

Université de Montréal

**Être médecin diplômé à l'étranger au Québec : des parcours contrastés
d'intégration professionnelle**

par

Marie-Jeanne Blain

Département d'anthropologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en anthropologie

décembre 2015

© Marie-Jeanne Blain, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Être médecin diplômé à l'étranger au Québec : des parcours contrastés
d'intégration professionnelle**

Présentée par :

Marie-Jeanne Blain

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Deirdre Meintel : président rapporteur

Sylvie Fortin : directrice de recherche

Fernando Alvarez : codirecteur de recherche

Marie-Thérèse Chicha : membre du jury

Chedly Belkhodja : Examineur externe

Ibrahim Boudarbat : représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le : 18 avril 2016

Résumé

En 2015, il y aurait au Québec plus de 5 000 médecins diplômés à l'étranger, dont près de 2 500 travaillent comme médecins et possiblement autant qui ont emprunté d'autres voies professionnelles, momentanément ou durablement. Les migrants très qualifiés sont réputés faire face à de multiples barrières sur le marché du travail, particulièrement ceux membres de professions réglementées. Le cas des médecins est exemplaire compte tenu de sa complexité et de la multiplicité des acteurs impliqués au cours du processus de reconnaissance professionnelle.

Ayant comme **principal objectif** de documenter les trajectoires d'intégration professionnelle de diplômés internationaux en médecine (DIM) et leurs expériences sur le marché du travail québécois, cette thèse s'attache à comprendre ce qui pourrait distinguer les trajectoires d'intégration en emploi pour un même groupe professionnel. En observant notamment les stratégies d'intégration et les ressources mobilisées, nous cherchons à mieux saisir les parcours des DIM qui se requalifient et qui exercent au Québec et ceux qui se réorientent vers d'autres secteurs d'activités.

La **démarche méthodologique** est qualitative (terrain 2009 à 2012), le cœur des analyses étant basé sur 31 récits de vie professionnelle de DIM ayant migré au Québec principalement dans les années 2000. Les données secondaires incluent 22 entretiens non dirigés auprès d'acteurs clés de milieux institutionnels, communautaires ou associatifs ainsi qu'auprès de DIM très récemment immigrés ou ayant le projet d'immigrer. S'y ajoute l'observation ethnographique ponctuelle, telle que des activités associatives.

La forme retenue pour cette thèse en est une par articles. Le fil directeur est l'exploration de l'interface entre les politiques, les pratiques et les individus au cœur des trajectoires d'intégration professionnelle. Les trois articles (chapitres 4 à 6) visent des focales complémentaires avec le même objectif : l'exploration de la complexité des trajectoires d'intégration professionnelle et la dialectique entre les niveaux micro, méso et macrosociaux. Ces derniers renvoient respectivement à la puissance d'agir des individus et leurs contraintes d'action, les relations sociales, les institutions et les pratiques organisationnelles et plus largement les structures sociopolitiques. Les résultats de cette thèse mettent en lumière des aspects complémentaires de l'intégration professionnelle et en interaction dynamique :

1) dimension macrosociale et politique; 2) dimensions institutionnelles et relations sociales; 3) identité professionnelle.

Suite à l'introduction, la problématique (chap. 1) et la méthodologie (chap.2), le chapitre 3 expose les types des trajectoires d'intégration des DIM, leur hétérogénéité, et met en relief leurs récits de vie professionnelle. Le chapitre 4 soulève le paradoxe entre les politiques d'attraction de l'immigration déployés par les gouvernements canadien et québécois et les mécanismes de régulation opérant sur le marché du travail. Le chapitre 5 explore les stratégies et ressources mobilisées par les DIM et met en lumière l'effet positif des ressources symboliques. Les ressources institutionnelles de soutien, quoique élémentaires dans le processus de reconnaissance professionnelle, ne sont subjectivement pas considérées comme un élément central. Ce sont plutôt les ressources informelles qui jouent ce rôle d'appui significatif, en particulier les pairs DIM. Le chapitre 6 adopte une perspective microsociale et explore le caractère dynamique et relationnel de l'identité professionnelle, mais surtout, la puissance des conditions d'appartenance qui obligent à une flexibilité professionnelle et parfois au retrait de la profession ou du pays. Le chapitre 7 discute au plan théorique de l'intérêt d'une combinaison d'échelles analytiques et d'une ouverture disciplinaire afin de souligner les tensions et angles morts en ce qui concerne les mobilités de professionnels de la santé et leur intégration professionnelle. Cette thèse explore l'interrelation complexe entre les ressources économiques, sociales et symboliques, dans un contexte de fragmentation des ressources institutionnelles et de corporatisme.

Mots clés : immigration; immigrant; trajectoires d'intégration professionnelle; diplômés internationaux en médecine; stratégies d'intégration professionnelle; identité professionnelle; ressources sociales; anthropologie; socio-anthropologie du monde du travail; Québec

Abstract

Of the estimated 5000 immigrant physicians in Quebec in 2015, close to 2500 are employed as doctors while the rest work in other professions, either temporarily or permanently. Highly qualified immigrants are known to experience many barriers to employment, especially those who belong to regulated professions. This is especially true for medical doctors due to the complexity of the professional recognition process and the variety of institutional players involved.

The **main objective** of this thesis is to document the professional integration trajectories of international medical graduates (IMG) and their experiences on the Quebec labour market. My aim is to better understand the wide variety of professional integration trajectories within this professional group. Paying close attention to the strategies and the resources mobilized by the participants IMGs, I document the situation between those who enter the medical profession and those who change careers.

Using a **qualitative methodology**, I carried out 31 semi-structured interviews with IMGs focusing on their professional life stories pre- and post- immigration. Most of them immigrated to Quebec in the 2000s. The secondary data includes 22 non-directive interviews with different key social actors (11), as well as with IMGs (11) who had either immigrated very recently (less than two years) or were planning to. We also engaged in ethnographic observation; e.g. of associative activities.

The common thread linking the three articles that comprise the thesis is the interface between policies, practices and individuals in the process of professional integration. The varying focal points of the articles have the same objective: the exploration of the complexity of professional integration trajectories and the dialectic that exists between the micro, mezzo and macro levels. In other words, what an individual can and cannot do professionally, taking into account the influence of social relationships, institutions, organizational practices, as well as sociopolitical structures. The results shed light on the complementary and dynamic interplay that affects professional integration on several levels: 1) the macrosocial and political dimension; 2) the institutional dimension and social relationships; 3) professional identity.

Following the introduction, I present the research problem (chap.1) and the methodology (chap.2). Chapter 3 outlines the different types of integration paths of the IMGs, and presents

their professional life stories. In Chapter 4 I examine the paradox that exists between immigration policies that aim to attract highly qualified migrants and regulatory mechanisms in the labour market that place limitations on many migrants. Chapter 5 presents the strategies and resources used by the IMGs and highlights the positive effect of symbolic resources. Institutional support resources, although basic to the professional recognition process, were not considered to be central by the IMGs. Instead, the informal resources were identified as playing a key role, especially IMG peers. Chapter 6 adopts a microsocial perspective and explores the dynamic character of the professional identity. It explores the importance of the conditions of belonging that may force an individual to be professionally flexible and sometimes to leave the medical profession or the country. Chapter 7 discusses the theoretical interest of a combination of analytical scales and disciplinary openness to highlight the tensions and blind spots in regard to the mobility of health professionals and their professional integration. Finally, this thesis explores the complex interplay of economic, social and symbolic resources in a context of highly fragmented institutional resources and corporate protectionism.

Key words: immigration, immigrant, professional integration trajectories, international medical graduates, professional integration strategies, professional identity, social resources, anthropology, socio-anthropology of work, Quebec.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	xii
Liste des figures	xiii
Liste des sigles et abréviations	xiv
Dédicace	xv
Remerciements	xvi
Partie I : Introduction, problématique et méthodologie	1
INTRODUCTION	2
Un contexte en mouvance, des tendances qui perdurent	3
Les motivations	4
La démarche	5
Le fil directeur	6
La forme et le plan	8
CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE	11
1.1 Introduction	11
1.2 Migrations, mondialisation et anthropologie	12
1.3 Contexte, définitions et statistiques	14
1.3.1 Définitions	15
1.3.1.1 « Migrant très qualifié »	15
1.3.1.2 « Médecin diplômé à l'étranger »; « diplômé international en médecine »	16
1.3.2 Quelques statistiques	18
1.3.2.1 Migrations de professionnels de la santé et de médecins	18
1.3.2.2. Diversification des pays d'origine	23
1.3.2.3 Distribution spatiale : immigration dans les villes et les régions	24
1.4 Parcours d'intégration professionnelle des migrants très qualifiés et des médecins diplômés à l'étranger	25
1.4.1 Données statistiques sur l'intégration en emploi de médecins diplômés à l'étranger	27
1.4.2 Facteurs en jeu.....	29
1.4.3 Mobilités professionnelles et plafond de verre	31
1.4.4 Stratégies d'intégration au marché du travail	33

1.5 Des politiques et des paradoxes	34
1.5.1 Approche du capital humain.....	35
1.5.2 Enjeux éthiques associés aux politiques d'attraction de l'immigration	37
1.6 Ressources de soutien et réseaux sociaux	38
1.6.1 Réseau social et emploi.....	38
1.6.2 Famille et emploi.....	42
1.6.3 Ressources institutionnelles de soutien	43
1.7 Identité professionnelle et stratégies identitaires	47
1.7.1 Identité professionnelle	47
1.7.1.1 Identité	47
1.7.1.1 Identité professionnelle	48
1.7.2 Stratégies identitaires.....	49
1.8 Conclusion et ouverture	53
CHAPITRE 2 - ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET CADRE D'ANALYSE	56
2.1 Introduction	56
2.2 Préambule : trajectoire intellectuelle	56
2.3 Pertinence, objectifs et concepts clés	58
2.3.1 Objectifs de recherche	60
2.3.2 Concepts clés	61
2.3.2.1 Intégration professionnelle.....	61
2.3.2.2 Identité professionnelle	62
2.3.2.3 Ressources de soutien.....	62
2.3.2.4 Stratégies	63
2.4 Repères théoriques	64
2.4.1 Influences théoriques	64
2.4.2 Récits de vie professionnelle : changements et temporalité	66
2.5 Approche méthodologique et corpus	68
2.5.1 Populations à l'étude	68
Volet 1 : entretiens semi-dirigés auprès de diplômés internationaux en médecine	70
Volet 2 : entretiens informels	75
Volet 3 : observations d'événements pertinents	76
2.5.2 Mode de recrutement des répondants.....	76
2.5.3 Éthique à la recherche	77
2.6 Analyse des données	77
2.7 Contributions escomptées et limites anticipées	78
Partie II : Résultats	81
CHAPITRE 3 – RÉCITS ET TRAJECTOIRES	82

3.1 Introduction	82
3.2 Des trajectoires types d'intégration professionnelle.....	84
1) Des requalifications directes et relativement rapides comme médecin	84
2) Des requalifications suite à un parcours du combattant	86
3) Des réorientations.....	92
3.3 Récits. Les parcours facilités de « recrutés » : Pierre et Françoise	97
3.3.1 Une trajectoire sans heurt : Pierre.....	97
Profil et moments clés	97
Récit et trajectoire professionnelle de Pierre.....	97
3.3.2 La passion de l'enseignement et de la recherche : Françoise.....	100
Profil et moments clés	100
Récit et trajectoire professionnelle de Françoise.....	101
3.4 Récits. Les parcours du combattant : Claudia et Sayed	106
3.4.1 Un parcours du combattant et la centralité du soutien des DIM : Claudia	106
Profil et moments clés	106
Récit et trajectoire professionnelle de Claudia.....	106
3.4.2 Une tentative de réorientation, mais une vocation profonde qui encourage à tenter « le presque impossible » : Sayed.....	112
Profil et moments clés	112
Récit et trajectoire professionnelle de Sayed.....	112
3.5 Récits. Les réorientations professionnelles : Didace et Carmen.....	119
3.5.1. La responsabilité familiale et le choix de carrière ambigu : Didace	119
Profil et moments clés	119
Récit et trajectoire professionnelle de Didace.....	119
3.5.2 Travailler dans un milieu professionnel stimulant : Carmen.....	126
Profil et moments clés	126
Récit et trajectoire professionnelle de Carmen	126
3.6 En guise d'ouvertures.....	132
<i>CHAPITRE 4 - L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE DE MÉDECINS DIPLÔMÉS À L'ÉTRANGER AU QUÉBEC : UN ENJEU D'ENVERGURE EN SANTÉ MONDIALE.....</i>	<i>135</i>
Résumés.....	135
4.1 Introduction	136
4.2 Des mobilités accélérées et des trajectoires d'intégration professionnelle différenciées	138
4.3 L'intégration professionnelle du point de vue politique : enjeux éthiques associés aux politiques d'attraction de l'immigration.....	141
4.4 L'intégration professionnelle du point de vue institutionnel : reproduction de la culture organisationnelle et régulation du marché du travail.....	145

4.5 L'intégration professionnelle du point de vue stratégique : pratiques de négociation et d'affinité	150
4.5.1 Stratégies informelles de négociation	151
4.5.2 Affinité sélective et reconnaissance différentielle	152
4.6 Conclusion.....	154
Références	156
<i>CHAPITRE 5 - PROFESSIONAL JOURNEYS OF INTERNATIONAL MEDICAL GRADUATES IN QUEBEC: RECOGNITION, UPHILL BATTLES, OR CAREER CHANGE.....</i>	
Abstract	159
5.1 Introduction	160
5.2 Integration into the Labour Market for an International Medical Graduate	163
5.2.1 Statistical Overview	163
5.2.2 Policies & Programs, Pathways & Resources for Professional Integration	164
5.3 Methodology	166
5.3.1 Description of the Main Population (31 IMGs).....	168
5.3.2 Analysis	170
5.4 Results: Resources and Strategies	170
1) The Invisible Pathway of the "Recruited": Professor-Researchers with Symbolic Resources	170
2) The Uphill Battle	172
3) The Career Change	175
5.5 Discussions	177
5.5.1 Resources... and Recognition	177
5.5.2 Perceptions of IMGs: Are Institutional Resources Adapted and Accessible?	179
5.6 Conclusion.....	181
References	187
<i>CHAPITRE 6 - ÊTRE MÉDECIN ET IMMIGRANT AU QUÉBEC : UNE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE MALMENÉE.....</i>	
Résumés.....	191
6.1 Introduction	192
6.2 Contexte de la recherche.....	194
6.2.1 Méthodologie	194
6.2.2 Des processus d'intégration socioprofessionnelle complexes.....	196
6.2.3 Identité et stratégies identitaires.....	197
6.3 L'identité professionnelle pour soi.....	199
6.3.1 L'identité fluide	200

6.3.2 Stratégies d'ajustement de la vision de soi et relativisation	202
6.4 Conditions d'appartenance et catégorisation	204
6.4.1 Contraintes d'appartenance et « auto-retrait »	204
6.4.2 L'identité attribuée	206
6.4.2.1 L'exception : la carrière universitaire	206
6.4.2.2 « Fais le deuil de la médecine », « Sois flexible »	207
6.4.2.3 Reconnaissance différenciée selon les contextes	209
6.5 Stratégies de présentation de soi	211
6.5.1 Identité professionnelle contextuelle : dire ou ne pas dire que l'on est médecin	211
6.5.2 « Ne pas faire de vagues »	212
6.6 Conclusion	214
Références	216
Partie III : Discussion et conclusion	220
CHAPITRE 7 – DISCUSSION : PROJET THÉORIQUE ET APPORT EMPIRIQUE	221
7.1 Introduction	221
7.2 Projet théorique	223
7.2.1 Porosité des frontières disciplinaires	225
7.2.2 Contextualisation analytique et outils conceptuels intégrateurs : stratégies, réseaux, trajectoires	226
7.2.2.1 Stratégies	226
7.2.2.2 Réseau social (opérationnalisé comme ressource de soutien).....	227
7.2.2.3 Trajectoires.....	229
7.3 Apport empirique	231
7.3.1 Paradoxes et tensions entre les politiques et les pratiques	231
7.3.1.1 Promotion d'une mobilité temporaire et exclusion subtile.....	233
7.3.1.2 Entre discours d'attraction et pratiques organisationnelles : reproduction sociale et brain waste.....	237
7.3.2 Trajectoires d'intégration professionnelle : entre ressources, stratégies et reconnaissance	240
7.3.2.1 Ressources et reconnaissance	242
7.3.2.2 Stratégies, identité et reconnaissance	245
7.4 Portée et limites	250
7.5 En deux mots	252
CONCLUSION FINALE.....	255
Synthèse.....	257
Contributions.....	262
Pistes de recherches	264

BIBLIOGRAPHIE GLOBALE	267
Annexes	I
Annexe 1 « Déclaration de médecin diplômé à l'étranger » (v.2004)	II
Annexe 2 « Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis » (v.2012)	III
Annexe 3 « Parcours comparatifs entre les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) et les médecins diplômés au Canada et aux États-Unis (DCEU) pour l'accès à un poste en résidence en 2007 »	IV
Annexe 4 « Guide d'entrevue auprès des DIM »	V
Annexe 5 « Formulaire d'information et de consentement à l'adresse des médecins diplômés à l'étranger »	VIII
Annexe 6 « Formulaire d'information et de consentement à l'adresse des acteurs institutionnels et des milieux communautaires »	XIII

Liste des tableaux

Tableaux du Chapitre 3 (Méthodologie)

Tableau 1. Périodes d'arrivée au Québec par nombre de répondants	72
Tableau 2. Régions d'obtention du diplôme en médecine	73
Tableau 3. Occupation principale au Québec	74

Tableaux du Chapitre 5 (Article « Professional Journeys of IMGs »)

Table 1. Entryways to Practicing Medicine for IMGs and Minimal Length of Process	184
Table 2. Resources Consulted by IMGs in our Study	185
Table 3. Regions of Graduation	168
Table 4. Pre-migratory Career	168
Table 5. Main Occupation in Quebec.....	169

Liste des figures

Figures du Chapitre 3 (Méthodologie)

Figure 1. Catégorie d'immigration initiale.....	71
Figure 2. Profession prémigratoire en médecine	73

Liste des sigles et abréviations

AQMPR :	Association québécoise des médecins en permis restrictif
ARM :	Entente France-Québec, Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications
CaRMS :	Canadian Resident Matching Service – Service canadien de jumelage des résidents
CDPDJ :	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec
CIC :	Citoyenneté et Immigration Canada
CIQ :	Conseil interprofessionnel du Québec
CMC :	Conseil médical du Canada
CMQ :	Collège des médecins du Québec
CREMCV :	Club de recherche d'emploi Montréal Centre-ville
DEC :	Diplôme d'études collégiales
DHCEU (médecin) :	médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis
DIM :	Diplômé international en médecine
DIS :	Diplômé international en santé
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
IMG :	International medical graduate
MDÉ :	Médecin diplômé à l'étranger
MICC :	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MIDI :	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (autrefois MICC)
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIQ :	Ordre des ingénieurs du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
RAMQ :	Régie de l'Assurance maladie du Québec
RSQ :	Recrutement Santé Québec
TCRI :	Table de Concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes

Dédicace

À ma fille Léona qui est née et a grandi au fil de cette thèse.

Remerciements

La thèse n'est pas qu'une aventure solitaire et elle aurait été impossible sans la présence et l'appui de personnes qui ont traversé mon sentier et que j'ai eu le privilège de côtoyer.

Avant tout, merci à tous les médecins rencontrés pour leur grande générosité, pour leur ténacité inspirante. Il m'a souvent semblé que d'accomplir cette thèse était peu de chose en comparaison à la détermination qu'ils mettent de l'avant. Ma reconnaissance va également à l'accueil des gens du milieu, qui m'ont permis, particulièrement dans les premières étapes du projet, de mieux comprendre la complexité du processus de reconnaissance.

Merci à Sylvie Fortin pour sa patience légendaire et sa compréhension, à son mentorat qui a duré plus d'une décennie (et qui a commencé bien avant la thèse). À Fernando Alvarez pour son souffle militant et critique. Je ne saurai oublier mon mentor Gilles Bibeau qui a suivi de près et de loin ma trajectoire intellectuelle avec un sourire en coin face à ma vision teintée de rose. Merci aux remarques judicieuses et posées de Marie-Thérèse Chicha qui m'ont guidée et fait progresser.

Cette recherche n'aurait pas vu le jour sans l'appui financier du Conseil de Recherche en sciences humaines du Canada, de la Fondation du CHU Sainte-Justine et de la Fondation des étoiles ainsi que du département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

Mon parcours universitaire s'est substantiellement enrichi grâce à l'appui et la présence de mes collègues qui m'ont épaulé tout au long, Géraldine Mossière, Arthur Pecini, Marie-Ève Carle, José Carlos Suárez-Herrera, Yannick Boucher, Patricia Garcia, Kiven Strohm, Vincent Duclos (et j'en oublie!). Nos échanges m'ont permis de me transformer et de prendre un recul bénéfique. Ma gratitude également à Mirela Mocka, conseillère auprès des médecins diplômés à l'étranger au CREMCV, qui a lu attentivement plusieurs parties de ma thèse et a contribué à préciser et actualiser son contenu. Merci à mes anciens collègues de travail, du temps où j'étais conseillère en emploi pour les personnes immigrantes et qui m'ont toujours ouvert leurs portes, Richard Paradis et Diane DeBlois au CIE Laurentides, Marie-Claire Rufagari, Marie-Josée Duplessis et Pascale Chanoux à la TCRI. Merci à l'Unité de Pédiatrie interculturelle du CHU Sainte-Justine et à ses membres qui m'ont permis de faire mes premiers pas dans le milieu médical.

Merci à ma famille et mes amis.

Partie I : Introduction, problématique et méthodologie

INTRODUCTION

tout le reste était parfait (Fahim¹, Russie, réorienté, poste de niveau universitaire en santé non clinique)

Cette thèse porte sur les trajectoires d'intégration en emploi de médecins ayant immigré au Québec principalement dans les années 2000. Ces trajectoires s'insèrent dans un cadre institutionnel complexe. Le Québec et le Canada ont mis en place des politiques d'attraction de l'immigration vis-à-vis de professionnels ayant des compétences hautement valorisées. Paradoxalement, une fois établis, leurs acquis sont inégalement reconnus. Dans ces circonstances, l'élément déclencheur de cette recherche a été l'observation de trajectoires d'intégration professionnelle très différentes pour un même groupe professionnel de migrants très qualifiés. Son **principal objectif** est de documenter les trajectoires d'intégration professionnelle de diplômés internationaux en médecine (DIM)² et leurs expériences sur le marché du travail québécois. J'ai tenté de comprendre ce qui pourrait distinguer les trajectoires d'intégration pour un même groupe professionnel diplômé à l'étranger et ayant migré au Québec. Autrement dit, comment certains en viennent à occuper par exemple des postes comme professeur et chercheur en médecine, comme médecin de famille, comme professionnel en santé publique ou préposé aux bénéficiaires? Pour y répondre, les stratégies d'intégration professionnelle et les ressources mobilisées par les DIM ont été examinées. Plus précisément, différentes questions ont été mises à profit : comment accèdent-ils à un emploi au Québec? Peut-on comprendre leurs processus d'intégration en emploi en lien avec leur identité professionnelle comme médecin? Quelles sont les ressources mobilisées par ces médecins, comment opèrent les leviers entre les ressources formelles (les services gouvernementaux, les corporations, les universités, etc.) et informelles (groupes de pairs, familles ou amis, etc.)? Depuis une posture anthropologique, depuis une démarche qualitative, inductive et critique, je me suis intéressée au point de vue de ces médecins ayant migré au Québec, les trajectoires d'intégration en emploi ont été analysées, tout en mettant en perspective leurs expériences avec le contexte sociopolitique plus large.

¹ Tous les noms de répondants sont des pseudonymes.

² Les termes « médecin diplômé à l'étranger », « diplômé international en médecine » ou « médecin diplômé hors Canada et États-Unis (DHCEU) » sont utilisés ici de façons synonymes. Les DIM de notre enquête sont tous migrants et diplômés hors Canada et États-Unis. Ils ont été recrutés par des institutions depuis l'étranger ou ont migré sans emploi confirmé.

