16	Médecine générale (Moscou)	aucune (à part une résidence non terminée)	DEA en santé-environnement (France), Ph. D. en épidémiologie, toxicologie environnementale (France), stage postdoctoral de 3 ans (Montréal)	Aucune	Professeure adjointe dans une université au Québec
17	Médecine générale et spécialisation en gynécologie obstétrique	10 ans	MBA santé	Aucune	Elle a déjà travaillé en tant que préposée aux bénéficiaires, puis comme coordonnatrice d'unité dans deux hôpitaux, elle occupe toujours ce poste actuellement.
18	Médecine générale et spécialisation en chirurgie générale	6 ans en tant que spécialiste en chirurgie générale	Aucune	Aucune	Il travaille depuis trois mois dans la recherche clinique dans le cadre d'un partenariat université- compagnie pharmaceutique. Il a déjà fait une année de bénévolat en recherche. Il a également travaillé comme commis en photographie.
19	Spécialiste en médecine de famille (elle a fait sa résidence en médecine de famille en France)	Aucune (à part la résidence en médecine de famille)	DESS en psychologie et formation en massothérapie	Aucune	Massothérapeute
20	Médecine générale et spécialisation en chirurgie générale	Aucune (à part 2 ans de résidence en chirurgie)	MD (Montréal) et résidence en radiologie (il a refait toute la médecine + spécialité)	Aucune	MD, radiologue dans un hôpital à Montréal
21	Médecine générale et a commencé une résidence en médecine interne	1 an	Maîtrise en administration de la santé	Aucune	Sans emploi actuellement. Elle a déjà travaillé comme assistante de recherche pendant une année après qu'elle ait terminé sa M.Sc en administration de la santé.
22	Spécialiste en médecine de famille (elle a fait sa résidence en médecine de famille à l'université américaine au Liban)	7 ans	Maîtrise en administration de la santé non complétée (Montréal)	Aucune	Médecin de famille et professeure dans une faculté de médecine au Québec.

Participant	Cheminement dans le processus d'intégration professionnelle
1	Examen d'évaluation passé, mais non validé. Elle a fait une demande pour refaire toute la médecine, mais n'a pas été acceptée.
2	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Il vient de passer l'ECOS et L'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada.
3	Il a passé les examens du Canada et du Québec. Il a décroché un poste de résident en psychiatrie.
4	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada, l'examen écrit du Collège des médecins du Québec et l'ECOS. Il a décroché un poste de résidence en médecine familiale
5	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Il s'est inscrit pour passer l'aptitude II à la session d'automne.
6	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation, l'aptitude I pour le Québec. Il vient de passer l'ECOS, mais n'a pas encore eu les résultats. Il a fait une demande pour refaire toute la médecine, mais n'a pas été accepté. Il a fait une demande pour le permis restrictif : sa formation a été reconnue, mais il n'y avait pas de poste vacant.
7	Demande de permis restrictif rejetée (motif : nombre d'années de spécialisation dans le pays d'origine de 3 ans seulement par rapport aux 4 années exigées au Québec). Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation, l'examen écrit du Québec. Il vient de passer l'ECOS, mais n'a pas encore eu les résultats.
8	Il a réussi l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada. Il a passé l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, mais ne l'a pas réussi.
9	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada et l'ECOS. Il lui reste à passer l'examen de français de l'Office québécois de la langue française puis il doit postuler au CaRMS.
10	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen écrit du Québec et l'ECOS. Elle est en train de postuler pour le CaRMS. (L'examen qu'elle a dû repasser : l'ECOS)
11	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Elle a passé l'ECOS deux fois sans succès.

Participant	Cheminement dans le processus d'intégration professionnelle
12	Il n'a passé aucun examen. Il s'est orienté vers une carrière en administration de la santé
13	Elle n'a passé aucun examen. Elle s'est orientée vers une carrière en nutrition.
14	Il vient de repasser l'examen d'évaluation pour la deuxième fois, mais il n'a pas encore le résultat.
15	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada et l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada. Il a fait une demande de résidence au CaRMS. En parallèle, il a passé les différents examens pour avoir le droit d'exercer aux États-Unis (le dernier examen passé avec succès et le « cilinical skills » (examen pratique).
16	Elle a passé avec succès l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada. Elle a passé l'ECOS trois fois sans succès.
17	Elle a passé avec succès l'examen d'évaluation. Elle a aussi passé une fois l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, mais ne l'a pas réussi.
18	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada et l'ECOS. Il est en train de faire une demande de résidence au CaRMS. Il a aussi passé l'examen de français de l'Office québécois de la langue française (il a dû refaire juste la partie orale de cet examen).
19	Elle a passé avec succès l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada et l'ECOS. Elle vient de faire une demande de résidence au CaRMS
20	Il a refait toute la médecine puis il a fait une résidence en radiologie. Le parcours dans le processus a été le même que pour tout étudiant canadien.
21	Les examens réussis sont : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie I) du Conseil médical du Canada, l'examen d'aptitude (partie II) du Conseil médical du Canada, l'ECOS et l'examen de français de l'Office québécois de la langue française. Elle a fait une demande de résidence cela fait un an, mais elle n'a pas été jumelée. Elle vient de refaire la demande de jumelage au CaRMS cette année.
22	Le CMQ ne lui a exigé de passer que l'ECOS car elle avait étudié dans une université américaine au Liban, elle a été donc exemptée de passer les autres examens. Mais à la fin de sa résidence en médecine de famille, on lui a spécifié qu'au niveau du fédéral, elle devait passer les deux examens du Conseil médical du Canada (partie I et partie II).