Un contexte en mouvance, des tendances qui perdurent

L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger est un thème d'actualité et soulève des enjeux substantiels. Le sujet ne laisse pas indifférent et les façons de l'aborder varient selon les positions des parties en jeu. Par exemple, le Collège des médecins du Québec justifie fréquemment les exigences de requalification des candidats en lien avec la protection de la population, l'excellence requise pour l'accès au permis de pratique, l'équité du processus, tout en soulignant l'adaptation nécessaire des DIM et leur hétérogénéité. Pour l'illustrer, la presse québécoise rapporte sporadiquement les propos de représentants du Collège des médecins ou du ministre de la Santé.

« On veut avoir tous les citoyens québécois titulaires d'un diplôme en médecine, a précisé M. Bolduc [ministre de la Santé]. On se veut inclusifs. Et on donnera la chance aux autres, qui n'ont pas les compétences requises, de participer à notre société. » (Champagne, Journal La Presse, janvier 2010)

« Dr Yves Robert, porte-parole du Collège des médecins, préfère voir le verre à moitié plein. "M. Cousineau [président de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse] se désolé que huit médecins sur 16 ayant suivi le stage en 2013 ne se soient pas trouvé de place en résidence, mais c'est un succès pour les huit autres", fait-il remarquer. Il souligne également que ce ne sont pas tous les détenteurs d'un diplôme de médecine qui réussissent à entrer en résidence, peu importe leur pays d'origine. » (Léouzon, Journal Métro, août 2013)

D'un autre point de vue, certains y voient la présence persistante de discrimination systémique (Boyd 2013; Chicha 2009; CDPDJ 2010b; 2010d; 2013). D'autres, notamment des associations de DIM, soulignent les difficultés et résistances afin d'être reconnus professionnellement (AMEQ 2008; Duguay 2012; Gervais 2009b). Les chercheurs en sciences sociales soulèvent généralement les tensions, les zones d'ombre à débusquer, le plus souvent les problématiques et les freins; tandis que peu de recherches portent sur les migrants ayant réintégré leur profession, vides soulignés ailleurs pour des populations immigrantes générales (Blain 2005, 2006; Misiorowska 2012).

Il s'agit d'un thème d'actualité, qui bouge. Depuis le début de cette recherche, différentes transformations ont eu lieu. Les politiques gouvernementales évoluent³, les organismes de

³ Par exemple, 1) depuis 2008, un médecin titulaire d'un permis restrictif peut le faire convertir, après cinq ans, en permis régulier. Précédemment, il était renouvelé annuellement, indéfiniment, et sans garantie (Légaré 2008; Robert 2008) (une grande avancée menée par l'Association des médecins en permis restrictif, association dissoute depuis, en mars 2014) (CMQ et AQMPR 2014), 2) *l'arrangement de reconnaissance mutuelle* France-Québec (ARM) a été signé en 2009 (CMQ

soutien ou les associations changent⁴, différents acteurs se mobilisent et des recherches documentent les processus en cours⁵. Cette thèse représente une analyse d'une situation qui continuera de progresser, je l'espère. Néanmoins, par-delà ces changements, il semble y avoir des tendances fortes qui perdurent, tendances mises en lumière ici.

Les motivations

Plus intimement, c'est une expérience passée de conseillère en emploi auprès des personnes immigrantes qui m'a motivée à me lancer dans ce projet de recherche. Perplexe depuis de nombreuses années face aux difficultés professionnelles vécues par les migrants très scolarisés, spécialement ceux membres de professions réglementées, je me suis retrouvée un jour face à un médecin spécialiste. Son anxiété, le peu d'avenues qui s'offraient à lui à ce moment, mon incompréhension de sa situation pour lui suggérer des orientations professionnelles possibles et ma gêne lorsque nous avons trouvé, malgré tout un poste bien en deçà de ses qualifications (mais qui lui a permis de souffler un peu) m'ont poussé à chercher des réponses ailleurs. Je terminais alors une maîtrise en anthropologie sur la relativité du sentiment de déclassement (pour comprendre notamment le vécu d'universitaires migrants face à la déqualification professionnelle). J'adoptais alors une perspective phénoménologique et constructiviste. Or, depuis cette période, au fur et à mesure de mon cheminement intellectuel, consciente des enjeux politiques de ma thématique de recherche, et réalisant l'ampleur du phénomène, j'ai adopté graduellement une approche plus critique, plus alerte vis-à-vis des enjeux macrosociaux et aux nombreux

2014b; CMQ *et al.* 2009). 3) Depuis novembre 2014, un changement dans les procédures d'immigration a eu lieu, permettant des démarches simplifiées et accélérées pour des travailleurs qualifiés, les médecins spécialistes et omnipraticiens étant admissibles (MIDI 2014d).

⁴ Par exemple, plusieurs recommandations proposées par le Comité Echavé en 2009 commencent à être appliquées, dont la mise sur pied en 2011 du Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé, et le financement du programme « Transition de carrière » au CREMCV pour les DIM se réorientant (Gouvernement du Québec 2009). Ajoutons qu'une association est née, l'Association des médecins DHCEU du Québec (regroupant principalement des DIM en résidence), tandis qu'une autre s'est dissoute (l'AQMRP).

⁵ La Commission des droits de la personne a mené une enquête publiée en 2010 et une mise à jour en 2013 (CDPDJ 2010d, 2013). Au Québec, des recherches ont été financées sur la question, incluant des DIM dans leur population à l'étude, celle de Chicha (2009) (sur les migrantes très qualifiées), celle de Bédard (2014) sur l'application des ARM. Deux mémoires de maîtrise ont été déposés, l'un en santé publique sur les perceptions des médecins immigrants par rapport à leur intégration (Bardai 2010), l'autre en sciences politiques sur l'application des ARM, spécialement par rapport aux médecins de famille diplômés de France (Dumas-Martin 2014).

paradoxes parsemant les parcours professionnels des DIM. Ainsi, mon approche actuelle, s'attachant à combiner au plan analytique des aspects micro, méso et macro, est née de l'évolution graduelle de ma perspective, cherchant à comprendre un phénomène complexe et sachant « que ce qui apparaît à un niveau d'observation disparaît à l'autre » (Desjeux [2006], se référant à l'intérêt de combiner les échelles d'observation).

La démarche

Cette recherche est abordée via une démarche anthropologique, guidée par une approche interactionniste et inspirée au plan conceptuel par l'anthropologie critique, l'anthropologie de la santé, et la sociologie organisationnelle et de la santé (dont Fassin, Massé, Bibeau, Shuval, Sainsaulieu). Un terrain approfondi a été mené afin de créer l'espace nécessaire à l'émergence d'éléments signifiants pour les migrants rencontrés (Demazière et Dubar 2004; Glaser et Strauss 1967). Dans une perspective où l'individu est acteur de sa destinée, mais ne dispose pas de libertés infinies dans un contexte donné, j'entends mettre en lumière les stratégies professionnelles déployées, influencées tant par le contexte, les relations sociales, l'information acquise sur le nouvel environnement, les valeurs et l'importance accordée à l'identité professionnelle dans la constitution des projets d'intégration professionnelle.

De nature qualitative, cette recherche inclut 3 volets complémentaires de collecte de données. 1) Entretiens semi-dirigés (31 réalisés), répartis entre des médecins ayant réintégré ou non la médecine (tant à Montréal qu'en région au Québec), établis au Québec principalement depuis trois à dix ans. Peu de recherches en sciences sociales ont dans leur population à l'étude des migrants ayant effectivement réintégré leur profession. Cette particularité au sein de ma recherche s'est avérée très profitable. Cette recherche a permis également d'investiguer la question névralgique et encore peu documentée de la réorientation professionnelle des populations immigrantes et des DIM en particulier. Ajoutons que les répondants principaux sont divisés également en termes de genre, langue maternelle français/autre, pays traditionnels d'immigration ou non. 2) Entretiens non dirigés auprès d'acteurs clés du milieu (tels que des responsables de l'embauche au sein d'hôpitaux, conseiller de CAMO personnes immigrantes, des représentants associatifs, conseillers en emploi auprès des personnes immigrantes, etc.) (11 réalisés). Entretiens non dirigés et informels auprès de médecins diplômés à l'étranger établis depuis moins de deux et/ou ayant

le projet d'immigrer au Québec (11 réalisés). 3) Observations ethnographiques ponctuelles d'événements pertinents tels que des activités associatives de médecins diplômés à l'étranger ou des événements publics abordant les questions de l'intégration des DIM. Le matériel a donné lieu à une analyse descriptive et de contenu (détaillée au chapitre 3 – Méthodologie).

Le fil directeur

Les personnes immigrantes ne sont pas que des « électrons libres », leurs trajectoires sont tout autant influencées par le contexte, leurs réseaux et ressources de soutien que leurs caractéristiques individuelles. Au fil de la thèse, l'intégration professionnelle a été considérée comme un processus dynamique et relationnel qui dépasse l'individu, ses caractéristiques personnelles, et engage la société dans son ensemble, notamment ses entreprises, ses institutions et ses appareils d'État (Fortin 2000b; Fournier et Bourassa 2004; Sainsaulieu 1997).

Documenter des trajectoires d'intégration professionnelle implique la prise en compte de différents niveaux d'observation au plan analytique (Desjeux 2006; Massé 2010). Une échelle d'observation microsociale a été adoptée, appréhendée principalement depuis les récits de vie professionnelle (Avril *et al.* 2010; Demazière 2011; Demazière et Dubar 2004; Grossetti 2006). Cette échelle a également permis de dégager des niveaux de réalités complexes. D'une part, l'identité professionnelle peut apporter un éclairage sur certains choix professionnels et sur l'observation de trajectoires de mobilité de retour. Mais le caractère relationnel de l'identité est influent, par la reconnaissance des acteurs en présence, par le type de conseils donnés pour l'orientation vers des filières professionnelles plus ou moins qualifiées ou valorisées. D'autre part, les trajectoires sont modulées par la possibilité de mettre en branle des stratégies d'intégration à travers la capacité de mobiliser un réseau de soutien, par l'accès à des services au plan institutionnel et associatif (niveau méso). Tandis que le niveau macrosocial encadre les choix disponibles et les perspectives professionnelles, tels les effets de la globalisation, la division internationale du travail et la valorisation de la surspécialisation, les politiques en vigueur ou les programmes liés à la reconnaissance professionnelle en place, etc. L'intégration professionnelle hétérogène des DIM sur le marché du travail québécois relève de l'un et l'autre des niveaux d'observation. Comme le souligne la

sociologue Mihaela Nedelcu : « Aujourd’hui, on s’accorde à accepter que les cerveaux ne sont pas des ‘électrons libres’, ils ne sont pas déconnectés des contextes micro et mésosociaux » (2005: 205). Le fil directeur de cette thèse repose sur la prise en compte de l’interaction complexe entre ces différents niveaux du social qui favorisent une mise en lumière des éléments complémentaires influençant les trajectoires d’intégration de diplômés internationaux en médecine établis au Québec.

En début de thèse, en regard des trajectoires d’intégration très hétérogènes pour un même groupe professionnel, je me suis rapidement interrogée sur l’approche du capital humain. Cette approche issue du domaine des sciences économiques et sociales est appliquée en politique dans le cadre des pratiques de sélection de l’immigration. Elle stipule qu’une personne détenant un profil favorable s’intégrera au marché du travail à la « mesure de ses talents ». Malgré l’apparence de savoirs scientifiques aisément transférables dans un nouveau contexte national, la réalité est autre. Notre recherche a mis à jour que les pratiques organisationnelles, affichées comme un processus neutre, montrent la préférence pour l’embauche de personnes « similaires », favorisent ceux qui ont ressources sociales et symboliques, ceux qui maîtrisent les codes. Certains acteurs des milieux institutionnels vont quant à eux plaider « la qualité de la formation » ou « l’adaptation nécessaire » des DIM.

« Quoique les connaissances médicales, la formation des médecins et les divers outils diagnostiques de la médecine se soient internationalisés, il existe encore des différences importantes dans les formations reçues, les champs d’exercices des différentes spécialités, les approches diagnostiques et les traitements. (...) Ce constat ne constitue pas un jugement qui va à l’encontre des compétences et expériences acquises par des médecins DHCEU. Ces différences sont normales et s’expliquent. Dans certaines spécialités comme la médecine familiale et la psychiatrie, l’exercice de la médecine est étroitement lié à la culture et à l’environnement social d’un milieu, même si elle procède de connaissances scientifiques identiques. » (Recrutement Santé Québec 2014: 1)

L’intégration en emploi comme médecin au Québec est complexe, longue et onéreuse (au plan financier et humain). Il demeure, et c’est une des conclusions de la présente recherche, que certains médecins diplômés à l’étranger font face à davantage de difficultés que d’autres, et cela s’explique difficilement. À cela s’ajoute que certains font face à une reconnaissance très inégale de leurs acquis selon la personne à laquelle ils s’adressent. Par ailleurs, l’ensemble du processus de reconnaissance professionnelle, qui fonctionne en vase clos et au sein duquel chaque étape n’est pas garante de la suite, rend le processus opaque. Cette recherche met en lumière que les aspects discrétionnaires, contingents, qui semblent parfois

même relever de la « chance », du « destin » ou du « hasard » parsèment les expériences des DIM. Dans un contexte compétitif où les DIM doivent déployer une forte motivation et un travail de reconnaissance de longue haleine, rien n'est garanti et « la chance » peut jouer (ou non) en leur faveur.

Face aux résultats très hétérogènes des personnes immigrantes sur le marché du travail, une réponse courante du gouvernement est de suggérer d'améliorer en amont le processus de sélection. Dans la Presse canadienne, le ministre fédéral de l'Immigration Jason Kenney (de 2008 à 2013) le dit sans détour : face à la non-reconnaissance de leurs diplômes au Canada ou parce que les nouveaux immigrants « ne seraient pas à la hauteur des normes canadiennes », le ministre plaide la « transparence ». Voici l'extrait de sa déclaration :

« Nous voulons être transparents. Nous leur disons qu'il ne vaut pas la peine pour eux de venir au Canada s'ils n'ont aucune chance que leur éducation et leurs aptitudes soient reconnues, a dit le ministre aux journalistes, mercredi. Et je pense que nous leur rendons service et que nous rendons service au Canada. On ne manque pas de gens qui veulent immigrer ici. Alors invitons ceux qui ont les meilleures chances de succès. » (La Presse canadienne 2012)

Cette thèse a permis à maintes occasions d'observer les discours paradoxaux entre les politiques d'attraction de l'immigration et les discours de deuil ou de flexibilité professionnelle.

La forme et le plan

Cette thèse est rédigée par articles, ces articles (chapitres 4 à 6) sont parties prenantes de la deuxième partie de la thèse exposant les résultats. Le chapitre 3 « Récits et trajectoires » introduit les résultats et permet de rendre compte de la complexité et de l'hétérogénéité des trajectoires d'intégration des DIM. Des trajectoires types y sont détaillées en y présentant les différents facteurs communs pour chacun et en mettant en relief les éléments distinctifs. Ce chapitre présente également des récits de vie professionnelle de DIM et approfondit leur vécu. Ces récits exposent des points tournants et moments significatifs dans leurs trajectoires, ils mettent en relief les stratégies et ressources utilisées. Ce chapitre donne voix aux répondants, décrit leurs expériences particulières tandis que plusieurs points communs et tendances apparaissent. Ensuite, chacun des articles (chapitres 4 à 6) explore une facette particulière de l'intégration professionnelle des DIM au Québec. L'objectif général est le même : examiner la complexité des trajectoires d'intégration des DIM au Québec, tandis que

l'éclairage analytique est complémentaire à chacun. Le chapitre 4 adopte une perspective davantage macrosociale (et critique). Il soulève le paradoxe entre les politiques d'attraction de l'immigration déployées par les gouvernements canadien et québécois et les mécanismes de régulation opérant sur le marché du travail. Ces mécanismes entraînent une reproduction organisationnelle et écartent de fait les sujets qui ne correspondent pas d'emblée « à la norme ». Le chapitre 5 se penche sur les stratégies et ressources mobilisées par les DIM et met en lumière l'effet positif des ressources symboliques, particulièrement pour les diplômés en Europe de l'Ouest francophone. Quoique élémentaires dans le processus de reconnaissance, les ressources institutionnelles ne sont subjectivement pas considérées comme un élément central leurs trajectoires d'intégration. Plutôt, ce sont les ressources informelles qui jouent ce rôle d'appui significatif, particulièrement les pairs DIM dans le cas des médecins expérimentant un parcours du combattant. Le chapitre 6 adopte une perspective microsociale et s'intéresse au caractère dynamique et relationnel de l'identité professionnelle, mais surtout, à la puissance des conditions d'appartenance qui obligent à une flexibilité professionnelle et parfois au retrait de la profession ou du pays. Les notions de pouvoir et de reconnaissance sont au cœur de ces processus identitaires.

Le chapitre 7 dégage des éléments afin de nourrir la discussion quant au projet théorique de cette thèse et l'apport empirique visé. Ce chapitre permet de lier analytiquement les niveaux micro et macro dégagés, à travers les concepts intégrateurs de « stratégies », « réseaux » et « trajectoires ». Globalement, cette recherche examine l'interrelation complexe entre les ressources économiques, sociales et symboliques, dans un contexte de fragmentation des ressources institutionnelles et de protectionnisme corporatif. Au final, un regard critique est posé sur les approches en sciences sociales qui sont centrées sur l'individu et qui font abstraction des normes et contraintes sociales. Au plan théorique, cette thèse explore l'apport de perspectives dynamiques combinant les échelles analytiques afin de saisir des phénomènes complexes. Elle ouvre des débats politiques en regard des perspectives professionnelles de migrants ayant des compétences en demande sur le marché du travail, initialement valorisées lors que processus d'immigration, mais inégalement reconnus une fois immigrés au Québec. Des enjeux d'équité et d'accessibilité sont soulevés, dans un contexte de pénurie de professionnels de la santé. Cette thèse contribue à un champ peu développé en sciences sociales portant sur les processus d'intégration des personnes immigrantes, au-delà de l'approche du capital humain (Favell *et al.* 2006).

Au cours des prochaines pages, la structure de la thèse se présente comme suit. La première partie inclut cette introduction, la problématique (chapitre 1), suivie de l'approche méthodologique retenue et du cadre conceptuel et théorique (chapitre 2). La deuxième grande partie comprend les quatre chapitres exposant les résultats. Chapitre 3 : « Récits et trajectoires »; chapitre 4 : « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale »; chapitre 5 « Professional Journeys of International Medical Graduates in Quebec: Recognition, Uphill Battles, or Career Change »; chapitre 6 : « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée »⁶. En dernière partie, une discussion sur le projet théorique et l'apport empirique est proposée au 7^e chapitre, suivie d'une conclusion de l'ensemble de la thèse.

⁶ Les détails de ces articles sont :

- Blain, Marie-Jeanne, José Carlos Suárez-Herrera et Sylvie Fortin (2012). « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie & Santé, revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, no 5, numéro spécial, dir. S. Mulot, S. Musso et J. Sakoyan, 'Circulation des pourvoyeurs et bénéficiaires de soins', mis en ligne 27 nov. 2012, 16 p. <http://anthropologiesante.revues.org/973>
- Blain, Marie-Jeanne, Sylvie Fortin et Fernando Alvarez (sous presse 2015). "Professional Journeys of International Medical Graduates in Quebec: Recognition, Uphill Battles, or Career Change", *Journal of International Migration and Integration (JIMI)*, 25 p. DOI: 10.1007/s12134-016-0475-z <http://link.springer.com/article/10.1007/s12134-016-0475-z>
- Blain, Marie-Jeanne, Sylvie Fortin et Fernando Alvarez (2014). « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée », *Revue Européenne des migrations internationales (REMI)*, 30(3&4) : 139-162. <http://remi.revues.org/7021>

CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE

1.1 Introduction

Although Canada's immigration policy has long emphasized the selection of highly-skilled immigrants – and since the 1990s preferably those with high levels of post-secondary education – certain critical gaps have emerged between this skilled immigration emphasis and what actually happens in Canadian labor markets. (Reitz 2013: 147)

Afin de répondre à des enjeux démographiques, économiques et linguistiques, le Québec accueille chaque année de quarante à cinquante mille nouveaux arrivants (MIDI 2014b). Attirer des migrants qualifiés au Québec et au Canada est un objectif clair des gouvernements (CIC 2008; 2011; MICC 2011b). Ces objectifs sont visibles dans la récente modification de la politique d'immigration favorisant l'obtention d'un visa accéléré pour les travailleurs qualifiés, incluant les médecins (spécialiste ou omnipraticien) (MIDI 2014d). Or, l'intégration professionnelle de ces populations immigrantes au profil prometteur n'est pas sans embûches. Tel que reflété par le taux de chômage, le niveau de salaire ou l'adéquation entre l'emploi convoité et obtenu, celles-ci n'ont pas un accès égal au marché du travail par rapport aux non-immigrants (Boyd 2013; Chicha et Charest 2008; Dumont et Monso 2007; Eid 2009, 2012; Hum et Simpson 2002; Zietsma 2010). En 2012 au Québec, les immigrants récents affichaient un taux de chômage (19,5 %) et de déqualification (53 %) deux fois plus élevé que les personnes nées au pays (MICC 2013b, 2013c). Les médecins diplômés à l'étranger n'échappent pas à ces difficultés.

Au Québec, le manque de concertation et de coordination entre les ressources institutionnelles impliquées dans le processus de reconnaissance professionnelle des DIM¹ a été relevé (Bardai 2010; Chicha et Charest 2008). Cette carence de coordination et le fait qu'elles travaillent en vase clos créent plusieurs situations paradoxales. Par exemple, les règles d'immigration et celles du ministère de la Santé et des Services sociaux ne sont pas toujours concordantes; ou bien, la reconnaissance des diplômes est relativement accessible, tandis que les places de résidence pour les médecins DHCEU² sont quasi inexistantes (Audas *et al.* 2005; Bourgeault 2005, 2007; Bourgeault et Neiterman 2013; Boyd et

¹ Les termes « médecin diplômé à l'étranger » (MDÉ), « diplômé international en médecine » (DIM) ou « médecin diplômé hors Canada et États-Unis (DHCEU) » sont utilisés indistinctement dans cette thèse.

² Terme utilisé par le Collège des médecins et les instances du milieu de la santé au Québec.

Schellenberg 2007; Chicha et Charest 2008; CDPDJ 2010d; 2013). Dans un contexte où, au Canada, les médecins diplômés à l'étranger représentent 25 % de l'ensemble de la main-d'œuvre, mais seulement 11 % dans la province du Québec (ICIS 2013), et où la pénurie se fait sentir dans certaines spécialités et particulièrement dans les régions éloignées, l'observation de leurs trajectoires professionnelles apparaît d'intérêt.

Dû au format de la thèse par articles, le lecteur excusera une certaine redondance dans la présentation de notre problématique de recherche. Ce chapitre permet de bonifier les éléments esquissés de façon synthétique au sein des articles de la thèse. Dans un premier temps, le contexte de la recherche sera situé, par l'entremise de quelques statistiques et de concepts clés. Ensuite, et cela en suivant la structure de la thèse afin d'assurer une cohérence, sont abordés : les parcours d'intégration professionnelle des migrants très qualifiés et des médecins diplômés à l'étranger; des politiques et des paradoxes; les ressources de soutien et les réseaux sociaux; l'identité professionnelle et les stratégies identitaires. Le tout se clôture par quelques pistes à explorer et la question de recherche.

1.2 Migrations, mondialisation et anthropologie...

Tous les espaces investis et symbolisés par l'homme s'analysent en fonction d'un contexte désormais mondialisé. (Augé et Colleyn 2004: 18)

Les politiques d'immigration sont conçues pour attirer les candidats « les meilleurs et les plus brillants » dans un contexte de forte compétition internationale visant ces *cerveaux mobiles* (CIC 2011). À l'instar de l'Australie, des États-Unis ou de l'Europe, le Canada s'inscrit dans ce « marché mondial des compétences médicales » (Séchet et Vasilcu 2012a). La mobilité internationale de médecins s'insère dans le cadre plus large des recherches en sciences sociales portant sur les migrants hautement qualifiés. Le phénomène de globalisation, la diversification des trajectoires spatiales possibles et leur intensification (Augé 1994) amènent les chercheurs à renouveler leur regard dans ce « monde fluide » (Bauman 2004, 2006b). Le cas des immigrants qui ont obtenu leur diplôme de médecine à l'extérieur du Canada est particulièrement intéressant. La profession médicale, associée en Occident à un haut statut et au prestige, dont les savoirs scientifiques sembleraient assez facilement transférables, se trouve à l'intersection de différentes structures conditionnant l'insertion (politiques migratoires, conditions d'accès à la profession, politiques liées à l'intégration des personnes immigrantes, etc.).

L'anthropologie s'est peu penchée sur l'étude de migrants très qualifiés, les champs disciplinaires les plus fréquents sur la question sont la sociologie, la géographie ou les sciences politiques. Les recherches traitant des trajectoires d'intégration professionnelle de ces migrants, et particulièrement des médecins diplômés à l'étranger, adoptent la plupart du temps une perspective macrosociale, visant à saisir l'effet/efficacité des politiques, des programmes mis en œuvre (cf. Koser et Salt 1997). En fait, la majorité de la littérature portant spécifiquement sur les DIM a été publiée par des médecins ou est issue du milieu des politiques ou de la gestion du système de santé. Les auteurs abordent surtout les enjeux politiques liés à la question des DIM (dont le « brain drain »/la fuite des cerveaux et ses questions éthiques) ou à la gestion des ressources humaines (leur distribution et dans une moindre mesure la discrimination), ainsi qu'à la qualité des soins. Quoique moins abondantes, des études ont documenté le point de vue des migrants, leurs perceptions, mais les connaissances sont encore éparses (cf. Rao *et al.* 2007; Wong et Lohfeld 2008).

Dans un contexte où les approches pluridisciplinaires s'avèrent fructueuses, l'apport spécifique de la discipline anthropologique à ce thème de recherche sera souligné. Celle-ci permet notamment de cerner la dimension subjective du « succès économique » des immigrants, dimension peu documentée dans la littérature portant sur les migrants très qualifiés (Blain 2006; Misirowska 2012; Potter 1999). Initialement tournée vers des sociétés « exotiques », la discipline anthropologique s'est rapidement intéressée aux populations immigrantes et au phénomène de mobilité internationale (Augé et Colleyn 2004). Par exemple, l'étude des pratiques transnationales de groupes déterritorialisés tels que les diasporas a marqué l'histoire de la discipline (Appadurai 1996; Glick Schiller *et al.* 1995). Toutefois, la population particulière des migrants très qualifiés n'a engendré que peu d'écrits en anthropologie. De même, cerner un groupe professionnel comme objet d'études s'avère un angle d'approche pertinent pour la discipline (Augé et Colleyn 2004; Cabanes 2000b). La profession médicale est depuis longtemps qualifiée de profession exemplaire, permettant aux chercheurs d'accéder à un univers de sens où malgré la segmentation des tâches il y a partage d'une culture commune, et où s'opèrent des jeux de pouvoir afin de délimiter les frontières du groupe (Becker *et al.* 2007 [1961]; Hall 1946, 1948). La notion même de culture et la question des frontières intergroupes, notions chères aux anthropologues, offrent des voies d'entrée prometteuses.

1.3 Contexte, définitions et statistiques

La mobilité accède au premier rang des valeurs désirables, et la liberté de circulation, qui a toujours été un avantage rare et inégalement réparti, devient rapidement le principal facteur de stratification sociale de l'âge moderne et postmoderne. (Bauman 1999 : 9)

Le Canada à travers ses politiques de sélection de l'immigration s'inscrit dans le mouvement de mondialisation (Iredale 1999; Pellerin 2011; Piché 2002b; Simmons 2002) « marqué par une intensification de la concurrence entre les États afin d'attirer les travailleurs étrangers qualifiés » (MRCI 2004b : 11-12) (voir aussi: CIC 2011; MICC 2013e; Parant 2001). Le Canada tente de se tailler une place dans ce marché mondial des compétences, en particulier face aux États-Unis : « While it is true the United States receives a lion's share of the global flow (about two-thirds of tertiary educated immigrants from developing countries), its dominant position is being challenged by a growing competition for "the best and the brightest" » (Batalova et Lowell 2006 : 81). Ainsi, le Québec et le Canada – à l'instar d'autres pays post-industrialisés tels que les États-Unis et l'Australie – participent à ce processus global d'attraction de migrants pouvant répondre à leurs besoins économiques et démographiques.

De plus, les types de migration se diversifient. Aux modes d'établissement durable – tels que les modèles de colonisation par exemple – s'ajoutent des mouvements intermittents ou de courtes durées, rendant complexe la définition même de « migration » (Koser et Salt 1997; Pellerin 2011), particulièrement pour les migrants hautement qualifiés (Vertovec 2002). Les migrations ne sont plus nécessairement un mouvement s'inscrivant dans la durée, allant du pays d'origine à la destination, celles-ci seront qualifiées désormais de « pendulaires », « rotationnelles » (cf. Kofman 2004) ou de « circulatoires » (Tarrus 1995, 2000, 2014). Au cœur de ces transformations liées à la globalisation, l'anthropologue Glick Schiller et coll. (1995) proposent le concept de « transmigrant », soit des personnes immigrantes qui vivent au quotidien dans un monde interconnecté, au sein duquel leurs identités sont configurées à partir de relations avec plus d'un État-nation³. Plus près de nous, la politologue Hélène Pellerin (2011) argumente que le « paradigme de la mobilité » transforme les modèles de

³ Sur le concept de « transmigrants », voir aussi les réflexions synthétiques et rétrospectives des dernières années d'Alain Tarrus (2010, 2014).

gestion migratoire au Canada. En somme, au cœur de cette mouvance, les médecins diplômés à l'étranger participent de ce phénomène.

Cette rubrique, suite aux définitions des termes clés, s'attache à mettre en perspective les migrations des médecins. Comme nous le verrons, des variations marquées existent entre les pays et entre les provinces canadiennes relativement à la répartition des DIM, tandis que leurs profils vont dans le sens d'une diversification générale de l'immigration⁴. Quelques statistiques pertinentes sont aussi présentées.

1.3.1 Définitions

1.3.1.1 « Migrant très qualifié »

La catégorie de « migrant très qualifié »⁵ est hétérogène. Une variété d'expressions est utilisée qui réfère soit au niveau d'études (tertiaire ou plus), à celui de compétences (par ex., cadre), au titre d'emploi (ex. informaticien, ingénieur) ou au secteur occupationnel (par ex., profession en sciences). En fait, l'hétérogénéité des catégories utilisées et le manque de consensus rendent les comparaisons difficiles sur le plan international (cf. Batalova et Lowell 2006; Iredale 1999; Koser et Salt 1997; Nedelcu 2001; OCDE 2002). De façon générale, le niveau de scolarité ou le type de profession sont les plus fréquemment utilisés, où, selon les sociologues Jeanne Batalova et Lindsay Lowell (2006 : 86) « economists often opt for education, while demographic and sociological researchers almost always opt for occupation ». Une définition idéale, selon ces mêmes auteurs, est l'utilisation d'une classification qui tient compte à la fois du niveau d'éducation et de la profession. Au Canada, le niveau d'éducation est l'indicateur le plus couramment utilisé (nous l'abordons plus en détail dans la section 1.5.1. « Approche du capital humain »). Au Canada, en 2006, 1,5 million de personnes immigrantes âgées de 15 ans et plus ont complété des études universitaires, dont 41 % dans des domaines conduisant à l'exercice d'une profession réglementée (Zietsma 2010)⁶.

⁴ Soulevant des défis par rapport à leur intégration professionnelle, aspect développé dans la prochaine section (1.4. Parcours d'intégration professionnelle).

⁵ Ou « migrant hautement qualifié » (« highly qualified migrant »).

⁶ À titre comparatif, selon les données du recensement de 2006, 42 % des personnes immigrantes arrivées au Canada depuis 2001 sont titulaires d'un diplôme universitaire, contre 16 % pour les Canadiens de naissance (Zietsma 2010).

1.3.1.2 « Médecin diplômé à l'étranger »; « diplômé international en médecine »

Tout comme la catégorie de « migrant très qualifié », celle de « médecin diplômé à l'étranger » est complexe. La grande variabilité des statuts de ces médecins peut confondre le néophyte; d'autant plus qu'un Canadien de naissance peut avoir complété sa scolarité à l'extérieur du pays. Au Canada, « international medical graduate (IMG) » correspond à :

« Une personne dont le diplôme en médecine a été décerné par une faculté de médecine qui ne fait pas partie des facultés de médecine canadiennes (agrées par le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada [CAFMC]) ou américaines (agrées par le Comité de liaison sur l'éducation médicale [LCME]). » (Groupe ressources humaines en santé 2013 : 1)

Au Québec, le Collège des médecins du Québec et plus largement le milieu de la santé utilisent communément le terme « médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) » (Gouvernement du Québec 2009). Dans la littérature francophone canadienne, le terme « diplômé international en médecine » (DIM, traduction d'IMG) est couramment utilisé. Au final, ces expressions réfèrent à des citoyens ou des immigrants reçus qui ont étudié la médecine à l'extérieur du Canada ou des États-Unis (Dauphinee 2003; Groupe ressources humaines en santé 2013). Groupe hétérogène, chacun de ses sous-groupes soulève des enjeux politiques distincts. Ils incluent⁷ :

- 1) des **Canadiens qui ont poursuivi leurs études à l'extérieur**;
- 2) des **non-Canadiens, médecins avec un permis de pratique restrictif**, recrutés⁸ pour répondre à des besoins particuliers soit comme professeurs-chercheurs universitaires ou comme spécialistes dans une région éloignée. Ces médecins peuvent être sur un visa de travail temporaire ou être immigrants reçus⁹;
- 3) des **non-Canadiens, médecins avec un permis régulier** qui ont fait le processus de reconnaissance via l'externat ou la résidence (qui sont immigrants reçus);
- 4) des **étudiants** (*visa trainees*), soit recrutés par le Canada ou commandités par leur pays d'origine (visa temporaire comme étudiant).

Les statistiques officielles ne distinguent pas nécessairement ces sous-groupes, ce qui peut en compliquer les analyses. Retenons que pour chacun de ceux-ci l'accès au permis de pratique comme médecin est très variable et requiert des investissements de temps et

⁷ Typologie inspirée de Barer et Stoddart (1992).

⁸ À noter qu'une lettre d'embauche d'un établissement de santé ne garantit pas l'accès au permis restrictif. Le Collège des Médecins doit avaliser le processus tandis que le DIM doit passer certaines évaluations. Ce point sera précisé dans les analyses.

⁹ C.-à-d. résident permanent.

d'énergie contrastés (démarches de quelques mois pour certains, de plusieurs années pour d'autres) (Audas *et al.* 2005; Barer et Stoddart 1992; Barer et Webber 1999).

De même, différentes expressions sont utilisées selon les contextes nationaux, définitions qui ne se recoupent pas nécessairement. Ainsi, dans les contextes australien et américain où l'appel à des médecins étrangers est fréquent pour répondre aux besoins de leurs populations dans des régions mal desservies, le terme courant est « international medical graduates ». Ceux-ci ont le plus souvent un visa de travail temporaire (donc n'entrerait pas dans les statistiques sur les migrants permanents établis au pays), mais les auteurs ne l'explicitent pas toujours. Il est donc assez difficile de départager la littérature à ce sujet. Par ailleurs, d'autres études américaines vont aborder la thématique de minorité ethnique pratiquant la profession médicale (seconde génération ou descendants d'immigrants). D'un autre côté, en Grande-Bretagne, « overseas trained doctors » réfère le plus souvent à des étudiants étrangers, tandis que « refugee doctors » à des médecins réfugiés (et immigrants). La distinction est ici d'importance, car l'intégration des réfugiés serait doublement éthique : elle permet de ne pas contribuer à la fuite des cerveaux de migrants qualifiés des pays du tiers-monde, et elle favorise la justice sociale en intégrant des médecins non reconnus vivant sur le territoire, tout en donnant accès à la population locale à leur expertise (Borman 2004; Jackson *et al.* 2004). En France, le terme « médecin étranger » est couramment utilisé. Ajoutons que les références européennes commencent à distinguer les « médecins diplômés à l'étranger intra ou extra Union européenne » (la situation des médecins diplômés hors de l'Union européenne pourrait s'apparenter à celles des médecins DHCEU du Québec en termes de difficultés accrues) (Séchet et Vasilcu 2012b). Au Canada, les travaux portent le plus souvent sur les médecins ayant étudié à l'extérieur du Canada et qui ont un statut de résident permanent, par exemple les analyses tirées des recensements de Zietsma (2010) et Boyd (2013).

En définitive, diplômé international en médecine ou médecin diplômé à l'étranger peuvent référer à des statuts et des droits de pratique différents, en cela les comparaisons internationales doivent être faites avec prudence (Dumont et Zurn 2007a). Retenons que certaines études incluent des migrants temporaires, ayant des visas de travail pour une durée limitée, recrutés comme médecins afin de pallier certaines pénuries sur le plan régional ou de certaines spécialités, tandis que d'autres vont inclure des immigrants reçus seulement.

1.3.2 Quelques statistiques

1.3.2.1 Migrations de professionnels de la santé et de médecins

Les migrants hautement qualifiés sont une composante importante du flux migratoire. Toutefois, leur nombre précis est difficile à évaluer, car peu de pays ont des professionnels qualifiés sur une base permanente. De plus en plus de pays chercheraient des travailleurs temporaires, « supposément pour répondre aux pénuries de compétences, jusqu'à ce qu'ils puissent former leur propre bassin de travailleurs qualifiés¹⁰ » (Iredale 2001 : 8). En ce qui concerne les médecins, la difficulté d'accéder à des statistiques détaillées s'explique aussi par les multiples façons d'entrer au Canada (par un visa de travail par ex.), par les mobilités secondaires (interprovinciales par ex.), par le fait qu'un immigrant reçu n'a pas à déclarer sa profession systématiquement à son entrée au pays¹¹, et finalement, dans certains cas cela s'explique par le fait que les statistiques tirées des bases de données des ordres professionnels n'incluent que ceux ayant fait leurs démarches auprès de ces derniers (Barer et Webber 1999; Dumont et Zurn 2007a; Groupe ressources humaines en santé 2013; Harris et Guillemain 2015). Ce qui amène le groupe Canadian Task Force on Licensure of International Medical Graduates à dire : « Because many of these individuals did not declare their profession upon entering Canada, the actual number of IMGs living in Canada and working in other fields is unknown » (Canadian Task Force 2004 : 3-4; voir aussi Crutcher *et al.* 2003; Groupe ressources humaines en santé 2013)¹². Depuis 2002, la profession médicale a été retirée de la liste des professions inadmissibles comme immigrant sélectionné (Gouvernement du Québec 2009)¹³. Quelques mots sur cette « liste de professions inadmissibles » dans la catégorie des immigrants sélectionnés (travailleurs qualifiés) pour éclairer sur ses effets. Depuis 1996 les omnipraticiens et les médecins spécialistes ne

¹⁰ Traduction libre.

¹¹ À moins d'être requérant principal comme immigrant qualifié, la déclaration de sa profession n'est pas systématiquement requise au cours du processus d'immigration (ex. conjoint du requérant principal, réunification familiale ou réfugié) (Bourgeault et Neiterman 2013; Groupe ressources humaines en santé 2013).

¹² Étant donné l'invisibilité statistique des DIM, le Groupe ressources humaines en santé (2013) a produit des exercices d'estimation du bassin de DIM n'exerçant pas la médecine au Canada.

¹³ À noter que même s'il est possible d'être immigrant sélectionné après 2002, le ministère de l'Immigration fait signer aux candidats à l'immigration une lettre où il leur est signifié qu'ils ont à entreprendre des démarches multiples pour travailler comme médecin, qu'aucune garantie n'existe quant à leur accès à la pratique médicale (aspect qui sera détaillé dans les analyses). Cette « déclaration du médecin diplômé à l'étranger » est toujours valide au moment d'écrire ces lignes, la version de 2012 (celle toujours en usage en 2015) (MICC 2012) est même davantage explicite sur les contraintes par rapport à la version de 2004 (Service d'immigration du Québec 2004). Voir Annexe 1 « Déclaration de médecin diplômé à l'étranger » (v.2004) et Annexe 2 « Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis » (v.2012).

pouvaient pas être candidats à l'immigration comme travailleurs qualifiés, étant donné qu'il n'y avait pas de « pénurie sur le marché du travail » (à l'exception des médecins hautement spécialisés ou des professeurs qui ont reçu une promesse d'embauche d'un établissement de santé ou d'une université québécoise) (Paré 2002). En 2001, le ministre des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, Robert Perreault, annonce que son ministère va changer les règles par rapport à la sélection d'immigrants professionnels hautement qualifiés : la liste des professions inadmissibles est abolie (incluant une vingtaine de professions, la plupart régies par des ordres professionnels); mais ce, à l'exception de la profession médicale. En voici l'extrait :

« une annonce qui est également importante et qui marque un changement assez profond des habitudes du Québec en matière de sélection notamment d'immigrants professionnels hautement qualifiés. J'annonce aujourd'hui, j'ai déjà eu l'occasion de l'évoquer mais c'est la première fois que je l'annonce officiellement, à toutes fins pratiques, l'abolition de ce qu'on appelait la liste des professions inadmissibles au Québec. Vous aviez un certain nombre de professions... Si quelqu'un, qui souhaitait immigrer au Québec, faisait l'erreur ou avait le défaut d'avoir un métier, une formation qui était liée à cette profession, il devenait inadmissible. Il était refusé automatiquement. J'abolis cette liste, à l'exception d'un poste, celui de médecin – on pourra y revenir. [...] Donc, des professions comme, par exemple, architecte, arpenteur-géomètre, avocat, comptable, chiropraticien, dentiste, huissier, infirmière – vous savez que nous sommes actuellement en sélection d'infirmières, notamment à Paris – tous les métiers, ingénieur, dans tous les domaines, vétérinaire, optométriste, pharmacien, technologue, c'étaient tous des métiers que si vous marquez sur votre formulaire d'inscription que tels étaient votre formation et votre métier, vous étiez automatiquement inadmissible [dans le programme de travailleurs qualifiés]. » (Gouvernement du Québec 2000 : 4)

L'année suivante, en 2002, le Devoir rapporte que le Québec « ferme la porte aux médecins et aux spécialistes » et de vives critiques sont adressées au gouvernement du fait que la liste des professions inadmissibles ne contient que la profession médicale (Paré 2002). Le ministre de l'Immigration réplique que « [c]ette liste a été établie en consultation avec le réseau de la santé et il y avait un consensus, il y a deux ans, sur le fait qu'on n'avait pas besoin de faire un recrutement plus large ». Le conseiller en information du ministère, Claude Fradet, ajoute que : « [l]a liste des professions en demande est construite avec Emploi-Québec et on ne nous a pas signifié qu'il y avait un tel besoin pour les médecins » (*ibid.*). Les représentants du Ministère de l'Immigration « précisent qu'un médecin peut être sélectionné comme immigrant au Québec par l'entremise d'un autre programme, qui vise les travailleurs

temporaires, ou du programme 'Emploi assuré'¹⁴. » (Paré 2002: 1). C'est plus tard en 2002 que cette contrainte disparaît pour les médecins qui souhaitent immigrer.

En résumé, quoique les médecins pouvaient immigrer au Canada avant 2002 sous d'autres catégories administratives (notamment comme conjoint du requérant principal, ou sous les catégories réunification familiale ou humanitaire), ce changement politique laisse présager une augmentation du nombre de médecins immigrant au Québec. En effet, le Canada a longtemps fait figure d'exception concernant l'intensification de migrations de personnels de la santé. Contrairement aux autres pays de l'OCDE, durant 25 ans, le Canada a connu une stagnation des flux migratoires de médecins, jusqu'au début des années 2000 (Dumont et Zurn 2007a). Cela pourrait être dû aux limites statistiques ou aux politiques qui étaient alors contraignantes pour les médecins qui souhaitaient immigrer (jusqu'à 2002). Dr Dale W. Dauphinee (professeur retraité au département de médecine de l'Université McGill) détaille ces changements politiques :

« [T]he accompanying immigration policy from the late 1970s to the mid-1990s was one of moving physicians from a preferred immigration status to restricted one. This policy likely had unintended consequences. These changes were again reinforced in the early 1990s when an attempt was made to make Canada even more restrictive to the immigration of MDs by actively pressuring assessment bodies to close overseas assessment sites, etc. The net result appears to be that many physicians who entered Canada at that time may have by-passed the restrictive policy and work permit routes by being sponsored by their family or designating themselves as non-physicians. » (Dauphinee 2003 : 2-3)

De fait, entre les années 1991 et 2001, selon les données du recensement du Canada, la proportion d'immigrants récents (dix ans et moins) dans la catégorie des professionnels de la santé n'a pas augmenté – elle s'est « maintenue en deçà de 4 % durant cette période, alors qu'elle s'est accrue d'un peu plus du tiers (passant de 4,5 % à 6,1 %) chez les travailleurs en dehors du secteur de la santé » (Galarneau 2003 : 16). Les statistiques sur les migrations de DIM permettent de mettre en perspective la situation particulière du Canada et du Québec par rapport aux autres pays de l'OCDE. En effet, leurs migrations s'inscrivent dans le mouvement global d'attraction de migrants hautement qualifiés, toutefois, des politiques visant à restreindre leur entrée semblent avoir influé sur leur nombre, quoique cela puisse être aussi le résultat de leur invisibilité statistique, comme nous l'avons vu. Cette chronologie

¹⁴ Cette catégorie s'applique aux médecins hautement spécialistes (« surspécialiste ») et aux professeurs ayant reçu une promesse d'embauche.

relative aux politiques d'immigration (pré-/post-2002) a été prise en compte lors du recrutement de la population à l'étude et l'analyse subséquente de leurs trajectoires d'intégration.

En 2000, dans les pays de l'OCDE, 421 746 médecins sont nés à l'étranger, dont 22 860 au Canada¹⁵, ce qui représente respectivement 18,2 % et 35 % de la main-d'œuvre dans ce secteur (Dumont et Zurn 2007a : 176). Une distinction importante quant à la catégorie de référence retenue est cruciale, Dumont et Zurn signalent à cet effet « [qu']au Canada, 35 % [22 860] des médecins en exercice en 2000 étaient nés à l'étranger alors que seulement 23 % [13 342] d'entre eux avaient été formés à l'étranger » (ibid. : 178)¹⁶. Ces chiffres correspondent grosso modo aux données de 2007 de l'Association médicale canadienne (CMA2007b), qui dénombre 15 278 médecins actifs ayant acquis leur diplôme à l'extérieur du Canada.

Une dernière comparaison, sur le plan des mobilités internationales de médecins. Des analyses récentes révèlent que le Canada accueille 3 % des DIM en immigration au plan mondial (60 % des DIM s'orientent vers les États-Unis, 20 % vers le Royaume-Uni). Fait très particulier, le Canada est lui même le 3^e pays fournisseur de DIM s'expatriant, après l'Inde et les Philippines (avec plus de 18 000 médecins diplômés du Canada vivant à l'étranger en 2004, soit un départ de 22 % des médecins diplômés au Canada) (Moullan 2014). Une nuance s'impose face à ces chiffres saisissants. Sur le plan de la mobilité annuelle, le portrait est moins percutant. L'Institut canadien d'information sur la santé comptabilise, en 2012, 152 départs à l'étranger pour 229 retours de l'étranger, le solde migratoire étant au final positif (ICIS 2013)¹⁷. Face à cet équilibre précaire en termes de solde migratoire, les politiques d'attraction de migrants très qualifiés au Canada – dont les professions de la santé et les médecins sont des professions ciblées – prennent tout leur sens.

¹⁵ Le Canada est au 4^e rang pour ce qui est de la proportion de médecins immigrants, après la Nouvelle-Zélande (46,9 %), l'Australie (42,9 %), l'Irlande (35,3 %). En nombre absolu, les États-Unis sont en tête, avec 196 815 médecins immigrants, suivis du Royaume-Uni (50 000) et de la France (34 000), le Canada est en 5^e rang (22 860) (Dumont et Zurn 2007a).

¹⁶ « Des écarts tout aussi nets sont observés en Nouvelle-Zélande et en Australie. La différence entre le nombre de médecins nés et formés à l'étranger est également particulièrement marquée en France et au Portugal même si la situation s'explique peut-être en partie dans ces pays par la présence d'une nombreuse communauté de rapatriés » (ibid. : 178).

¹⁷ Si on compare à une période similaire, en 2005, la même tendance s'observe au Canada avec un solde migratoire positif (ICIS 2006a).

Au Canada, chaque province a ses propres règles et cela amène une situation complexe pour les DIM. « Immigrants to Canada are, in reality, immigrating to a province or territory in Canada. Because medicine is a self-regulating profession, potential immigrants must understand the requirements of up to 12 jurisdictions when deciding where to work » (Canadian Task Force 2004 : 14). Selon les données les plus récentes disponibles, en 2012 au Canada, 25 % des médecins en pratique médicale sont des DIM (soit 18 593 au total) (ICIS 2013). Ajoutons qu'une grande variation existe entre les provinces, le Québec se situant loin derrière pour ce qui est de la proportion de médecins diplômés à l'étranger actifs sur le marché du travail (10,9 %) ¹⁸. En nombre absolu, l'Ontario est au premier rang avec 7 407 DIM (27 %), suivi de la Colombie-Britannique (3 022 ou 30 %), de l'Alberta (2 744, 32 %) et en 4^e, le Québec (2 053, 11 %). Cela est similaire à la concentration des personnes immigrantes en général dans ces quatre provinces canadiennes. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de Statistiques Canada : « En 2011, la grande majorité (94,8 %) de la population du Canada née à l'étranger vivait dans quatre provinces : l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec et l'Alberta. » (Statistique Canada 2013: 9).

Depuis 2002, le nombre de DIM s'établissant au Québec comme travailleurs qualifiés est en augmentation passant « d'une cinquantaine en 2003 à plus de 320 en 2008 » (Gouvernement du Québec 2009: 8) ¹⁹. Actuellement, 2 481 DIM ont leur permis de pratique au Québec (11 % des médecins) (CMQ 2014). Aucune donnée précise n'existe quant au nombre de DIM n'exerçant pas la médecine au Québec, la déclaration de sa profession n'étant pas systématiquement requise au cours du processus d'immigration (Barer et Webber 1999; Bourgeault et Neiterman 2013; Groupe ressources humaines en santé 2013). L'Association Médecins d'Ailleurs les estimait, en 2008, à 3 000 DIM (Sow 2010). L'ordre de grandeur de cette estimation semble réaliste, si l'on compare à des analyses du recensement de 2006 où environ 44 % de DIM au Canada n'exerceraient pas leur profession (nous reviendrons sur les questions d'emploi plus loin) (Zietsma 2010).

¹⁸ Les plus fortes proportions étant en Saskatchewan (47 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (39 %) et au Manitoba (36 %).

¹⁹ À notre connaissance, il n'y a pas de statistiques plus récentes sur le nombre de DIM qui immigreront au Québec.

1.3.2.2. Diversification des pays d'origine

Au Canada et au Québec, comme pour les pays de l'OCDE, les origines des migrants se sont diversifiées – particulièrement depuis les années 1990 (Piché 2002a; Statistique Canada 2013) –, ce qui se reflète dans les profils des médecins, autrefois majoritairement originaires des pays du Commonwealth (Dauphinee 2003; Dumont et Zurn 2007a). Pour la province, les statistiques disponibles n'offrent pas un portrait précis. Le Collège des médecins du Québec donne quelques détails sur les pays d'où leurs membres ont été diplômés, toutes périodes d'immigration confondues : « Ces médecins proviennent de 78 pays différents. Les cinq pays les plus représentés sont la France, le Liban, le Vietnam, l'Égypte et Haïti »²⁰ (CMQ 2008a). Il aurait été intéressant d'observer la répartition des pays d'origine selon la période d'accréditation en médecine. Pour le Canada, la diversité des pays d'origine est aussi très visible avec 120 pays d'où sont diplômés les DIM (CMA 2007b). Néanmoins, le poids des pays du Commonwealth est encore fort, près de 50 % des DIM y étant diplômés²¹ (*ibid.*). Selon les données les plus récentes sur le sujet, pour les 18 592 DIM ayant un permis de pratique actif au Canada en 2012, les pays les plus fréquents sont : l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni, l'Inde, l'Irlande, l'Égypte, les États-Unis, le Pakistan, la France, la Pologne et l'Iran (59 % de tous les DIM sont concentrés dans ces 10 pays) (ICIS 2013).

Dans le cadre de comparaisons internationales, l'économiste Yasser Moullan (2004) met en relief les différences de profils des DIM : les États-Unis et le Royaume-Uni dépendent davantage de médecins provenant de pays pauvres par rapport au Canada et à l'Australie. Face à cette diversification de l'immigration, Belkhodja et coll. (2009) soulignent les difficultés accrues des nouveaux arrivants sur le marché du travail au Canada, en particulier les minorités « visibles ».

« Selon le recensement de 2001, la proportion des [diplômés internationaux en santé] (en médecine et en sciences infirmières) venus des pays anglo-saxons (Australie, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne, Irlande, Afrique du Sud et États-Unis) a diminué constamment depuis 1991. La comparaison avec l'Australie est fort éclairante. Ce pays attire toujours un plus grand nombre d'immigrants des pays anglo-saxons, mais ses immigrants qualifiés des communautés ethniques réussissent mieux après 6 mois (Hawthorne, 2008 : 11). » (Belkhodja *et al.* 2009 : 12)

Ainsi, cette diversification des pays d'origine, quoique présente au Canada et au Québec, n'a pas la même intensité, tandis que la prise en compte de la période d'immigration nuancerait

²⁰ Des données plus récentes à ce sujet ne sont malheureusement pas disponibles.

²¹ DIM en exercice actif entre 1994 et 2007.

certainement les résultats. Dans notre recherche, il serait intéressant d'observer cette tension potentielle par rapport aux bassins traditionnels de recrutement des DIM et les nouveaux pays d'immigration.

1.3.2.3 Distribution spatiale : immigration dans les villes et les régions

Au Canada, plus de 90 % des immigrants s'établissent dans les grands centres urbains (Statistique Canada 2013)²². Ce phénomène de métropolisation de l'immigration s'applique de façon particulière aux médecins diplômés à l'étranger. Dauphinee (2003) souligne à ce sujet les contradictions liées aux politiques actuelles, où des DIM dans les grandes villes canadiennes sont confinés à des rôles non médicaux, même ceux ayant réussi tous leurs examens pour leur permis, tandis qu'en région les institutions hospitalières continuent de recruter à l'étranger des médecins (le plus souvent du Commonwealth). En fait, tout DIM qui entre sur le marché du travail sera, sauf exception, orienté vers des régions mal desservies à l'extérieur des grands centres²³. Depuis 2003, cette orientation en région, sous peine de pénalité financière, s'applique à tous les médecins entrant sur le marché du travail qu'ils soient immigrants ou nouveaux diplômés du Québec (c.-à-d. nouveau médecin débutant en pratique ou « nouveau facturant » au Québec qui n'ont pas encore complété une première année de pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec). Cette orientation en région n'a pas commune mesure pour les autres groupes de professionnels immigrants. Étant donné la récente application de la loi n°142 du plan de distribution des effectifs médicaux (depuis 2003), il serait intéressant d'approfondir les perceptions des DIM au sujet de la pratique en région et d'explorer si Montréal a toujours ce pouvoir d'attraction. Il sera par ailleurs fructueux de voir l'effet de la mobilité spatiale et les stratégies de mobilité (notamment par rapport à la famille) sur la progression professionnelle²⁴. Compte tenu de tout cela, il est opportun de tenir compte de cette distribution spatiale, de mener une recherche sur le sujet non seulement à Montréal, mais aussi dans les régions.

²² Tandis qu'au Québec 80 % des nouveaux arrivants s'établissent dans la région montréalaise (CMM 2013; MICC 2013).

²³ Par le passé, elle s'appliquait aux médecins DHCEU et aux médecins boursiers (ayant reçu une aide financière pour leurs études). Se référer aux « plans régionaux d'effectifs médicaux » (PREM), projet de loi n° 142 adopté en déc. 2002 (FMRQ 2009; Trottier *et al.* 2003). Elle s'applique dorénavant à tous les nouveaux médecins. Ajoutons que l'exception à être orienté en région pour les médecins sous permis restrictif est d'être un « médecin sélectionné professeur » et « recruté par une faculté de médecine pour combler des besoins exceptionnels dans les domaines de l'enseignement, de la recherche ou de l'évaluation des technologies dans un établissement de santé universitaire » (McGill 2009 : 2).

²⁴ Une étude de Statistique Canada soulève les salaires supérieurs des personnes immigrantes dans plusieurs régions du Québec par rapport à Montréal (Bernard 2008).

1.4 Parcours d'intégration professionnelle des migrants très qualifiés et des médecins diplômés à l'étranger

Le chemin qui mène au permis régulier de pratique de la médecine est long... et onéreux, ont rappelé des médecins diplômés à l'étranger qui tentent de se tailler une place dans le système québécois. Un processus complexe qui, quand il ne coûte pas les yeux de la tête, n'en finit plus de finir. (Gervais 2009b)

Selon une étude canadienne, les nouveaux immigrants titulaires d'un diplôme universitaire sont deux fois plus susceptibles d'être surqualifiés, mais aussi de demeurer dans cette situation, en comparaison aux Canadiens de naissance (Li *et al.* 2006)²⁵. Les réalités vécues ne sont pas homogènes, mais on observe qu'une proportion relativement importante d'immigrants demeure exclue ou marginalisée sur le marché du travail, les personnes très scolarisées étant les plus affectées par le sous-emploi et la déqualification²⁶ (Krahn *et al.* 2000; MICC 2013b; Renaud et Cayn 2006; Statistique Canada 2006b). Les recherches qualitatives recensées sur la question et ayant des DIM au sein de leur population à l'étude insistent généralement sur leurs difficultés d'intégration en emploi²⁷, difficultés toutefois variables selon les contextes nationaux, principalement pour des raisons politiques, mais aussi en raison des conditions du marché du travail (Dumont et Zurn 2007a; Shuval 2000; Shuval et Bernstein 1997a).

Des chercheurs ont dégagé des typologies des trajectoires d'intégration professionnelle de personnes immigrantes (Belkhodja *et al.* 2009; Chicha 2009; Türegün 2011). Dans une

²⁵ « Parmi les travailleurs surqualifiés, les nouveaux immigrants risquaient, dans une proportion de 72 %, d'occuper tout le temps un emploi pour lequel ils étaient surqualifiés, comparativement à 36 % pour les Canadiens de naissance, et ce, quand les autres facteurs étaient pris en considération. » (Li *et al.* 2006 : 9)

²⁶ La **déqualification** est « le fait qu'une personne détenant un diplôme d'un certain niveau occupe un emploi qui requiert un diplôme de niveau inférieur » (Chicha 2012: 83) (le plus souvent évalué par le niveau de scolarité), ou le fait pour un travailleur, de passer d'un emploi qualifié à un emploi non qualifié (Berset *et al.* 1999). La **requalification** est définie le plus couramment comme « l'atteinte [...] d'un emploi de niveau au moins équivalent à sa scolarité » (Renaud et Cayn 2006 : 2).

²⁷ Voir entre autres, pour le **Canada** : (Baldacchino et Hood 2008; Bardai 2010; Belkhodja *et al.* 2009; Bourgeault *et al.* 2010; Chicha 2012; Collins 2012; Grant 2006; Hachimi Alaoui 2006, 2007; Krahn *et al.* 2000; Nedelcu 2004; Salaff et Greve 2003; Shuval et Bernstein 1997a; Simard et van Schendel 2004; Türegün 2011; Waugh *et al.* 2011; Wong et Lohfeld 2008). Dans d'autres contextes nationaux : aux **États-Unis** (Akl *et al.* 2007; Baker *et al.* 2007), en **France** (Denour et Junker 1999; Séchet et Vasilcu 2012a), **Israël** (Remennick et Shakhar 2003; Shuval 1998; Shuval et Bernstein 1996), **Australie** (Harris 2013; Harris et Guillemin 2015) et en **Grande-Bretagne** (Jackson *et al.* 2004; Mahajan et Stark 2007; Stewart 2002, 2003, 2005).

recherche portant sur l'intégration professionnelle de diplômés internationaux en santé (DIS) en contexte minoritaire francophone, Belkhouja et ses collègues (2009) ont identifié trois types de trajectoires : « la première conduit à un emploi dans le domaine de compétence du DIS; la deuxième conduit à un emploi dans un domaine connexe, souvent moins qualifié; et la troisième conduit au décrochage des DIS de leur domaine de compétence » (2009 : 33). Le sociologue Adnan Türegün (2011) amène une catégorie supplémentaire pour ceux ne pouvant exercer leur profession : la migration de retour ou dans un pays tiers²⁸.

Sous l'apparente universalité des connaissances biomédicales, chaque contexte national intègre ses pratiques de façon particulière (Dauphinee 2003; Dumont et Zurn 2007a). Au Canada, le processus de reconnaissance des DIM est de juridiction provinciale (soit 13 ordres provinciaux et territoriaux) (Groupe ressources humaines en santé 2013). Mais, quelle que soit la province, le processus demeure relativement complexe. Barer et Webber (1999) documentent plus de sept voies d'entrée distinctes pour l'accréditation des titres en médecine au Canada. Dit simplement, ces voies d'entrée à la pratique médicale vont de l'étudiant (externat, résidence ou fellowship) aux permis de pratique restrictifs (comme professeur ou spécialiste). La durée du processus de reconnaissance professionnelle est très variable selon chacune de ces voies d'entrée, allant de quelques mois à plus de six années²⁹. Le processus de reconnaissance des DIM, pour l'une ou l'autre de ces voies d'entrée, se déroule à travers une série complexe de pratiques fragmentées³⁰. Au Québec, il y a pas moins de six instances officielles en lien avec le processus d'accréditation en médecine : Collège des médecins du Québec, Collège Royal, Recrutement Santé Québec, ministère de l'Immigration, ministère de la Santé et des Services sociaux, les universités – sans compter les différents services liés à l'évaluation tels que le Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CÉDIS), les

²⁸ Le biais de sélectivité lié à l'émigration étant d'ailleurs une limite des recherches portant sur l'intégration en emploi des personnes immigrantes, ceux ayant quitté le pays n'étant pas pris en compte (cf. Piché et Renaud 2002).

²⁹ Le processus de reconnaissance peut même tarder jusqu'à dix années, si le DIM par exemple n'est pas en mesure de passer un à la suite de l'autre les examens du Collège des médecins en raison des coûts, ou bien si ses demandes d'admission en résidence ne sont pas favorables du premier coup (par ex.: Bardai 2010). Le Groupe ressources humaines en santé (2013) souligne que le gouvernement et les différentes sources d'informations sous-estiment généralement la durée du processus menant à l'obtention du permis d'exercice.

³⁰ Pour un aperçu comparatif des parcours voir Annexe 3 « Parcours comparatifs entre les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) et les médecins diplômés au Canada et aux États-Unis (DCEU) pour l'accès à un poste en résidence en 2007 » (CDPDJ 2010c).

services liés à l'emploi via Emploi-Québec³¹, les organismes communautaires ou les associations. Cette importante fragmentation du processus de reconnaissance pour les DIM amène un parcours d'intégration cloisonné au sein duquel la concertation entre les acteurs impliqués est un enjeu de taille (Belkhodja *et al.* 2009; Bourgeault et Neiterman 2013; Chicha et Charest 2008). La chercheuse en santé communautaire Ivy Lynn Bourgeault et la sociologue Elena Neiterman, qui travaillent sur la question de l'intégration des DIM en Ontario depuis plusieurs années, résument la situation :

« One of the causes of this problem is related to jurisdictional and institutional complexity; as Fooks argues, there are “complex and interdependent actors in multiple jurisdictions with unaligned accountabilities. Governments do one thing, educational institutions do another, and regulatory authorities do a third” (Fooks 2003). » (Bourgeault et Neiterman 2013: 200)

1.4.1 Données statistiques sur l'intégration en emploi de médecins diplômés à l'étranger

Les difficultés d'intégration professionnelle des DIM sont bien documentées au Québec (Bardai 2010; Chicha 2009) et au Canada (Bourgeault 2007; Bourgeault et Neiterman 2013; Dauphinee 2007; Foster 2008; Neiterman et Bourgeault 2012). Toutefois, très peu de données statistiques précises portent sur les DIM dans la province du Québec. Nous savons que le taux moyen de réussite à l'admission des DIM en résidence au Québec entre 2010 et 2014 est de 26 % (CMQ 2014), même s'ils ont obtenu au préalable une équivalence de leur diplôme par le Collège des médecins³².

Selon l'analyse des données du recensement canadien de 2006, 56 % des médecins diplômés à l'étranger travaillent comme médecin, en comparaison à 92 % pour les Canadiens de naissance (Zietsma 2010). Des analyses du recensement de 2001 soulevaient des résultats similaires, près de la moitié des DIM se serait réorientée, dont environ le quart dans des postes qui ne sont ni liés à la médecine ni aux soins de santé (Boyd 2013; Boyd et Schellenberg 2007). L'enquête par questionnaire menée par Baldacchino et Hood (2008) à l'Île-du-Prince-Édouard auprès de 39 professionnels de la santé (médecins, dentistes, infirmières) brosse un portrait semblable : 61 % des répondants de leur échantillon étaient

³¹ Emploi-Québec est une agence au sein du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, responsable de l'offre de service d'emploi et d'employabilité auprès de la population québécoise et des entreprises (www.emploi.quebec.gouv.qc.ca).

³² Pour un aperçu critique sur la question des postes de résidents laissés vacants, voir : CDPDJ (2010b, 2010d, 2013).

sans emploi ou sous-employés³³. La situation des DIM peut également être compliquée du fait que des postes intermédiaires comme infirmier(ère)s ou technologues sont aussi réglementés. Cela limite l'accès au marché du travail sans retour aux études ou les conduits vers des postes non régis ou relativement plus faciles d'accès, tels qu'assistant de recherche, représentant de produits pharmaceutiques ou préposé aux bénéficiaires, ou encore vers des emplois complètement en dehors de leur champ d'expertise (voir aussi Baldacchino et Hood 2008; Groupe ressources humaines en santé 2013; Krahn *et al.* 2000; Türegün 2011).

Des variations ont été observées. Il apparaît que les DIM originaires de pays francophones ou anglophones et ayant des "systèmes d'éducation semblables" occuperaient un poste de médecin dans une plus forte proportion tandis que les migrants arrivés après les années 1990, ceux originaires de « pays en développement » éprouveraient davantage de difficultés (Boyd 2013; Zietsma 2010). Par ailleurs, l'admission en résidence semble favorisée pour les DIM diplômés d'Europe et d'Océanie³⁴. En détail, ceux diplômés d'Océanie (52 %) et d'Europe (31 %) sont acceptés dans une plus forte proportion que ceux d'Asie, de l'Afrique ou du Moyen-Orient (environ 10 % respectivement)³⁵ (CaRMS 2014). Par rapport aux autres provinces, les migrants membres d'une profession réglementée se requalifient dans 19 % des cas au Québec, le taux le plus bas au Canada (moyenne 33 %) (Zietsma 2010). L'enquête de Belkhdja et coll. (2009) avait soulevé des difficultés similaires pour les migrants diplômés en santé et vivant au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes.

³³ 33/39 répondants ont donné une réponse : 13 travaillent dans un poste lié à leur formation ou expérience antérieure; 5 dans le secteur de la santé, mais dans un poste différent de leur formation/expérience; 2 dans un autre secteur (restaurant); 12 sans emploi; 1 sans emploi, mais bénévole dans un hôpital (Baldacchino et Hood 2008: 41).

³⁴ Pour l'Océanie, cela pourrait s'expliquer par la présence de l'Australie, membre du Commonwealth, bassin historiquement reconnu de DIM au Canada.

³⁵ En moyenne, 20 % des DIM sont admis en résidence au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Le taux d'acceptation à l'admission de DIM de l'Océanie est de 52 % (42 ont été jumelés sur les 81 applicants), de l'Europe (31 %, 146/478), ce qui est supérieur en comparaison à l'Asie (8 %, 35/462), l'Afrique (11 %, 40/359) et le Moyen-Orient (11 %, 36/333) (CaRMS 2014). Tendances similaires observées l'année précédente : Océanie (35 %), Europe (22 %), Asie ou de l'Afrique (+/- 10 % respectivement) (CaRMS 2013).

1.4.2 Facteurs en jeu

La déqualification et le sous-emploi ne sont pas des phénomènes uniques aux personnes immigrantes. Les transformations économiques et sociales (inflation des diplômes, précarisation et augmentation des emplois atypiques) touchent tout autant la population générale et affectent leurs devenir professionnels (Li *et al.* 2006). Néanmoins, plusieurs facteurs – et particulièrement leur cumul – peuvent freiner l’obtention d’un emploi correspondant aux qualifications des personnes immigrantes. Les plus fréquemment cités sont : le genre (être une femme), l’âge (être trop ou pas assez jeune), l’origine nationale (provenir d’un pays non occidental), le fait d’être une minorité visible, la langue (ne pas maîtriser l’une des langues officielles), la période d’immigration (post-1990 particulièrement), le fait de viser l’exercice d’une profession réglementée et les coûts liés au processus de reconnaissance professionnelle (Belkhdja *et al.* 2009; Boyd 2013; Boyd et Schellenberg 2007; Dumont et Monso 2007; Galarneau et Morissette 2004; Hum et Simpson 2002; Li *et al.* 2006; Renaud *et al.* 2003; Shuval et Bernstein 1997a; Zietsma 2010).

Quant à la dimension du genre, les femmes DIM auraient davantage tendance à se réorienter par rapport aux hommes, tandis que lorsqu’elles travaillent comme médecin, elles évoquent plus fréquemment les défis posés sur leurs relations (couple, famille) (Bourgeault et Neiterman 2013). Cela pourrait résulter de « stratégies familiales », accordant la priorité à l’un des membres du couple au cours des trajectoires d’intégration en emploi (Chicha 2012). En effet, certaines femmes pourraient décider d’occuper des emplois pour lesquels elles sont surqualifiées et retarder leur retour aux études en raison de la priorité accordée à leur statut de mère ou à la prérogative accordée à la carrière de leur conjoint (Hachimi Alaoui 2007; Nedelcu 2004, 2005; Shuval et Bernstein 1997a; Young *et al.* 1997 : 139). Anas Bardaï (2010) parle quant à lui plus généralement de « responsabilité familiale », qui est évoquée tant par les hommes que les femmes DIM de son enquête. Ajoutons que Chicha (2012) relève des variations selon les pays d’origine. D’une part, des variations en termes de stratégies familiales – priorisation de la carrière de l’homme ou de la femme dans le couple – pourraient s’expliquer par des rôles traditionnels liés au genre différents selon les pays d’origine : « par exemple, les immigrantes originaires de pays arabes ou de l’Asie du Sud auraient moins tendance à se joindre à la population active que celles de Cuba ou de Porto-Rico » (Chicha 2012: 94). D’autre part, lorsqu’au pays d’origine la profession est traditionnellement masculine, cela pourrait avoir un effet sur l’expérience d’emploi

prémigratoire, dimension essentielle au processus d'accréditation auprès d'un ordre professionnel.

« Le premier [facteur] a trait au processus même de reconnaissance : plusieurs ordres professionnels exigent un certain nombre d'années d'expérience de travail pertinente comme critère d'admission pour les équivalences de diplômes étrangers. Ces barrières sont présentes tant pour les immigrantes que pour les immigrants. Pour comprendre pourquoi elles affectent davantage les immigrantes, il faut se rappeler que dans de nombreux pays où les femmes viennent tout juste d'avoir accès à certaines professions traditionnellement masculines et où le taux de chômage des diplômés universitaires est élevé, il leur est difficile de trouver du travail dans leur domaine ». (Chicha 2012: 97)

Un pan récent de recherches en sciences sociales aborde la question du cumul de ces facteurs ou de leur intersection. Les travaux de Chicha ont mis en relief que « les intersections du genre, de l'origine étrangère, de l'appartenance à une minorité visible et des obligations familiales ont pour effet d'augmenter le risque de déqualification importante et durable chez un grand nombre d'immigrantes hautement qualifiées » (Chicha 2012: 105). L'enquête menée par Cognet et Fortin auprès d'auxiliaires familiaux immigrants à Montréal a montré comment cette interrelation des facteurs affecte négativement leurs répondantes (Cognet 2004b; Cognet et Fortin 2003; Cognet et Raigneau 2002). Cette enquête a rendu explicite une stratification intraprofessionnelle sur la base du genre et de l'ethnicité, au sein du système de santé canadien. Ces résultats sont similaires à ce qui a été observé chez des infirmières immigrantes dans d'autres contextes (Europe et Canada) (Lazaridis 2006; Ribeiro 2008; Turriffin *et al.* 2002). Une division du travail (et une marginalisation de certaines travailleuses) s'opère en fonction du genre, de l'origine ethnique et du lieu de naissance.

« Il serait difficile de dire que la gestion du travail en santé ne continue pas de s'appuyer sur des pratiques qui font la part belle aux hommes, un peu moins aux femmes, et encore bien moins aux immigrés, surtout quand il s'agit de femmes, noires de surcroît. À Montréal comme dans d'autres grandes agglomérations du Canada, les soins primaires et les services à domicile sont en grande partie délégués aux femmes immigrantes noires. [...] Sur fond de réduction des coûts, la division du travail en santé n'a fait qu'accentuer les lignes de partage entre statuts, compétences valorisées, genre et ethnicité. La formalisation de la délégation des actes, loin de résoudre cet aspect de la répartition des tâches, établit ces lignes de partage. La main-d'œuvre féminine immigrée, en particulier celle qui provient des pays économiquement dominés par l'Occident, constitue l'un des enjeux de la transformation du système de santé canadien. » (Cognet et Fortin 2003: 167)

Mentionnons pour terminer des facteurs administratifs liés directement au processus d'accréditation. Les coûts associés aux démarches et leur durée sont des freins importants, les ressources financières limitées et le fait de devoir occuper des emplois de survie durant le processus ont des effets dissuasifs (Bardai 2010; Chicha 2009; Groupe ressources humaines en santé 2013; Sharieff et Zakus 2006; Türegün 2011). Les médecins Sharieff et Zakus (2006) ont mené une étude sur les coûts liés au processus de requalification de DIM en Ontario. Ils ont montré que nombre de DIM devaient occuper des postes de survie durant leurs démarches et que leurs ressources financières limitées jouent en leur défaveur en raison des coûts élevés liés au processus de requalification. De plus, certains médecins immigrants vont « s'auto-exclure », anticipant un échec ou jugeant que l'investissement de temps et d'énergie ne vaudrait pas la peine (Chicha et Charest 2008). Pour terminer, la période d'attente due au traitement administratif peut entraîner une *déemployabilité*³⁶ et rendre craintif un employeur potentiel³⁷. Les médecins immigrants rencontrés par Simard et van Schendel (2004) mentionnaient à ce sujet leurs craintes de perdre leurs connaissances.

1.4.3 Mobilités professionnelles et plafond de verre

Le processus d'intégration professionnelle n'est ni statique, ni linéaire et les études longitudinales menées au Canada témoignent de la possibilité pour une proportion importante de personnes immigrantes de vivre une mobilité ascendante (Galarneau et Morissette 2004; Grenier et Xue 2011; Renaud et Cayn 2006; Renaud *et al.* 2001; Statistique Canada 2003b, 2006a). Une requalification professionnelle est possible pour la majorité des personnes immigrantes, après trois à dix ans selon ces recherches, années au cours desquelles des stratégies sont vraisemblablement mises en œuvre afin de compenser cette

³⁶ Notion couramment utilisée dans le champ de la carriérologie, particulièrement les études portant sur l'insertion économique de « chômeurs de longue durée ». Le temps de recherche d'emploi, s'il s'allonge démesurément, peut produire une perte d'employabilité (Guyot *et al.* 2002; Laurent *et al.* 2002).

³⁷ Par exemple, le Devoir rapportait en 2009 les propos de Dre Louise Autier du département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Jugeant que les DIM nécessitent un encadrement plus grand que les externes québécois, « [j]'accepte donc d'avoir des postes vides soit parce que je n'ai pas les candidats du niveau qu'il faut ou soit parce que je n'ai pas les ressources pour les encadrer adéquatement ». Elle dira plus loin « "on reçoit des candidats en entrevue qui n'ont pas pratiqué depuis dix ans!", rappelle-t-elle en ajoutant que le site Internet de son département indique bien que la préférence est donnée aux médecins ayant moins de quatre ans d'éloignement de la pratique » (Gervais 2009c). La Commission des droits de la personne a mené une enquête sur le sujet et a conclu que cette pratique relève d'une discrimination systémique. Elle a invité les universités à revoir leurs pratiques en ce sens (CDPDJ 2010d).

perte de statut. Toutefois, entre le quart ou le tiers des personnes immigrantes n'accéderaient toujours pas à un emploi en concordance avec leur niveau de scolarité.

Ajoutons à cela la mobilité bloquée pour des postes de niveau supérieur. Le « plafond de verre », sinon même de « béton » (cf. Chicha 2009), affecte différentes tranches de la population, dont les personnes immigrantes (et les femmes particulièrement). Par exemple, des enquêtes portant sur des ingénieurs immigrants au Canada ont révélé qu'ils accèdent dans une proportion moindre à des postes supérieurs par rapport aux personnes nées au pays (Boyd 2000; Boyd et Thomas 2001). Nous n'avons pas répertorié d'étude détaillée sur le sujet au Canada concernant les DIM, mais pouvons penser que ce phénomène pourrait être accentué pour la profession médicale. En effet, sa structure organisationnelle est caractérisée par une segmentation et une hiérarchisation intraprofessionnelles importantes (Coburn et Willis 2003 [2000]). Les médecins immigrants seraient ainsi orientés vers les secteurs « moins désirables » :

« The least desirable posts are not necessarily the same in the three societies [Israel, Canada, United States]. In Israel, they are nursing homes, institutions for the elderly, psychiatric hospitals, hospitals for chronically ill, and clinics in remote development towns. In the United States they include inner-city hospitals, veteran's hospitals, and remote, under-served areas. Canada is similar to United States in this regard. Despite the fact that all three societies have an abundance of physicians, they all contain structural niches in which some licensed immigrant doctors can find a position. » (Shuval et Bernstein 1997b: 169)

Cette mise à la marge pourrait s'apparenter à la stratification intraprofessionnelle évoquée plus haut pour les auxiliaires familiales (Cognet 2004b; Cognet et Fortin 2003; Cognet et Raigneau 2002). En Grande-Bretagne, on parle de l'existence d'une polarisation du milieu professionnel médical où la réduction de postes intermédiaires limite la progression professionnelle vers des postes de spécialistes pour des médecins juniors et spécialement des DIM (cf. « bottleneck of transition ») (Decker 2001). Dans un contexte de compétition élevée pour les postes de prestige, il serait intéressant d'observer la situation des médecins immigrants, les façons dont ceux-ci ont été orientés, leurs perceptions par rapport à leur progression professionnelle.

1.4.4 Stratégies d'intégration au marché du travail

Sur le plan professionnel, face aux difficultés d'intégration professionnelle, le migrant n'est pas passif. De multiples façons de contourner les obstacles sont mises en œuvre. En effet, observant la mobilité professionnelle graduelle de personnes immigrantes au Québec, Piché et Renaud (2002) soulèvent que :

« Devant cette forme de discrimination, qui passe par la dévalorisation et la déqualification, la seule option possible pour ces groupes d'immigrants est de développer des stratégies de contournement et de requalification. Il s'agirait en quelque sorte d'une stratégie de 'surinvestissement' (ces groupes doivent en faire plus pour obtenir les mêmes résultats) qui pourrait expliquer pourquoi après 10 ans, les différences se sont estompées. » (Piché et Renaud 2002: 151)

En cas de non-reconnaissance professionnelle, ces stratégies peuvent inclure : un retour aux études, l'acceptation d'un emploi transitoire dans un secteur apparenté, la mobilisation des réseaux (transnationaux, ethniques, intergroupe, etc.), l'entrepreneuriat, le cumul d'emplois, la redéfinition de ses attentes, le retour au pays d'origine ou dans un pays tiers (Bernstein et Shuval 1998; Beynon *et al.* 2004; Cardu et Sanschagrin 2002; Chicha 2009; Collins 2012; Liversage 2004, 2006; Nedelcu 2004; Shuval 1998, 2000; Shuval et Bernstein 1997a). Une stratégie fréquemment mentionnée permettant aux DIM de se rapprocher de leur profession est l'obtention d'un emploi dans le secteur de la santé ou en recherche (par ex. : Cliff et Eversley 2004; Groupe ressources humaines en santé 2013; Hachimi Alaoui 2007; Remennick et Shakhar 2003; Türegün 2011; Xu 2006). Néanmoins, le fait de travailler en santé clinique dans un poste autre que la médecine implique un retour aux études ainsi que des démarches de reconnaissance auprès d'un autre ordre professionnel, parmi 24 professions réglementées en santé (CIQ 2012)³⁸. De plus, compte tenu du cloisonnement des champs professionnels, rien ne garantit au DIM que l'emploi transitoire soit un tremplin vers la médecine même si travailler dans un poste en santé peut permettre de mettre à profit ses compétences, de se familiariser avec le système de santé québécois ou simplement d'exercer une profession apparentée à celle exercée auparavant.

Une autre option peu communément relevée est l'occupation d'un emploi lié à la médecine alternative (Shuval et Bernstein 1997b). Selon ces auteures, cette option serait perçue comme moins désirable que la médecine conventionnelle. Il serait intéressant de lier ces perceptions avec l'identité professionnelle et la trajectoire professionnelle prémigratoire, où

³⁸ À la différence de la France par exemple où un DIM peut exercer comme « praticien associé » ou infirmière (Dumont et Zurn 2007a).

l'occupation préalable de différentes professions rend l'éventualité d'une réorientation de carrière plus concevable (Blain 2006). Ces stratégies sont également à mettre en perspective avec les contraintes ou les éléments facilitants d'ordre structurel. En effet, l'occupation d'un emploi dans le champ de la santé implique le plus souvent un retour aux études, plus ou moins long selon la profession, tandis que le choix de la médecine alternative pourrait s'expliquer par sa non-réglementation. Par ailleurs, des programmes d'aide financière pourraient favoriser certaines professions, telles qu'infirmière ou préposé aux bénéficiaires (professions prioritaires dont la formation est financée par Emploi-Québec pour certains de ses prestataires).

Pour conclure cette rubrique sur les parcours d'intégration professionnelle, non seulement la mobilité internationale, mais aussi l'intégration professionnelle dans la société d'accueil dépend de facteurs sociopolitiques – des environnements institutionnels et du marché, de la réglementation –, et plus largement de facteurs organisationnels et culturels tels les questions de réceptivité et de reconnaissance (Berset *et al.* 1999; Chicha et Charest 2008; Iredale 2001). L'évolution tant des politiques liées au système de santé que des politiques d'immigration a marqué l'accès à la profession médicale (Dauphinee 2007; Noiriel 2004; Shuval et Bernstein 1997b). Ces politiques vont influencer les opportunités professionnelles, la disponibilité des structures d'encadrement en regard à la reconnaissance des compétences, et le temps de requalification requis. Pour ce qui concerne les DIM, l'effet des politiques est d'autant plus déterminant puisqu'en contraste à d'autres groupes professionnels l'employeur principal au Québec, c'est l'État.

1.5 Des politiques et des paradoxes

Reports about IMGs who deliver pizzas or drive taxis instead of practicing in their field have appeared in the Canadian news media. These experiences beg the question as to why highly skilled medical professionals are not being integrated at the time as Canada is said to be experiencing a shortage of physicians with many Canadians having difficulty finding a family doctor. (Bourgeault et Neiterman 2013: 200)

1.5.1 Approche du capital humain

L'approche du capital humain, issue des sciences économiques et sociales, est au cœur des pratiques de sélection de l'immigration au Québec et au Canada. Ces pratiques de sélection des migrants sont guidées par un postulat selon lequel le capital humain – les connaissances, compétences et habiletés acquises avec l'éducation et l'expérience professionnelle prémigratoires – contribuerait à l'intégration professionnelle et serait garant d'un salaire et d'un statut socioéconomique favorables (Demeuse 2002; Grenier et Xue 2011; Hawthorne 2007; Li 2008; Picot *et al.* 2014). Or, certaines ambiguïtés existent quant à la définition du capital humain : comment le définir, comment le traduire en indicateur mesurable, et comment évaluer ses effets (Demeuse 2002)? En ce qui concerne les pratiques de sélection de l'immigration, le capital humain se traduit généralement par le niveau de scolarité et la langue (Picot *et al.* 2014).

Garnett Picot et coll., chercheur à l'Institut de recherche en politique publique et à Statistique Canada, nous tracent un bref historique de ces pratiques de sélection de l'immigration et son renforcement ces dernières années :

« Depuis son lancement au milieu des années 1960, le système de points appliqué par le Canada pour sélectionner les immigrants a toujours compris les caractéristiques du capital humain, dont l'âge, les études et les compétences linguistiques, parmi les critères essentiels. Au début des années 1990, le système de points a été révisé de manière à donner plus d'importance aux attributs du capital humain, surtout les études, dans le processus de sélection des immigrants. L'engagement à appliquer le 'modèle du capital humain' a été renouvelé en 2002 lorsqu'est entrée en vigueur la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR), aux termes de laquelle des modifications ont été apportées au [Programme des travailleurs qualifiés (fédéral)]. À l'époque, le nombre de points accordés pour le niveau de scolarité a été augmenté, les points accordés pour des professions particulières ont été éliminés, et l'évaluation linguistique a été renforcée. » (Picot *et al.* 2014: 8)

De la sorte, selon l'approche du capital humain, les difficultés d'intégration professionnelle s'expliquent par un déficit de capital humain. Mais cette approche n'est pas à même d'expliquer la grande hétérogénéité des trajectoires d'intégration en emploi des migrants très qualifiés (Bourgeault et Neiterman 2013; Favell *et al.* 2006; Iredale 2001; Nedelcu 2004). Plus de la moitié des immigrants universitaires occupent un emploi exigeant tout au plus un diplôme d'études secondaires (Li *et al.* 2006). Picot et ses collègues (2014) soutiennent tout de même les effets positifs à long terme du niveau de scolarité sur le salaire : les immigrants titulaires d'un diplôme universitaire bénéficient de salaires plus élevés que les cohortes moins scolarisées. Ces résultats vont dans le sens d'autres recherches abordant la mobilité

professionnelle des personnes immigrantes mentionnées précédemment (Renaud et Cayn 2006; Renaud *et al.* 2001). Soit. Néanmoins, « l'effet négatif à l'entrée »³⁹ se fait ressentir. En outre, les nouveaux immigrants sont « deux fois plus susceptibles, non seulement de se retrouver dans un emploi pour lequel ils sont trop qualifiés, mais de rester 100 % du temps dans cette situation » par rapport aux personnes nées au Canada (Li *et al.* 2006: 9).

Ainsi, l'approche du capital humain ne tient pas compte des barrières structurelles qui affectent les immigrants membres de professions réglementées (Baldacchino et Hood 2008; Salaff et Greve 2003). Ajoutons que des recherches sur les pratiques d'embauche ont montré que les personnes responsables du recrutement ont tendance à sélectionner des personnes faisant déjà partie de leur réseau de connaissances et étant du même groupe qu'eux (Chicha 2002; Fortin 2002a; Liu 2007). De même, les « compétences sociales ou relationnelles » jouant dans l'évaluation des gestionnaires ou recruteurs, les nouveaux immigrants se voient désavantagés, ne maîtrisant pas toujours les codes implicites de la culture organisationnelle du milieu. Cela pourrait expliquer en partie la plus forte proportion d'admissions en résidence de médecins originaires de pays occidentaux évoquée plus haut (section 1.3.2 Quelques statistiques).

La « transférabilité » de leur capital humain est limitée par le poids de la reconnaissance professionnelle (Berset *et al.* 1999; Chiswick *et al.* 2003). Plusieurs qualifient même d'inacceptable la promotion du modèle du capital humain au sein des politiques d'immigration, il devrait plutôt y avoir un accès flexible à de la formation ou à des stages permettant aux DIM d'acquérir les habiletés nécessaires (Baldacchino et Hood 2008; Bourgeault et Neiterman 2013; Dauphinee 2005).

Les migrants se trouvent donc confrontés à des réalités paradoxales où l'on déploie un ensemble de stratégies très convaincantes pour les inviter à s'établir tandis qu'en parallèle, une série de mécanismes freine leur intégration professionnelle une fois sur place. Dans le cadre des politiques d'attraction et d'intégration des personnes immigrantes, l'accent est placé sur les compétences des individus ainsi que leur adaptabilité. Toutefois, leurs trajectoires d'emploi ne peuvent se comprendre uniquement à travers des indices liés à leurs caractéristiques personnelles. Les enjeux politiques et le corporatisme sont au cœur de ces difficultés (Bourgeault 2007; Chicha 2009; Foster 2008).

³⁹ « Negative entry effect » (Hum et Simpson 2002); parfois appelé « pénalité de transition » (« Transition penalty ») (Lochhead 2003).

Les médecins diplômés à l'étranger se heurtent à des obstacles structureaux importants ainsi qu'à une discrimination institutionnelle⁴⁰ ou systémique⁴¹ (Boyd 2013; Chicha 2009; CDPDJ 2013; Lochard *et al.* 2007), au corporatisme ou au protectionnisme diront d'autres (Denour et Junker 1995; Foster 2008; Khan 2007; Krahn *et al.* 2000; Noiriel 2004). Alors que ces questions sont abondamment documentées et critiquées, une vision atomisée de l'individu qui s'insère dans un marché égalitaire prévaut dans les discours politiques et les pratiques de sélection (Hawthorne 2007; Piché et Renaud 2002).

1.5.2 Enjeux éthiques associés aux politiques d'attraction de l'immigration

The poor utilization of the skills of IMG results in a loss to both the health systems of their countries of origin and Canada as their country of destination. (Bourgeault et Neiterman 2013: 205)

Cela a été dit, le message des gouvernements canadien et québécois est clair : dans un contexte de mondialisation et de compétition entre les pays, ils souhaitent attirer « les meilleurs et les plus brillants » (CIC 2011; MICC 2011b; 2013e; Parant 2001). Ces politiques nationales et internationales de mobilisation de personnels hautement qualifiés – notamment de professionnels de la santé – soulèvent des enjeux éthiques liés à la « fuite des cerveaux ». En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est préoccupée par les conséquences de cette « fuite » sur l'équité de l'accès aux soins, particulièrement au sein des pays touchés par une pénurie aiguë de personnel de la santé. En réaction aux enjeux du « brain drain » et en guise de cadre de référence, l'organisation fait la promotion d'un code de bonne pratique vis-à-vis du recrutement de professionnels de la santé – code qui n'est toutefois pas contraignant juridiquement (OMS 2010).

Mais, il faut ajouter à ces enjeux du « brain drain » les conditions à l'établissement de ces migrants détenant des compétences recherchées. En effet, une fois immigrés, l'intégration en

⁴⁰ « Politique, habitude ou façon de faire qui peut au premier abord paraître neutre et être appliquée à tous également, mais qui défavorise un certain groupe de la société en le traitant différemment » (Burch 2009).

⁴¹ « La discrimination systémique en emploi est une situation d'inégalité cumulative et dynamique résultant de l'interaction, sur le marché du travail, de pratiques, de décisions ou de comportements, individuels ou institutionnels, ayant des effets préjudiciables, voulus ou non, sur les membres de groupes visés par l'article 10 de la Charte [des droits et libertés de la personne du Québec] [...] La discrimination systémique en emploi [...] est ample et persistante car elle résulte d'un réseau complexe de facteurs en interaction, réseau dans lequel l'entreprise joue un rôle clé » (Chicha 1989: 85).

emploi des professionnels de la santé est souvent problématique et ne se réalise généralement pas sans obstacle comme nous l'avons soulevé (section 1.4 Parcours d'intégration professionnelle). Un enjeu supplémentaire de taille apparaît : le « brain waste », autrement dit, le « gaspillage des compétences » (Bourgeault 2007; Iredale 1999). De fait, l'enjeu éthique lié au « brain drain » se retrouve exacerbé lorsque le pays d'accueil n'offre pas les conditions nécessaires à la reconnaissance des compétences de ces médecins (Bourgeault et Neiterman 2013; Harris et Guillemain 2015).

1.6 Ressources de soutien et réseaux sociaux

Analysis of social networks is suggested as a tool for linking micro and macro levels of sociological theory (Granovetter 1973: 1360)

1.6.1 Réseau social et emploi

La prise en compte du réseau social est une voie d'entrée féconde afin d'approcher les dynamiques d'insertion et mettre en perspective les déterminants structureaux. Cela permet des explications alternatives à l'approche du capital humain basée sur des mesures « universelles » des compétences et aptitudes (Favell *et al.* 2006). En effet, certaines difficultés d'insertion pourraient s'expliquer par des groupes qui ont des réseaux « moins bien structurés ou moins supportant » (Fortin et Renaud 2004; Renaud 1999).

Depuis les années 1970, de plus en plus de travaux se penchent sur l'influence du réseau social sur l'intégration en emploi, en examinant l'effet de la densité des liens (« forts » ou « faibles ») (cf. Granovetter 1973) ou du réseau ethnique sur l'intégration et la mobilité professionnelle (Arcand *et al.* 2009; Geddie 2002; Li 2008; Potter 1999)⁴². Le rôle des communautés d'origine est un thème classique dans la littérature sur l'intégration de migrants dans des sociétés hôtes. Perçu comme la première source de soutien, il a longtemps été analysé sous l'angle de l'enclave ethnique; les compatriotes permettant aux nouveaux arrivants d'accéder à certaines filières professionnelles (la plupart du temps peu spécialisées).

⁴² Voir aussi la pertinente et concise recension sur le sujet d'Arcand *et al.* (2009).

Faisons un bref aparté théorique sur le concept de « force des liens » développé par le sociologue américain Mark Granovetter (1973) et qui a influencé plusieurs travaux sur le sujet. Sa théorie a apporté un éclairage sur l'organisation sociale et la transmission de l'information, d'un individu à un autre. Au point de vue empirique, il a documenté les liens tissés par des chercheurs d'emploi et la transmission de l'information, concluant sur « la force des liens faibles » pour l'intégration professionnelle. Autrement dit, des « connaissances » sont plus susceptibles d'amener des résultats positifs pour le chercheur d'emploi par rapport à l'appui d'amis plus intimes ou de la famille. Du point de vue du champ de l'économie, « il a mis en relief que le marché de l'emploi ne pouvait être analysé seulement en termes d'offre et de demande et que la demande ne pouvait se réduire aux actions individuelles » (cf. Eve 2002: 202). Cela nous ramène aux distinctions entre le micro, l'observable, le relationnel versus le macro, les structures et les rapports sociaux plus larges. Reprenons sa définition de la force des liens : « the strength of a tie is a (probably linear) combination of the amount of time, the emotional intensity, the intimacy (mutual confiding), and the reciprocal services which characterize the tie » (Granovetter 1973: 1361). Autrement dit, un lien « fort » implique une certaine intimité et réciprocité des services, par exemple, la famille et des amis proches. Un lien « faible » est représenté par exemple par des collègues de travail ou des connaissances. Ajoutons qu'il peut y avoir aussi une « absence » de liens, par exemple, le voisin qui nous est inconnu. Au point de vue théorique, pour le sociologue Michael Eve, l'apport de Granovetter se situe dans « l'identification des formes de relations personnelles qui influencent le processus d'embauche », tandis que, d'un point de vue plus critique, il soulève que « lui-même [Granovetter] n'a pas beaucoup avancé dans cette direction, se référant tout simplement aux frontières de classe, de race ou ethniques, plutôt qu'à des structures de réseaux personnels » (Eve 2002: 202).

Au Canada, des chercheurs ont abordé la mobilisation du réseau de soutien⁴³ dans le cadre de recherche d'emploi de professionnels immigrants (ou de migrants hautement qualifiés).

⁴³ Parfois nommé « capital social », mais défini différemment selon les auteurs et les perspectives idéologiques. Nous lui préférons le concept plus neutre de « réseau de soutien ». Voir Portes (1998) qui trace l'histoire du concept de « capital social » et Bibeau (2005) qui en souligne les dérives potentielles : « son agenda moralisateur peut conduire à gommer les différences et conflits entre classes sociales; ses prescriptions éthiques individualistes ouvrent sur une possible dépolitisation des enjeux collectifs; et ses discours optimistes tendent à favoriser le désengagement de l'État » (Bibeau 2005: 1). Bibeau discute de l'usage hétérogène du concept de capital social, tantôt à travers une approche utilitariste et rationaliste qui évacue les problèmes structurels (dont les travaux de Coleman), tantôt utilisé de façon indissociable avec le capital culturel et économique et qui met l'emphase sur la reproduction sociale et d'intérêts de classe (les travaux de Bourdieu).

Ce champ de travaux analyse le plus souvent l'effet de la mobilisation du réseau ethnique, généralement sous l'angle de l'enclave ethnique, donnant accès à des emplois peu qualifiés ou se traduisant en un désavantage au plan salarial (à l'exception de quelques chercheurs, qui ont souligné les effets positifs du réseau ethnique sur la mobilité professionnelle, dans le cas de migrants de 2^e génération) (dont Portes *et al.* 2003; Pott 2001). La géographe Geddie (2002) souligne que pour des ingénieurs immigrants à Vancouver, l'utilisation du réseau ethnique n'était employée, exception près, que pour des emplois non spécialisés et réduisait les possibilités par la suite de tisser un réseau professionnel une fois l'emploi transitoire obtenu. Dans une étude menée auprès de migrants diplômés en génie originaires d'Asie, la sociologue Boyd (2000) soulève que l'absence de réseau professionnel pourrait avoir un effet négatif lors de leur recherche d'emploi en Ontario. En fait, le réseau social comme source de soutien dépend aussi du type d'informations qu'il contient, le réseau social peut autant se traduire comme une ressource qu'une responsabilité (Grenier et Xue 2011; Li 2008; Potter 1999). Par exemple, Potter (1999) dans sa thèse en sociologie portant sur les ressources sociales de migrants d'Asie du Sud à Toronto, met en lumière que le réseau social, peut tout autant avoir un effet positif que négatif, sa traduction en ressource dépend du type d'information qu'il contient. Les ressources et leur mobilisation sont à contextualiser. D'un autre côté, des auteurs ont voulu mettre en relief que l'ethnicité peut devenir une ressource mobilisable, permettant parfois une mobilité professionnelle ascendante dans le cas d'enfants d'immigrants (Portes *et al.* 2003; Pott 2001). Le sociologue américain Alejandro Portes et ses collaborateurs (2003) le dénomment « community social capital ». Cette mobilisation peut jouer un rôle positif, mais ces stratégies sont variables, elles ne sont pas automatiquement utilisées :

« There are others for whom their ethnicity will be a source of strength and who will muscle their way up, socially and economically, on the basis of the networks and resources of their solidary communities. There are still others, whose ethnicity will be neither a matter of choice nor a source of progress, but a mark of subordination. » (Portes *et al.* 2003 : 4)

Dans cette lignée, dans un contexte de diversification de l'immigration au Canada, le sociologue Peter S. Li (2008) a analysé les effets combinés du « capital humain »⁴⁴ et du

⁴⁴ Pour Li, le « capital humain » (variable dépendante dans son étude) a été opérationnalisé sous les caractéristiques du « capital humain » et « caractéristiques liées à l'emploi » soit : « the years of schooling, whether the highest university credential was obtained in Canada or specific regions outside of Canada, years of foreign work experience, the years in Canada since immigration to Canada, whether the respondent speaks an official language as their first language, the number of weeks

« capital social », plus précisément du « capital social ethnique »⁴⁵, sur « la performance économique » de personnes immigrantes au Canada. À partir des données de l'Enquête sur la diversité ethnique de 2002, réalisée par Statistique Canada, il a voulu examiner la capacité de certains immigrants à surmonter la dévaluation des diplômes obtenus à l'étranger à partir de la mobilisation de liens sociaux ethniques, comme « capital social ». Ses conclusions soulèvent que les personnes immigrantes, tant hommes que femmes, qui maintiennent des liens « forts » avec leur « groupe ethnique » ont un salaire moins élevé comparativement à ceux ayant des liens « faibles », ce qui va dans le sens des études sur l'effet négatif sur le salaire d'un emploi dans une enclave ethnique. En fait, selon les résultats de son enquête, pour Li, rien ne démontre que le « capital social ethnique » ne peut d'aucune façon atténuer la dévaluation des diplômes obtenus à l'étranger. Quant aux diplômes obtenus à l'étranger, il a soulevé leur reconnaissance très variable d'un groupe à l'autre, soit entre les minorités visibles et les migrants apparentés au groupe majoritaire (« majority member background ») :

« Foreign credentials held by immigrant men and women of majority member background enjoy an earnings premium compared to their counterparts who have Canadian credentials. Only immigrant men and women of visible minority background suffer an earnings penalty. Thus, visible minority immigrants with foreign credentials may be said to possess a credential deficit. » (Li 2008: 306)

Ce constat l'amène à une conclusion assez critique sur la « racialisation des diplômes obtenus à l'étranger », où une reconnaissance différentielle opère selon l'origine du migrant. « This study further suggests that foreign credentials of immigrants are racialized, since the market value of foreign credentials varies depending on the racial background of the immigrants » (Li 2008: 307). Le sociologue en conclut que malgré l'accent dans la littérature sur les effets positifs du capital social, son étude n'est pas parvenue à trouver des preuves que le capital social puisse être utilisé comme substitut au capital humain dans le processus d'adaptation des immigrants sur le marché du travail canadien. Un capital social favorable ne

worked in 2000, whether one works in a metropolitan centre, and whether the weeks worked were mainly full time or part time. » (Li 2008: 288).

⁴⁵ Variable créée à partir de trois mesures, soit : « ethnic ties among coworkers, friends, and members of the first social organization to which the respondent belonged. For each type, respondents were asked to indicate whether all, most, or some of the coworkers, friends, or fellow members were of the same ethnic origin as the respondent. The more similar the ethnic origin of coworkers, friends, and fellow members is to the origin of the respondent, the more the respondent is attached or connected to ethnic social capital. The more ethnic connections a person has, the more ethnic social capital may be mobilized. » (Li 2008: 288).

compensera pas une non-reconnaissance pour certaines catégories de la population immigrante, en particulier les minorités racisées.

En d'autres mots, les migrants bénéficieraient de ressources symboliques et relationnelles variables (Fortin et Carle 2007; Fortin et Maynard 2015; Fortin et Renaud 2004). Les ressources symboliques étant « la reconnaissance sociale du groupe, de la place qu'il occupe et de la valeur de cette place au sein d'un milieu donné » (Fortin et Carle 2007: 9). Ces réflexions peuvent être mises en lien avec les travaux de l'économiste et politologue suisse Alain Berset et ses collègues. Ils soulignent une distinction à l'égard de l'intégration en emploi des personnes immigrantes entre la **transférabilité des diplômes** entre différents contextes nationaux qui est en « fonction de l'évaluation de leur renommée », et la **transférabilité de sa réputation professionnelle** qui « dépend de l'étendue estimée du réseau professionnel dans lequel il est inséré » (Berset *et al.* 1999 : 93).

1.6.2 Famille et emploi

Le rôle de la famille a été brièvement évoqué, rôle qui peut se transformer autant en une ressource de soutien qu'en responsabilité pour le chercheur d'emploi ou le travailleur. Cet aspect sera brièvement approfondi. En effet, une autre façon d'aborder le réseau de soutien est de comprendre les choix professionnels à travers des **stratégies familiales** plus larges, soit « la décision de donner priorité à l'un ou l'autre des deux membres du ménage dans le parcours d'intégration professionnelle au pays d'accueil » (Chicha 2012: 93). Tel qu'abordé à la section 1.4.2 sur les facteurs en jeu, le choix de femmes médecins de retarder leur retour au travail ou aux études peut s'expliquer par la priorité accordée à leur statut de mère et à la prérogative accordée à la carrière de leur conjoint (Hachimi Alaoui 2007; Nedelcu 2004, 2005; Shuval et Bernstein 1997a). Dans une étude américaine, une répondante médecin explique par exemple : « Now I'm working and I will study after my husband passes the examination. I have to bring money to the family » (femme médecin immigrante, États-Unis) (Young *et al.* 1997 : 139).

Quant à eux, la sociologue et anthropologue Myriam Simard et son collègue Nicolas van Schendel (2004)⁴⁶ soulignent l'importance de prendre en compte le moment du cycle de vie

⁴⁶ Étude qui a documenté les facteurs de rétention en régions éloignées au Québec de médecins immigrants et non immigrants qui ont signé un contrat d'engagement de pratique de quatre ans. Projet

(et de la carrière) et la situation familiale. Ainsi, l'inoccupation du conjoint et le désir de scolariser ses enfants dans un milieu plus propice (où la qualité de l'éducation est associée aux grands centres urbains par les DIM) joueraient un rôle négatif dans la rétention en région des médecins rencontrés. Les auteurs invitent à « garder en tête que cette trajectoire [professionnelle] n'est nullement rectiligne » et à tenir compte de ces étapes dans une « perspective souple et à plus long terme » (2004 : 194). Baldacchino et Hood vont dans le même sens et soulignent l'importance, pour les immigrants diplômés en santé de leur enquête, de prendre en compte la dimension familiale dans le choix de s'établir à l'Île du Prince-Édouard : « if one member of an immigrant household is frustrated or disappointed by his/her settlement experience, this is likely to push the whole family to move and re-settle elsewhere » (2008 : 38).

Compte tenu de l'influence de la famille et du cycle de vie au sein des trajectoires d'intégration en emploi des personnes immigrantes, nous sommes sensible à ces éléments dans notre recherche.

1.6.3 Ressources institutionnelles de soutien

Milieu professionnel complexe, les modes de recrutement et les informations dont disposent les chercheurs d'emploi placent les DIM dans une situation particulière. La question de la reconnaissance professionnelle, mais aussi l'accès à l'information, à un réseau de contacts et aux ressources institutionnelles sont déterminants (Bardai 2010; Belkhodja *et al.* 2009; Bourgeault et Neiterman 2013; Neiterman et Bourgeault 2012). La question de l'accès aux ressources institutionnelles est largement documentée dans le milieu de la santé. Par exemple, l'anthropologue de la santé Laura Simich et ses collaborateurs (2005) soulignent l'importance de l'accès aux ressources institutionnelles et de la prestation des services au cours du processus d'établissement de personnes immigrantes au Canada :

« The importance of informal supports in no way abrogates the necessity of effective formal services, which serve complimentary purposes and ensure access and equity in health care and social services. Furthermore, help-seeking strategies are influenced by perceptions of the appropriateness and accessibility of social support in the larger society, which may be seen in either a positive or a negative light depending upon how effectively social support is delivered. » (2005 : 260)

Dans leur ouvrage novateur paru en 1997, la sociologue de la santé Judith Shuval et sa collègue Judith Bernstein comparent les processus d'intégration professionnelle de médecins de l'Union soviétique, d'origine juive, ayant immigré dans trois pays différents : les États-Unis, le Canada et Israël. Elles soulignent l'influence des politiques et des programmes mis en place. Selon leurs analyses, les trois sociétés diffèrent quant à la « responsabilité collective » vis-à-vis du processus d'intégration professionnelle de ces DIM. En Israël, le gouvernement aurait une tradition de soutien et assumerait (à l'époque) une grande part de soutien « pour le bien-être des immigrants » durant les trois premières années particulièrement. Ce qui aurait des effets favorables sur la requalification des médecins étrangers. Elles classent les États-Unis et le Canada ensemble, comme des pays orientés davantage sur la responsabilité individuelle des personnes immigrantes quant à leur intégration professionnelle.

« In the United States and Canada, the responsibility is defined as that of the individual immigrant who is expected to undertake the necessary initiatives and actions to attain professional status. This social construction is in line with the value traditions of two societies. Both societies rely on the support extended to immigrants by voluntary ethnic organizations. (...) there is little if any public willingness to assist immigrant doctors to enter the system. » (Shuval et Bernstein 1997a: 162)

Ce rapprochement rapide des politiques entre le Canada et les États-Unis est, à notre sens, à discuter. Il pourrait être dû au contexte historique de l'époque ou au manque de nuance inhérent à ce type de comparaison basé sur des typologies nationales. Néanmoins, cette comparaison met en lumière les effets du contexte structurel sur les trajectoires professionnelles. Cela renforce, par ricochet, notre intérêt à approfondir la question de l'influence de l'accessibilité des ressources institutionnelles sur les trajectoires d'intégration en emploi. Qui plus est, au Québec et au Canada, un nombre important de programmes de soutien à l'intégration professionnelle existe, mais il peut y avoir certains paradoxes sous-jacents aux politiques liés à la responsabilité individuelle première du migrant (cf. section 1.5 « des politiques et des paradoxes »). Belkhdja *et al.* (2009) vont dans ce sens en conclusion de leur rapport sur l'intégration des diplômés internationaux en santé au Canada :

« depuis quelques décennies, la culture canadienne a évolué vers un esprit plus individualiste que collectiviste. **Faire ses preuves dans un milieu de travail se mesure par la capacité à se débrouiller seul dans le système**⁴⁷. Cet enjeu est encore plus grand dans le domaine de la santé où les médecins généralistes ou spécialistes sont le produit de cette culture professionnelle entrepreneuriale des années 1980. Le professionnel de la santé ne symbolise plus ce bâtisseur d'un

⁴⁷ Emphase par les auteurs.

système de santé social à l'image des médecins des années 1960 (Mullally et Wright, 2007), mais un individu mobile monnayant sa valeur marchande. » (Belkhodja et al. 2009: 49)

Le gouvernement du Québec a des responsabilités en matière d'aide à l'intégration des personnes immigrantes et c'est dans un esprit de partenariat et de décentralisation qu'il collabore avec les milieux publics, parapublics, privés et communautaires (Bamba 2012; Chicha et Charest 2008; Germain et Trinh 2010; MICC 2013d). En ce qui concerne les DIM, le processus d'accréditation est de juridiction provinciale. Depuis quelques années, diverses instances institutionnelles – telles que le Collège des médecins du Québec, le gouvernement du Québec, Recrutement Santé Québec – ont conjugué leurs efforts afin de clarifier les étapes permettant d'accéder au permis de pratique et déterminer les critères d'éligibilité. De plus, la nécessité d'offrir un service d'orientation spécifique pour les DIM ne pouvant accéder à la pratique a été relevée par le *Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec*⁴⁸ (Gouvernement du Québec 2009). En ce qui concerne les mesures de soutien à l'intégration des personnes immigrantes, dans les années 2000, un organisme communautaire dédié à l'intégration des personnes immigrantes (l'Hirondelle) a été financé afin d'offrir un soutien aux DIM. Toutefois, la non-récurrence du financement, caractéristique du milieu communautaire, a mis fin à l'initiative (Chicha et Charest 2008). En 2009, suite au rapport du comité Echavé, le Club de Recherche d'Emploi Montréal Centre-Ville (CREMCV)⁴⁹ a été désigné comme organisme afin d'offrir un service d'orientation professionnelle aux DIM (Gouvernement du Québec 2009).

« Déjà, Emploi-Québec, le MICC et le MSSS, en collaboration avec le Club de Recherche d'Emploi Montréal Centre-Ville (CREMCV), ont développé une mesure d'accompagnement pour les DHCEU qui ont décidé de ne pas poursuivre les démarches en vue de l'obtention d'un permis d'exercice de la médecine au Québec. Cette mesure, qui était jusqu'à maintenant en situation de rodage, sera largement accessible à compter de l'été 2009. Cette intervention en 'counseling' de carrière a pour but d'aider les DHCEU à identifier et à mettre en œuvre un projet professionnel qui tiendra compte de leurs compétences, de leurs intérêts, de leur projet de vie et des opportunités qu'offre le marché du travail québécois. » (Gouvernement du Québec 2009: 14)

⁴⁸ Nommé aussi « Comité Echavé », en référence à son président Dr Vincent Echavé. Constitué en 2006 par le Conseil des ministres, il regroupait 13 représentants institutionnels (santé, éducation, emploi, immigration).

⁴⁹ Aussi désigné comme : Centre de ressources en employabilité Montréal centre-ville (CREMCV). www.cremcv.com/transition-de-carriere.php

Néanmoins, le peu d'initiative dans le domaine de la reconnaissance professionnelle des DIM, le manque de continuité des programmes mis sur pied et leurs capacités limitées – spécialement pour compléter la résidence – demeurent des freins notables. Cela semble aussi être le cas dans le reste du Canada où : « Many provinces do have specific upgrade programs for IMGs but the capacity of these programs continues to be very limited » (Dauphinee 2003: 3) (voir aussi Bourgeault et Neiterman 2013). De fait, au Québec, les infirmières et les ingénieurs par exemple bénéficient depuis plusieurs années de l'accès à des formations de mise à niveau leur permettant de se préparer aux examens de leurs ordres professionnels respectifs. Ce n'est que récemment qu'un programme formel de préparation aux examens et des ateliers d'études a été offert par le Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval (CESSUL, financé en partie par le MICC) (CIQ 2006)⁵⁰, suivi par la mise sur pied du Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CÉDIS)⁵¹ en 2010 (Gouvernement du Québec 2009; Groupe ressources humaines en santé 2013). Toutefois, limite importante, ce programme n'accompagne pas jusqu'à l'emploi les DIM. En effet, un élément qui s'ajoute à la complexité de la situation est que la réussite des examens du Collège des médecins⁵² (de façon autonome ou via ce programme) ne garantit pas l'obtention d'une place de résidence (Chicha et Charest 2008; CDPDJ 2013). Précisons que les DIM ne sont pas les seuls dans cette situation, les dentistes ou les pharmaciens⁵³ sont d'autres cas exemplaires du secteur de la santé.

Ajoutons un élément supplémentaire quant aux mesures de soutien à l'intégration d'Emploi-Québec. Cette institution joue un rôle important au Québec relativement à la mise sur pied de formations pour les personnes immigrantes et plus largement au soutien financier de ses participants qui font un retour aux études. Généralement, ses programmes de formation sont orientés vers des formations de courte durée (de quelques mois à deux ans) et très rarement de niveau universitaire. Par ailleurs, les participants priorités sont bénéficiaires de l'assistance-emploi (aide sociale/assistance sociale) ou de l'assurance-emploi (chômage), ce qui limite de façon générale la portée de ce type de programmes⁵⁴. Or, l'existence de

⁵⁰ Mais nous n'avons pas recensé d'activités pour les DHCEU au CESSUL depuis 2010.

⁵¹ www.cedis.ca

⁵² Processus de 2 années minimum (si les examens sont réussis un à la suite de l'autre).

⁵³ Soulignons une avancée pour les pharmaciens en 2011. Un programme d'appoint de 16 mois a été mis sur pied à l'Université de Montréal afin de favoriser leur reconnaissance professionnelle et l'accès à l'Ordre des pharmaciens (Labranche 2011).

⁵⁴ À ce sujet, un développement clé des formations de mise à niveau destinées aux ingénieurs et aux infirmières diplômés à l'étranger fut leur intégration aux formations du Ministère de l'Éducation.

programmes de soutien pour la requalification a donné ses preuves (Camo personnes immigrantes 2000; Zubin et Rocchi-Dean 2006). La création d'une formation de mise à niveau adaptée, l'accompagnement et le soutien financier sont des facteurs importants de requalification. Tous ces éléments seront pris en compte au sein de notre recherche.

1.7 Identité professionnelle et stratégies identitaires

I do believe that a doctor when he loses his profession suffers a lot because to become a doctor is not an easy thing. (Razak Kader et Tanin 2004 : 42)

Des auteurs de différentes régions ont témoigné de l'interrelation existant entre l'identité et les trajectoires d'intégration professionnelle de populations immigrantes (Beynon *et al.* 2004 à Vancouver; Cardu et Sanschagrin 2002, pour la ville de Québec; Liversage 2005, 2006; 2009, au Danemark; Shuval 2000, en Israël). Par exemple, à partir de l'analyse de récits de vie de femmes immigrantes très qualifiées, la sociologue danoise Monica Liversage (2004) a mis en lumière cette interrelation, accompagnée d'une trajectoire en emploi marquée par des luttes et des négociations. Les démarches infructueuses de ces migrantes afin de trouver un emploi correspondant à leurs attentes ont amené une redéfinition de leurs objectifs initiaux et pour certaines une redéfinition de la valeur accordée à leurs expériences prémigratoires, révélant le caractère fluide et interactif de l'identité. Dans cette dernière partie de la problématique, nous relèverons des études ayant observé la liaison entre l'identité professionnelle, les stratégies identitaires, et les trajectoires d'intégration en emploi de migrants. Quelques études ayant touché tout particulièrement les DIM seront mises en évidence.

1.7.1 Identité professionnelle

1.7.1.1 Identité

Avant d'aborder les stratégies mises en œuvre, quelques mots sur les concepts d'identité et d'identité professionnelle. Nous retenons une définition de ***l'identité*** « comme l'ensemble

Cette intégration a rendu admissible davantage de personnes immigrantes (dont ceux qui n'ont jamais été prestataires d'assurance-emploi ou d'assistance sociale) (discussion informelle, responsable de programme de Camo personnes immigrantes, 2005) (Blain 2006).

structuré des éléments identitaires qui permettent à l'individu de se définir dans une situation d'interaction et d'agir en tant qu'acteur social » (Taboada-Leonetti 2002 [1990]: 44). Elle est en interaction avec d'autres dimensions de la vie telles que l'identité sociale, familiale ou professionnelle. Par exemple, une rupture professionnelle pourra influencer les autres sphères de sociabilité. Pour reprendre les termes du sociologue français Serge Paugam :

« J'ai quelques réserves face à la thèse qui avance que l'individu moderne aurait des identités tout à fait différentes dans chacune des sphères de sa vie. Selon cette thèse [...] il modifierait son identité et ses conduites selon la sphère de vie dans laquelle il se trouve. [...] en dépit de l'exercice de plusieurs rôles, les individus ne vivent pas de façon cloisonnée dans chacune de ces sphères. En somme, chaque sphère a une influence sur les autres. » (Paugam dans Fournier et Bourassa 2004: 32)

L'identité par ailleurs n'est jamais donnée une fois par toute, relationnelle, elle est validée dans l'interaction, et est caractérisée par sa fluidité (Bauman 2004; Camilleri *et al.* 2002 [1990]; Goffman 1975). « They are not secured by a lifelong guarantee, that they are eminently negotiable and revocable » (Bauman 2004: 11). Le terme « d'identification » serait plus approprié afin de mettre en relief la dimension fondamentale de la reconnaissance (Bauman 2004; Gallissot 1987). Cette vision dynamique tient compte de la présence d'une identité « pour soi » et d'une identité « attribuée » qui peuvent être en désaccord et seront négociées par les acteurs en présence (Dubar 1995; Goffman 1975; Sainsaulieu 1977). Cette conceptualisation permet de dépasser l'aspect psychologique de l'identité et de tenir compte des dimensions liées aux conditions d'appartenance et à la catégorisation. Liversage (2006) illustre ce double mouvement de l'identité par le *devenir* et l'*appartenance* où : « Work was thus seen as paramount, both as an issue of *belonging* – of being favourably categorized in the new society. And as an issue of *becoming* – to be able to become the person she indeed felt she was » (Liversage 2006: 25)⁵⁵.

1.7.1.1 Identité professionnelle

La profession procure un sentiment d'appartenance à une communauté partageant un ensemble de normes et de valeurs (Dubar 1995; Shuval 2000). Suite à un long processus de socialisation, la profession médicale, même subdivisée en plusieurs spécialités, peut procurer ce sentiment de partager une culture professionnelle commune (Becker *et al.* 2007 [1961]; Good et DelVecchio Good 1993; Shuval 1997, 2000).

⁵⁵ Emphase de Liversage.

« Despite its ongoing processes of segmentation into specialties and subspecialties, the profession of medicine provides its members with a shared identity through commonality in entry criteria and a long socialization process which includes both knowledge and practice skills that create a common culture. Members of a profession are characterized by shared ways of perceiving and interacting with clients and by membership in professional associations where they develop and disseminate a shared work culture. » (Shuval 2000 : 192)

Dans un autre ordre d'idée, une étude menée auprès de DIM luttant pour la reconnaissance de leur titre de médecin au Canada propose le concept de « diaspora professionnelle », au sein de laquelle l'identité professionnelle de médecin rassemble des individus d'appartenances, de cultures et de langues diverses (Neiterman et Bourgeault 2012). Selon ces auteures, l'identité professionnelle antérieure de ces médecins ainsi que les incertitudes entourant leur avenir dans le milieu médical canadien les unissent et contribuent à créer une communauté d'entraide composée de DIM de toutes origines.

1.7.2 Stratégies identitaires

Au confluent des dimensions micro et macro, la notion de **stratégies identitaires** peut être une voie d'analyse pertinente pour les DIM. En effet, suite à la migration, la recherche d'une continuité identitaire, notamment de l'identité professionnelle, sera au cœur des stratégies d'intégration mises en branle. La sociologue Isabelle Taboada-Leonetti met en relief le caractère dynamique et l'interaction entre les niveaux individuels et structurels dans sa définition :

« [L]es stratégies identitaires (...) apparaissent comme le résultat de l'élaboration individuelle et collective des acteurs qui expriment, dans leur mouvance, les ajustements opérés, au jour le jour, en fonction de la variation des situations et des enjeux qu'elles suscitent – c'est-à-dire des finalités exprimées par les acteurs – et des ressources de ceux-ci. » (Taboada-Leonetti 2002 [1990] : 49)

Des recherches menées auprès de médecins immigrants ont mis en évidence des liens entre les notions d'identité professionnelle et d'engagement (*professional commitment*) (Remennick et Shakhar 2003; Shuval 2000; Shuval et Bernstein 1996). Un médecin très engagé et très lié émotionnellement à sa profession chercherait davantage à être reconnu après son arrivée au pays hôte. Remennick et Shakhar (2003) insistent sur la permanence d'une identité professionnelle forte chez des DIM d'origine russe qui se sont réorientés comme physiothérapeutes en Israël. Ceux-ci ont ajusté leur rôle professionnel, mais s'identifieraient toujours comme médecins.

« Hence the assumption of 'once a doctor – forever a doctor' has proved to be correct; in other words, professional socialization of physicians makes a life-long imprint on their personal identity. Self-definition as doctor seems to exhibit remarkable stability regardless of change in external conditions caused by migration and professional conversion. » (Remennick et Shakhar 2003: 103)

Pourtant, la notion d'engagement telle qu'avancée par Remennick et Shakhar (2003) ne peut à elle seule expliquer des phénomènes d'auto-retrait de la profession médicale qui ont été documentés (Belkhodja *et al.* 2009; Chicha et Charest 2008; Hachimi Alaoui 2007). En effet, le fort corporatisme décourage plusieurs migrants à entamer des démarches de reconnaissance de leurs acquis professionnels, en dépit de leur sentiment de vocation professionnelle vis-à-vis de la médecine. Judith Shuval nuance la portée de cet engagement professionnel quant aux démarches de requalification et relève l'importance de prendre en compte d'autres facteurs tels que l'âge, le genre ou les conditions structurelles d'accès à la profession médicale.

« The motivation to reconstruct their professional identity is a powerful force among immigrant physicians. However, the realization of this goal is channeled and constrained by structural elements serving the interests of various groups in the host society. » (Shuval 2000: 200)

Le sociologue Adnan Türegün (2011), dans son rapport de recherche portant sur les expériences de réorientation professionnelle vécues par des personnes immigrantes en Ontario, soulève certaines pistes à mettre en lien avec l'identité professionnelle. Sa recherche, menée entre 2009 et 2010, incluait 155 questionnaires en ligne et 19 entretiens approfondis auprès de migrants de toutes professions, la majorité réglementée (génie, enseignement, travail social, etc., dont 1 médecin). Il fait partie des quelques rares chercheurs ayant abordé spécifiquement le processus de réorientation professionnelle des personnes immigrantes. Il a identifié trois types de trajectoires professionnelles pour les migrants n'étant pas en mesure de pratiquer leur profession : « exit, de-professionalization, and professional rebuilding ».

« Exit means that immigrants return to their countries of origin or move to a third country. De-professionalization may be considered an exit option, too, since it signifies departure from the professional field, but it is uniquely involuntary. It means unemployment or work that does not require any professional skills, and is unfortunately an all-too-common experience among the foreign-trained. In professional rebuilding (or re-professionalization), an immigrant professional acquires a new profession which may or may not be related to his or her original field. » (Türegün 2011: 1)

Il soulève le rapport dynamique entre des réalités microsociologique (liées notamment à l'identité) et macrosociologique (liées à la structure et au politique). Contrairement à la majorité des études abordant l'intégration et la « perte professionnelle » de migrants changeant de carrière dans le pays d'accueil, il soulève que la réorientation professionnelle peut être vécue différemment, et dans certains cas, positivement : « professional rebuilding or re-professionalization, is the “next best thing” to practice in the primary profession » (Türegün 2011: 6). En contraste à « la sortie » ou à la « déprofessionnalisation », qui implique une perte et un processus imposé ou involontaire, cette troisième option relève de choix rationnels, posés par le migrant professionnel, pesant les pour et les contre, évaluant les coûts et le temps liés à la requalification notamment. Les motivations sont multiples selon les répondants de son enquête :

« They may lose interest in their original fields and take another professional route. Or, after calculating the cost of getting back to their fields, they will decide that it is not worth the expense and opt for another profession that is less costly to pursue. Or they may reach this conclusion after making several failed attempts to find work in their professions. It is conceivable that some people practise a “second profession” as an interim solution or a springboard back to the original one. Others may use it as a strategy to avoid complete de-professionalization. Some may even justify it as a continuation of their original practice. In any case, while it is socially bounded, professional rebuilding includes an element of “rational choice” as defined by theorists such as James Coleman (1990). » (Türegün 2011: 6-7)

Dans le contexte américain, les chercheurs en sciences infirmières Victor R. Vapor et Yu Xu ont mené une enquête de type phénoménologique auprès de médecins d'origine philippine s'étant réorientés comme infirmier(ère)s. Malgré les limites méthodologiques et de comparabilité (entretiens auprès de huit répondants seulement, six femmes et deux hommes DIM), ils dégagent plusieurs éléments prometteurs pour des explorations futures. Premièrement, ils soulignent la double adaptation que ces migrants doivent mener dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions, une adaptation culturelle et une professionnelle impliquant un changement identitaire et de rôle professionnel, insistant sur les défis liés à cette transition. Pour leurs répondants DIM devenus infirmières, l'identité de médecin semble se cristalliser lorsque cette nouvelle identité professionnelle leur est étrangère ou lorsque leurs interactions quotidiennes rappellent ce qui a été perdu (Vapor et Xu 2011). Ce changement de rôle est émotionnellement exigeant et implique une transition parfois difficile à accepter, ils le relient à une « perte de leur identité professionnelle ». Un de leur répondant

l'associera à « des rôles inversés » où l'infirmière est perçue comme « la servante » par rapport au médecin qui est respecté et donne des ordres...

« Moreover, the role shift from a “thinker” (prescribing orders) in medicine to a “doer” (carrying out orders) in nursing (as perceived by informants) caused negative emotions in the transition process. A decrease in self-esteem was noted that could be attributed to various degrees of embarrassment, shame, loss of identity and dignity, and disillusionment. Data also revealed difficulty in letting go of the physician role. » (Vapor et Xu 2011: 218)

Deuxièmement, en termes de stratégies identitaires, même s'ils ne les nomment pas explicitement comme telles, ils mentionnent certaines stratégies mises en place par ces DIM. Face aux difficultés expérimentées comme infirmière de chevet (« bedside nurse »), leurs répondants opteront pour des alternatives professionnelles plus « satisfaisantes », particulièrement comme infirmière spécialisée (« advanced practice nurse »). De la sorte, cette transition professionnelle peut être nuancée en observant la mobilité professionnelle et en comparant les trajectoires vécues depuis le type de fonction exercée : comme infirmière spécialisée ou infirmière de chevet. L'autonomie décisionnelle et la reconnaissance des infirmières spécialisées représentant des trajectoires plus désirables. Dans le contexte québécois, la stratification intraprofessionnelle des professions du milieu de la santé a été évoquée plus haut, certains liens pourraient peut-être se faire pour les DIM de notre enquête (section 1.4.3. mobilités professionnelles et plafond de verre).

Dans la recherche de Belkhodja et ses collègues (2009) portant sur l'intégration professionnelle de diplômés internationaux en santé, ne pas être en mesure d'être reconnu comme médecin et se sentir « coincé » dans le pays d'accueil peut entraîner un sentiment de double échec.

« Comme ils ont tout laissé dans leur pays d'origine pour venir au Canada, il n'y a pas de retour possible. Ils se sentent coincés. Ils ne peuvent pas retourner dans leur pays [d'origine], recommencer à zéro et admettre la faillite, mais ils n'arrivent pas à s'intégrer professionnellement ici [au Canada]. Ils ressentent l'échec des deux côtés. » (Belkhodja *et al.* 2009 : 38)

À Montréal, Cagnet et Fortin (2003) dans leur recherche auprès d'auxiliaires familiaux d'origine immigrante ont soulevé une stratégie différente. Face à un travail peu valorisé socialement, les répondantes insistent sur l'amour de leur travail et le sentiment d'utilité sociale au-delà des difficultés quotidiennes. S'opère une certaine « relativisation » de leur

situation professionnelle, où les migrants puisent dans leur bagage identitaire afin de redonner sens à leur parcours (Blain 2005, 2006).

Il sera intéressant ultérieurement de vérifier cette plasticité quant à l'identité professionnelle de DIM et les facteurs en jeux. Ce maintien d'une identité forte dans la recherche de Remennick et Shakhar (2003) ou du malaise identitaire évoquée par d'autres pourrait peut-être s'expliquer par l'occupation d'un poste déqualifié dans le milieu de la santé. Ce même parallèle pourrait se faire auprès de DIM qui travaillent dans d'autres secteurs ou types d'emploi. En outre, notre recherche doctorale pourrait permettre de poursuivre le concept de « relativité du sentiment de déclassement » développé antérieurement (Blain 2005, 2006).

1.8 Conclusion et ouverture

Ce chapitre a permis de contextualiser les migrations et les trajectoires d'intégration professionnelle des médecins diplômés à l'étranger dans différents contextes nationaux et au Québec en particulier. Le Québec et le Canada ont des politiques actives d'attraction de l'immigration, particulièrement pour les migrants hautement qualifiés, tandis qu'en parallèle une portion importante de ceux-ci expérimente des défis professionnels à leur arrivée. L'intérêt que suscite le groupe professionnel des DIM s'explique de différentes manières. Pour commencer, assez peu de recherches ont été menées au Québec sur les DIM. Quant au DIM résidant dans la province, nous ne connaissons ni leur nombre exact, ni ce qu'il advient de ceux qui ne pratiquent pas la médecine. De plus, dans un contexte de diversification de l'immigration, mais aussi de changements politiques axés de plus en plus vers l'autonomie individuelle du migrant et l'importance de son implication dans sa propre intégration, la compréhension de trajectoires différenciées pour un même groupe professionnel pourrait éclairer certaines tensions au cœur des pratiques de sélection basées sur l'approche du capital humain.

Ce faisant, cette recherche documente les expériences sur le marché du travail de migrants aux profils initialement valorisés, les diplômés internationaux en médecine.

Dans un contexte où il est devenu difficile de définir ce qu'est la migration – compte tenu des nouvelles formes de mobilité et leur accélération, particulièrement pour les migrants très qualifiés –, il apparaît pertinent de procéder à un décloisonnement des catégories

d'immigration afin d'observer le rôle des ressources sociales et symboliques ainsi que de la reconnaissance. En effet, la plupart des recherches vont plutôt analyser les performances des immigrants par rapport à leur catégorie d'immigration et leur capital humain, mais pour ce qui est des DIM d'autres facteurs pourraient être en jeux.

Tandis que la majorité des recherches recensées portent sur les difficultés d'intégration des DIM ou sur leur adaptation au cours de leur requalification, l'exploration du thème de la réorientation professionnelle apparaît prometteuse. Comment celle-ci est vécue et quelles sont les modalités décisionnelles? Dans un contexte où de nombreux acteurs du milieu soulignent la nécessité d'une réorientation professionnelle pour la portion de DIM ne pouvant se requalifier, l'exploration de ce thème est tout indiquée (Canadian Task Force 2004; Feder-Bubis 1997; Gouvernement du Québec 2009; Jackson *et al.* 2004). De même, la prise en compte de la subjectivité du sentiment de déclassement pourrait être une avenue à considérer, certains DIM pourraient percevoir leur trajectoire professionnelle en continuité, même s'ils ne sont plus médecins (Blain 2005, 2006).

Également, encore peu de recherches prennent en compte l'influence de la trajectoire professionnelle prémigratoire, le moment de la migration dans la société d'accueil est très souvent le point de départ de l'analyse (cf. Crespo 1993; Renaud 1999). Or, l'accélération des mobilités internationales et la possibilité pour un individu de traverser et de s'insérer dans différents espaces au cours de sa vie invitent à prendre en compte les trajectoires biographiques dans leur ensemble, depuis l'entrée dans la vie active. Cette prise en compte pourrait éclairer certaines stratégies de requalification ou de réorientation professionnelle. Nous avons vu qu'une série de recherches portant sur des médecins immigrants ont travaillé la notion d'identité professionnelle et l'ont liée à l'engagement (une personne ayant investi beaucoup pour sa carrière aurait moins tendance à vouloir se réorienter) (Basok 1997; Feder-Bubis 1997; Remennick et Shakhar 2003; Shuval et Bernstein 1996). Cette variable de niveau micro (psychologique) pourrait être bonifiée par l'apport de facteurs relevant d'un autre niveau d'analyse (mésos et macros). En fait, et ce sera un défi pour l'ensemble de la thèse, les DIM font face à des enjeux professionnels très particuliers, qui relèvent d'une diversité de niveaux allant de caractéristiques individuelles aux phénomènes structurels. Le défi est de tenter une compréhension la plus globale possible de ces facteurs et leur intersection.

Considérant l'ensemble des connaissances colligées sur ce thème, nous nous questionnons : qu'est-ce qui distingue les trajectoires d'intégration pour un même groupe professionnel? Comment comprendre que certains médecins diplômés à l'étranger réintègrent leur profession et d'autres non? **L'objectif principal** de cette étude traduit cette préoccupation. Cette thèse entend **documenter les trajectoires d'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger et les stratégies élaborées par ces migrants dans le contexte québécois**. Les modes de décisions de ces migrants sont explorés ainsi que les influences qui les auront orientées au cours de leurs parcours. Nous visons aussi à cerner ce qui distingue leurs types d'intégration, en tenant compte des facteurs communément relevés dans la littérature (identité, origine, langue maternelle, corporatisme, contexte d'immigration, réseaux de soutien, etc.). L'ensemble des questions et objectifs de recherche est détaillé dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 2 - ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET CADRE D'ANALYSE

2.1 Introduction

Implication, réflexivité, empathie méthodologique, compréhension, décentrement sont les mots-clés de la révision de l'anthropologie contemporaine. (Agier 2013: 84)

Ce chapitre rend compte de la démarche intellectuelle et empirique mise de l'avant dans cette recherche. En préambule, une brève trajectoire intellectuelle qui a mené à notre perspective actuelle est tracée, suivie de l'objet de la recherche et sa pertinence. Puis, les objectifs de la recherche sont présentés, ainsi qu'un rappel des concepts clés retenus. Les modalités d'analyse s'ensuivent, et une brève discussion sur les contributions escomptées et les limites anticipées clôture ce chapitre sur les aspects méthodologiques et le cadre d'analyse.

2.2 Préambule : trajectoire intellectuelle

Peu importe les convictions philosophiques, la position politique ou la posture éthique que l'on adopte, il y a nécessité de remettre continuellement nos façons de penser en mouvement, de débusquer sans cesse les points aveugles de nos prétendues certitudes, de questionner nos a priori, de mettre à l'épreuve les points de vue que l'on défend et de maintenir le doute autour des fondations théoriques sur lesquelles repose notre vision du monde. (Bibeau 2009: 237)

Chaque recherche permet d'éclairer un aspect de la réalité (Desjeux 2006; Lahire 2012). Dès le départ, je souhaitais me positionner en complément d'études de nature quantitative, non pas pour m'en distancier, mais pour percevoir à travers les chiffres les réalités vécues et cibler les zones d'ombres, mettre en lumière des phénomènes complexes. La lecture de l'imposante recherche longitudinale dirigée par le sociologue Jean Renaud, *Ils sont maintenant d'ici!* (2001), suivie par son enquête sur la requalification de personnes immigrantes au Québec – *Un emploi correspondant à ses compétences?* (2006) – m'ont

particulièrement interpellée au début de ma carrière. Je me questionnais sur le vécu « des 25 % » qui se considéraient toujours déqualifiés après 5 ou 10 ans au Québec et aussi sur les stratégies mobilisées par ces migrants qui ont vécu une mobilité professionnelle ascendante.

Sur le plan de ma trajectoire intellectuelle, quatre anthropologues m'ont particulièrement influencée. Deirdre Meintel (1993a, 2000, 2006) m'a initiée aux approches phénoménologiques et constructivistes, au concept fluide qu'est l'identité. Dominique Desjeux (2006) m'a conquise avec sa perspective sur les échelles d'observation en sciences sociales. Raymond Massé (2005, 2010) m'a sensibilisée à l'intérêt d'une analyse en anthropologie qui inclut des éléments macrosociaux, même si notre porte d'entrée empirique demeure de nature microsociale. Sans parler du modèle de Gilles Bibeau et d'Ellen Corin (1995) qui met à jour l'interconnexion dialectique entre le système de sens, signe et action (où pour un anthropologue, comment les contradictions entre les représentations et la pratique ne nous font pas remettre en question la vérité des choses, mais nous stimulent afin de comprendre les logiques internes qui sous-tendent ces tensions). Ajoutons à ces quatre anthropologues l'apport particulier de ma directrice Sylvie Fortin sur la notion complexe d'intégration, sur l'apport d'une perspective anthropologique à la rencontre clinique et l'interconnexion entre les rapports sociaux et les relations sociales (Fortin 2000b, 2002a, 2004; Fortin *et al.* 2014; Fortin et Maynard 2015; Fortin *et al.* 2011). Plus avant dans ma trajectoire intellectuelle, en travaillant auprès de mon collègue José Carlos Suárez-Herrera en santé publique et organisation des soins, j'ai réalisé l'intérêt d'incorporer, au plan analytique, la sociologie organisationnelle de Renaud Sainsaulieu (1997), démarche prenant compte les pratiques organisationnelles ainsi que le caractère réciproque et dynamique entre « les interactions, la structure et la culture ». En outre, le sociologue français Bernard Lahire (2012), vers la fin de ma thèse, m'a fait prendre conscience de notre « niveau de réalité ». Il m'a invité à réfléchir sur le rapport entre les structures et l'individu, en nous distanciant de perspectives qui tendent uniquement vers des modèles explicatifs axés soit sur le poids des structures ou inversement sur la prépondérance de l'individu agissant comme un atome libre.

Il y a ainsi, en interconnexion, une démarche anthropologique qui est à tous instants sensible aux réalités vécues et aux représentations, et de l'autre, un cadre conceptuel qui tente de harnacher ces réalités, ces représentations à un système plus large, à des réalités

structurelles, politiques et organisationnelles (pour ne pas dire idéologiques). Les tensions et les paradoxes inhérents à toute vie sociale m'ont toujours grandement stimulée.

Dans le même souffle, mon rôle comme anthropologue critique invite à s'engager dans les débats sur les injustices sociales. L'anthropologie critique, réflexive et engagée de Gilles Bibeau m'a régulièrement inspirée (sinon même « remise à l'ordre »).

« L'engagement comme savoir sur soi-même, sur les autres et sur le monde trace l'approche de la liberté de penser. L'intellectuel doit néanmoins toujours être conscient de ses zones d'ombre, de ses enfermements idéologiques, de ses contradictions dans lesquelles il se laisse souvent enfermer. Sans doute doit-il aussi se moquer d'être étiqueté de droite ou de gauche, de nationaliste ou de fédéraliste, de propalestinien ou d'anti-israélien, en assumant de penser en toute liberté. Il lui faut contribuer à construire des théories pour comprendre les nouvelles formes de domination tout en les combattant : l'expérience ne nous a-t-elle pas appris que théorie, praxis et engagement se dynamisent l'un l'autre. » (Bibeau 2009: 249)

2.3 Pertinence, objectifs et concepts clés

L'objet principal de cette recherche est : l'intégration au marché du travail de populations immigrantes très qualifiées, plus précisément de diplômés internationaux en médecine. De façon générale, l'intérêt est porté sur le rapport au travail et aux situations de travail, étudier le travail comme système d'interactions dans ses dimensions contraignantes et créatives (Buscatto 2010; Dubar et Tripier 2005).

Pour répondre aux questions de recherche, je me suis trouvée face à un terrain très large : le marché du travail (avec les défis que cela implique). Pour y remédier, mon attention s'est portée sur les migrants eux-mêmes (diplômés internationaux en médecine) et secondairement sur les milieux susceptibles de les embaucher ou les orienter au plan professionnel. Il s'agit donc d'un terrain très large, que j'ai choisi d'appréhender dans ses dimensions subjectives, en documentant principalement les représentations des travailleurs, des migrants, et dans une certaine mesure, des acteurs des milieux institutionnels ou associatifs. En plus des représentations, les trajectoires professionnelles sont documentées, permettant d'en saisir jusqu'à un certain point les influences, les points tournants, mais aussi de les mettre en lumière par rapport au contexte structurel et au profil sociodémographique spécifique des répondants. J'ai fait le choix de ne pas faire d'ethnographie organisationnelle,

ce qui aurait pu être intéressant. Mais, je souhaite surtout mettre en lumière la diversité des trajectoires des DIM, en ce sens, un terrain trop circonscrit n'aurait pas été porteur.

Peu de recherches ont été menées au Canada, et en particulier au Québec, sur le processus d'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger. Comme discuté précédemment (Chapitre 1), la majorité des recherches portant sur les migrants ciblent les difficultés d'intégration ou leur adaptation au cours de leur requalification (cf. Sharieff et Zakus 2006; Wong et Lohfeld 2008). Aussi, dans un contexte où de nombreux acteurs du milieu soulignent la nécessité d'une réorientation professionnelle pour la portion de DIM ne pouvant se requalifier, la réorientation de carrière de ces migrants très qualifiés et leurs processus décisionnels demeurent trop peu étudiés, particulièrement au Québec (Canadian Task Force 2004; Feder-Bubis 1997; Gouvernement du Québec 2009; Jackson *et al.* 2004).

De plus, l'influence de la trajectoire professionnelle prémigratoire est peu prise en compte dans les recherches sur ce thème, le moment de la migration dans la société d'accueil est très souvent le point zéro de l'analyse (cf. Crespo 1993; Renaud 1999). Or, l'accélération des mobilités internationales et la possibilité pour un individu de traverser et de s'insérer dans différents espaces au cours de sa vie invitent à prendre en compte les trajectoires biographiques dans leur ensemble (les récits de vie professionnelle permettent ce dépassement des frontières). La trajectoire d'intégration est considérée dans son ensemble, depuis l'entrée dans la vie active, sinon même avant, lors des choix d'orientation professionnelle; cette prise en compte permettant d'éclairer entre autres certaines stratégies de requalification ou parfois de réorientation professionnelle. Au sujet de l'identité professionnelle, des auteurs ont avancé que les médecins très engagés à leur profession pourraient avoir moins tendance à vouloir se réorienter et éprouveraient des malaises en cas de changement de rôle professionnel (Basok 1997; Feder-Bubis 1997; Remennick et Shakhar 2003; Shuval et Bernstein 1996). Cependant, cette variable de niveau micro (psychologique) peut être bonifiée par l'apport de facteurs relevant d'un autre niveau d'analyse (mésos et macros), et n'explique pas non plus les phénomènes d'auto-exclusion qui ont été documentés ailleurs (cf. Bardai 2010; Chicha et Charest 2008; Hachimi Alaoui 2007).

Finalement, un pan important de recherches examine les performances des immigrants par rapport à leur catégorie d'immigration, ou à leur capital humain. Mais pour ce qui est des DIM d'autres facteurs semblent être en jeu : pour un bagage professionnel à première vue similaire, certains intègrent la profession et d'autres pas (voir Chapitre 1 – Section 1.4

Parcours d'intégration professionnelle). En cela, l'observation des trajectoires d'intégration différentes au sein d'un même groupe professionnel pourrait permettre d'explorer des facettes alternatives à l'approche du capital humain.

2.3.1 Objectifs de recherche

La porte d'entrée méthodologique de cette recherche est le point de vue des médecins migrants, tout en tenant compte de l'influence des relations sociales et du contexte macrosocial sur leur devenir.

L'objectif principal est de documenter les processus complexes à l'œuvre au cours des trajectoires d'intégration professionnelle, particulièrement les stratégies et ressources mobilisées par des DIM sur le marché du travail dans le contexte québécois. La **question** initiale explore : qu'est-ce qui distingue les trajectoires d'intégration pour un même groupe professionnel diplômé à l'étranger et ayant migré au Québec? Autrement dit, comment certains en viennent à occuper des postes comme professeur et chercheur en médecine, comme médecin de famille, professionnels en santé publique ou préposé aux bénéficiaires? Pour ce faire, les récits de vie professionnelle sont analysés, les trajectoires d'intégration professionnelle, les stratégies et les ressources mobilisées sont examinées. Les analyses tiennent compte de l'influence de facteurs tels que : le support ou la responsabilité familiale, le soutien du groupe ethnique, le moment du cycle de vie, l'influence de l'identité professionnelle (pré- et postmigratoire), les ressources (financières, sociales et symboliques) et en particulier les ressources de soutien (formelles et informelles), le projet migratoire, le lieu de résidence au Québec et la mobilité spatiale (liée notamment à la perception des régions)¹.

Secondairement, cette recherche documente : 1) le lien entre leurs projets prémigratoires et les choix effectifs au Québec – par exemple, s'ils étaient au fait des défis liés à la reconnaissance professionnelle; 2) l'utilisation des services et ressources d'intégration professionnelle au Québec – tant pour les DIM requalifiés que réorientés; 3) l'influence de leurs perceptions sur les stratégies qu'ils élaborent. Ces perceptions peuvent être liées par exemple à la faisabilité de leurs démarches, l'accessibilité des services d'aide à la recherche

¹ La question de la mobilité spatiale et de la perception des régions a été documentée, mais n'a pas fait l'objet d'un chapitre. Quant à eux, les enjeux liés aux migrations de retour ont spontanément été évoqués par les répondants et sont traités dans le chapitre 6.

d'emploi, l'accueil et la réceptivité du milieu professionnel ou à la vision des régions pour ceux qui pourraient y être orientés. 4) les parcours professionnels pour le sous-groupe des DIM ayant changé de carrière. Ce thème permet notamment d'approfondir la « plasticité » de l'identité professionnelle et l'acquisition d'un sentiment de satisfaction lié à leur nouvelle profession et leur nouveau mode de vie. Ce thème est une voie d'entrée afin d'appréhender l'influence du milieu d'accueil sur la satisfaction professionnelle (type d'institution dans laquelle ils sont insérés, type de poste, niveau de responsabilités, etc.).

En résumé, depuis une démarche qualitative, je souhaite mettre à jour les modes de décisions des diplômés internationaux en médecine ainsi que les influences qui les auront guidés au cours de leurs parcours. Tant pour ceux qui ont projeté de réintégrer la médecine que ceux qui ont opté pour une réorientation de carrière, cette thèse rend compte de ce qui a motivé leurs choix, ce qui a balisé leurs options et les personnes ou institutions qui les auront orientés. Tout en tenant compte des contraintes structurelles liées au contexte sociopolitique propre au Québec, cette étude explore les dimensions prépondérantes de leurs parcours d'intégration professionnelle, sur les plans individuel, relationnel et sociétal.

2.3.2 Concepts clés

Un certain nombre de concepts sont au cœur de la démarche et permettent l'opérationnalisation des objectifs de recherche. Les concepts d'intégration professionnelle, d'identité, de ressources de soutien, et de stratégies. Abordés précédemment dans la problématique, ces concepts sont succinctement présentés ici.

2.3.2.1 Intégration professionnelle

La vision de l'intégration influence les perspectives de recherche. Une vision de l'intégration professionnelle dynamique et multiforme est ici retenue. L'**intégration professionnelle** est considérée comme un processus dynamique et relationnel qui dépasse l'individu, ses caractéristiques personnelles, et implique la société dans son ensemble, incluant le fonctionnement des entreprises, des institutions ou des appareils d'État (Berset *et al.* 1999; Fournier et Bourassa 2004; Sainsaulieu 1997). Ce processus est imbriqué dans un contexte plus large que le marché local du travail (Fortin 2000b). Des modèles explicatifs axés uniquement sur des facteurs d'ordre structurel ou institutionnel sont tout autant partiels que la prise en compte d'éléments concernant uniquement les caractéristiques personnelles ou la

dimension comportementale (Allsop *et al.* 2009; Shuval et Bernstein 1997a). Une analyse des trajectoires d'intégration professionnelle s'avère complexe, imbriquant des phénomènes globaux, nationaux et institutionnels ainsi que microsociaux.

2.3.2.2 Identité professionnelle

Notre définition privilégiée de l'**identité** met de l'avant son caractère relationnel et fluide. Elle est ici conçue comme « l'ensemble structuré des éléments identitaires qui permettent à l'individu de se définir dans une situation d'interaction et d'agir en tant qu'acteur social » (Taboada-Leonetti 2002 [1990]: 44). Les outils de collecte de données opérationnalisent plus spécifiquement l'**identité professionnelle**, considérant que la profession procure un sentiment d'appartenance à une communauté partageant un ensemble de normes et de valeurs, en particulier la profession médicale (Becker *et al.* 2007 [1961]; Dubar 1995; Good et DelVecchio Good 1993; Shuval 1997, 2000). En parallèle, le sociologue Pierre Bourdieu a souligné la force de reproduction d'un groupe et sa capacité à exclure (Mounier 2001), la profession médicale, à travers le contrôle de l'adhésion des membres à sa corporation, relève de ce phénomène. Ainsi, la reconnaissance de l'identité s'inscrit dans un ordre établi qui s'ancre dans « l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir » (Sainsaulieu 1977). L'identité « pour soi » et l'identité « attribuée » peuvent être en désaccord, et pourraient être négociées par les acteurs en présence (Dubar 1995; Goffman 1975; Sainsaulieu 1977). Cette conception permet de dépasser l'aspect psychologique de l'identité et de prendre en compte les dimensions liées aux conditions d'appartenance et à la catégorisation.

2.3.2.3 Ressources de soutien

Puisque l'accessibilité de programmes de reconnaissance professionnelle influence les trajectoires d'intégration (Dumont et Zurn 2007a; Shuval et Bernstein 1997a), les ressources de soutien sont examinées, qu'il s'agisse d'individus ou de services offerts dans la localité. Sachant toutefois que le réseau social comme source de soutien dépend aussi du type d'informations qu'il contient et qu'il peut être aussi bien une ressource qu'une responsabilité (Grenier et Xue 2011; Li 2008; Potter 1999) : « social network as a resource are only ever as good as the type of information that they contain » (Potter 1999: 167) .

Dans nos analyses, les ressources de soutien formelles et informelles mobilisées par les DIM au cours de leurs stratégies d'intégration au marché du travail sont distinguées. Les

ressources formelles ou institutionnelles (publique, parapublique) incluent des programmes ou services mis en place et financés par le gouvernement, tels Recrutement Santé Québec, Emploi-Québec, les universités, les hôpitaux, etc. Les ordres professionnels sont également inclus. **Les ressources informelles** comprennent des services offerts au sein d'associations ou de membres d'une collectivité. Il s'agit de services non institutionnalisés, qui dépendent de l'organisation du milieu ou du soutien direct de connaissances. Les groupes de pairs DIM, la famille ou les amis font partie de ces ressources informelles.

2.3.2.4 Stratégies

Sur un marché du travail aux contraintes et règles nombreuses déterminant l'accès à la profession médicale, les DIM sont conçus comme des acteurs qui déploient un ensemble de **stratégies** pour accomplir leurs objectifs. Mais cette capacité stratégique est inégalement répartie, elle se déploie au sein de relations de pouvoir inégalitaires et dépend de la position de l'individu (Sainsaulieu 1997). Dans une lignée complémentaire, je m'inspire du modèle théorique de Berset et ses collaborateurs (1999) qui proposent une définition multidimensionnelle du travailleur immigrant, soit :

« un acteur caractérisé par plusieurs dimensions : – son *identité*, soit l'image qu'il élabore de lui-même compte tenu de son sexe, son âge, sa nationalité, son appartenance culturelle, son parcours de vie, son intégration à la société d'accueil, etc.; – son *projet*, soit un système de ressources appliquées à des objectifs à court, moyen et long terme, qui impliquent des valeurs et des intérêts; – son *pouvoir*, soit sa faculté à modifier le comportement d'autres acteurs pour défendre son identité et promouvoir son projet. » (Berset *et al.* 1999: 92)

La notion de **stratégies** met en relief l'aspect dynamique de l'intégration. Face à des difficultés d'intégration ou à des blocages, les nouveaux arrivants ne demeurent pas passifs (Piché et Renaud 2002). Or, cette capacité d'action prend forme dans un espace relationnel où l'élaboration de stratégies « dépend des ressources sociales, matérielles et symboliques² dont disposent les individus » (Fortin et Renaud 2004 : 35). Les stratégies de migrants peuvent être de différents ordres : stratégies professionnelles, identitaires, familiales.

Les **stratégies identitaires** vont dans la même direction, elles sont influencées par les situations d'interaction, mais ne dépendent pas que de celles-ci. Par exemple, les stratégies

² Les ressources symboliques étant « la reconnaissance sociale du groupe, de la place qu'il occupe et de la valeur de cette place au sein d'un milieu donné » (Fortin et Carle 2007: 9).

de « résistance au stigmat » ont révélé que l'individu peut mettre en branle des stratégies pour ne pas perdre la face ou bien pour transformer le sens de l'assignation identitaire (Goffman 1975). À ces dimensions s'ajoute la répartition inégale de cette capacité stratégique, l'individu ne disposant pas des mêmes capacités selon les relations de pouvoir en jeux, sa position et ses ressources (sociales et symboliques) (Berset *et al.* 1999; Fortin et Carle 2007; Fortin et Renaud 2004; Sainsaulieu 1977).

Les trajectoires d'intégration professionnelle sont aussi mises en perspective par rapport aux **stratégies familiales**, soit : « la décision de donner priorité à l'un ou l'autre des deux membres du ménage dans le parcours d'intégration professionnelle au pays d'accueil » (Chicha 2012: 93). Le choix de femmes médecins de retarder leur retour au travail ou aux études pouvant s'expliquer par la priorité accordée à leur statut de mère et à la prérogative accordée à la carrière de leur conjoint (Bardai 2010; Bernstein et Shuval 1999; Hachimi Alaoui 2007; Nedelcu 2004, 2005; Shuval et Bernstein 1997a). Les stratégies familiales, le moment du cycle de vie et la présence d'enfants peuvent également apporter un éclairage sur le choix du lieu d'établissement et la mobilité spatiale (Baldacchino et Hood 2008; Simard et van Schendel 2004; Vatz-Laaroussi 2001b).

2.4 Repères théoriques

2.4.1 Influences théoriques

L'intérêt croissant pour les perspectives interactionnistes et le recours grandissant aux méthodes d'entretien biographique sont intimement liés : non seulement ces deux inflexions se déroulent dans la même conjoncture, mais nombre de chercheurs puisent simultanément à ces deux sensibilités, théorique et méthodologique. (Demazière 2011: 62)

C'est à travers une approche anthropologique influencée par les courants constructivistes (Meintel 1993a; Saillant 2004) et interactionnistes (Goffman 1959, 1975; Le Breton 2004) que cette recherche est initialement abordée. D'une part, je tiens compte du caractère construit des rapports sociaux ainsi que du jeu de réflexivité en œuvre (Meintel 1993a; Saillant 2004). D'autre part, le sujet comme acteur est au centre de ma réflexion.

« Pour l'interactionnisme, l'individu est un acteur interagissant avec les éléments sociaux et non un agent passif subissant de plein fouet les structures sociales à cause de son habitus ou de la 'force' du système ou de sa culture d'appartenance. Il construit son univers de sens non à partir d'attributs psychologiques ou d'une imposition extérieure, mais à travers une activité délibérée de donation de sens. [...] Doté d'une capacité réflexive, il est libre de ses décisions dans un contexte qui n'est pas sans l'influencer. » (Le Breton 2004 : 46-47)

La démarche est aussi inspirée par des approches réflexives et critique des champs de l'anthropologie de la santé (Bibeau et Corin 1995; Fassin 2001; Massé 2010) et de la sociologie des organisations (Sainsaulieu 1977, 1997). Celles-ci favorisent une mise en relations des dynamiques complexes qui se tissent entre des phénomènes globaux et des enjeux locaux liés à l'intégration de médecins diplômés à l'étranger sur le marché du travail québécois. Dans une perspective où l'individu est acteur de sa destinée – mais où le contexte module les choix possibles –, je souhaite mettre en lumière les stratégies professionnelles déployées, influencées tant par le contexte, les relations sociales, l'information acquise sur son environnement, les valeurs et l'importance accordée à l'identité professionnelle dans la constitution de projets d'intégration professionnelle. En effet, la dualité des théories opposant les stratégies individuelles et l'influence des macrostructures est aujourd'hui dépassée, l'orientation de la thèse porte sur l'interaction dynamique entre les différents niveaux d'analyse (Desjeux 2006; Lahire 2012). Il est impossible toutefois d'appréhender tout à la fois l'ensemble des niveaux d'observation, les outils méthodologiques ne permettant pas cette simultanéité (Desjeux 2006; Massé 2010). La démarche préconisée est ainsi basée sur les relations observables, le vécu et les représentations des individus, tandis que ces phénomènes observés se lisent dans un contexte plus large. En effet, les stratégies déployées et les pratiques quotidiennes des personnes immigrantes s'inscrivent dans des contextes historiques, politiques, économiques et sociaux plus larges (Fortin et Carle 2007; Fortin *et al.* 2011).

La démarche qualitative est inductive et itérative. Le terrain est appréhendé de la façon la plus ouverte possible afin de saisir les « logiques » internes des répondants, sans imposer de schèmes préconçus. L'approche de la théorie ancrée a influencé notre rapport au terrain et aux données (« grounded theory », parfois traduit par « théorie ancrée » ou « théorie fondée »).

« Une *théorie fondée* est une théorie qui découle inductivement de l'étude du phénomène qu'elle présente. C'est-à-dire qu'elle est découverte, développée et vérifiée de façon provisoire à travers une collecte systématique de données et une analyse des données relatives à ce phénomène. Donc collecte des données, analyse

et théorie sont en relations réciproques étroites. On ne commence pas avec une théorie pour la prouver par la suite. On commence plutôt avec un domaine d'étude et on cherche à faire émerger ce qui est pertinent pour ce domaine (Corbin, Strauss, 1990, p.23). » (cité par Demazière et Dubar 2004 : 49)

2.4.2 Récits de vie professionnelle : changements et temporalité

Quand les ethnologues ou ceux qu'ils interrogent parlent du temps, c'est donc bien du lien social qu'ils traitent en vérité, d'une certaine conception des relations entre les uns et les autres à l'intérieur d'une configuration sociale donnée. La culture, au sens global et anthropologique du terme, c'est l'ensemble de ces relations en tant qu'elles sont représentées et instituées, qu'elles ont donc simultanément une dimension intellectuelle, symbolique, et une dimension concrète, historique et sociologique, par où passe leur mise en œuvre. (Augé 2006: 33)

L'articulation des perspectives micro et macro se fait notamment à travers l'observation du changement. La prise en compte de la temporalité permet de dépasser une vision statique de l'intégration professionnelle. Dans cette section, j'aborde l'intérêt sur le plan méthodologique de la dimension temporelle afin d'appréhender les changements sociaux. Comme le dit la sociologue et théoricienne Margareth Archer, « la temporalité constitue le pont méthodologique qui permet d'examiner les interrelations entre la structure et l'agent et d'expliquer ainsi leurs changements dans le temps » (1998 : 11). L'individu n'est pas le simple reproducteur de l'héritage du passé, mais il n'est pas non plus un atome libre dans un système ouvert. Révéler le moteur de l'action des individus occupe une grande place en sciences sociales, où l'on souhaite dépasser la contingence et ainsi révéler une certaine prévisibilité. Sur le plan de la méthode, l'anthropologie a délaissé une vision statique des groupes et des « cultures », déplaçant son point de mire, intéressée dorénavant par la plasticité, le mouvement et le changement dans un monde globalisé. La prise en compte de la dimension temporelle, temps qui passe ou temps construit par la mémoire des choses, permet d'appréhender les dynamiques liées aux représentations sociales.

Dans cette perspective, les entretiens biographiques (et thématiques) sont la principale porte d'entrée à l'univers des médecins (Voir Annexe 4 « Guide d'entrevue auprès des DIM »). Compte tenu de notre thématique de recherche, les **récits de vie professionnelle pré- et postmigratoire** témoigneront des expériences des DIM. Ils permettent d'incorporer des concepts dynamiques et temporels, offrant une fenêtre sur les processus de changements

(Demazière 2011; Demazière et Dubar 2004; Grossetti 2006). Les récits de vie sont, comme le dit Liversage (2004 : 1), « a way to inform the sociological imagination with regard to peoples concrete lives ». En effet, « les entretiens ne nous livrent jamais des ‘faits’, mais des ‘mots’ [...] La parole n’est pas transparente, mais constitue une construction dialogique complexe » (Demazière et Dubar 2004 : 7). Comme l’énonce avec une touche de légèreté Liversage, ces récits de vie ne sont pas non plus « some sort of ‘direct highways’ to what people’s lives were ‘really’ like. As informed by constructivism and conversation analysis, life stories are actively constructed in a given setting, vis-à-vis a specific audience » (Liversage 2004: 1). Consciente des limites de ces récits, des réinterprétations ou des omissions pouvant survenir, une prudence analytique et méthodologique permet d’amoinrir ces problèmes. Ajoutons que les récits de vie ou les phénomènes étudiés ne sont pas des phénomènes a-historiques, a-temporels, le contexte joue un rôle tant dans l’énonciation du sujet que dans ses actions, délimitées par les perceptions du ‘monde des possibles’ dans un contexte donné (Bibeau et Corin 1995; Demazière 2011; Dubar 1995; Liversage 2004, 2005, 2006; Panaia 2004).

Un outil analytique supplémentaire appuie notre méthode : l’étude des « bifurcations » dans les parcours biographiques (Demazière 2011; Demazière et Dubar 2004; Grossetti 2006). La notion de « point tournant »³ met en relief le « caractère institutionnalisé de ces transitions et les perceptions qu’en ont les acteurs selon les contextes, ainsi que leur place dans la narration » (Grossetti 2006: 13). Sur le plan méthodologique, cela n’est possible que sur la base de données dynamiques, c’est-à-dire impliquant des informations situées à des moments différents sur une échelle temporelle donnée. Différentes méthodes le permettent : l’analyse des récits de vie, l’observation ethnographique prolongée et, dans certains cas le recours à des sources croisées sur une même histoire (Demazière 2011; Grossetti 2006). Cette notion de bifurcation a été opérationnalisée dans notre recherche en termes de « moments clés » et de « choix » pour les répondants au cours de leurs trajectoires d’intégration professionnelle.

³ Le sociologue Everett C. Hughes de l’École de Chicago est considéré le fondateur de la notion de « turning point » (Hughes 1971 [1950]). Selon Hughes, dans une vie, où « le travail n’est pas tout », mais où nous avons tendance à définir ses phases en fonction du monde scolaire et professionnel, des cycles occasionnels traversent l’existence, conditionnés par la nature, le cycle de vie ou les institutions.

2.5 Approche méthodologique et corpus

Différentes méthodes ont permis d'optimiser la collecte de données et de générer des informations et des points de vue complémentaires. Ces méthodes incluent : 1) des entretiens semi-dirigés auprès de médecins diplômés à l'étranger – soit les récits de vie professionnelle; 2) des entretiens ouverts, non dirigés, auprès d'acteurs clés du milieu; 3) des entretiens non dirigés et informels auprès de DIM très récemment immigrés (ou ayant l'intention d'immigrer); et 4) de l'observation ethnographique d'événements ponctuels pertinents⁴. L'objectif est de recueillir les représentations et le vécu des répondants, documenter leurs expériences professionnelles, d'observer les pratiques sociales et de recueillir des données sur les relations sociales. Comme mentionné, l'approche est inductive et itérative, inspirée par la théorie ancrée (cf. 2.4.1 Influences théoriques). Cette approche permet de relever les éléments signifiants des répondants, sans *a priori*, tandis que les outils d'investigation ont été bonifiés au cours du terrain afin de représenter au mieux les enjeux et réalités en observation. Une analyse de contenu (thématiques et transversales) a été réalisée, depuis une perspective interprétative et critique (Paillé et Mucchielli 2008). Les données secondaires ont permis d'affiner et mettre en perspective les analyses des récits de vie professionnelle. De façon un peu plus quantitative, les profils sociodémographiques des répondants ont été examinés, et une typologie des trajectoires d'intégration a été dégagée (Demazière et Dubar 2004) (détails un peu plus loin).

Le terrain a été mené entre 2009 et 2012. Le corpus est constitué de données principales (récits de vie professionnelle de DIM) et de données secondaires (entretiens non dirigés et observations).

2.5.1 Populations à l'étude

La **population principale** à l'étude est constituée de diplômés internationaux en médecine, ayant immigré au Québec depuis 3 à 10 ans environ, et parlant français. Les termes

⁴ En début de terrain, j'avais aussi pour objectif de réaliser 200 questionnaires auprès de DIM. Ce questionnaire aurait permis de donner un aperçu plus représentatif des trajectoires d'intégration professionnelle au Québec et de l'utilisation des ressources de soutien. Néanmoins, les entretiens ont été prioritaires compte tenu de : 1) la difficulté de recrutement pour le volet « questionnaire »; 2) des différences notables dans la qualité des informations, reflétées par certaines contradictions entre les questionnaires et les entretiens en profondeur réalisés (notamment du fait qu'une ressource peut être consultée, mais ne pas être considérée significative ou aidante).

« médecin diplômé à l'étranger » (utilisé surtout en Europe), « diplômé international en médecine » (utilisé surtout au Canada, traduction de *International Medical Graduate*, IMG) ou « médecin diplômé hors Canada et États-Unis (DHCEU) » (utilisé au Québec dans les milieux de santé et la littérature grise) sont utilisés de façons synonymes dans cette recherche. Les DIM de notre enquête sont tous migrants et diplômés hors Canada et États-Unis. Ils ont été recrutés par des institutions depuis l'étranger ou ont migré sans emploi confirmé.

La **population secondaire** est constituée d'acteurs clés du milieu, concernés par les DIM ou touchés de près par leurs réalités, tels que des responsables de l'embauche au sein d'institutions de la santé, des représentants de milieux associatifs, des conseillers en emploi, des ressources de soutien pour les résidents en médecine, etc. Une **population secondaire supplémentaire** s'est ajoutée en cours de route constituée de DIM très récemment immigrés ou ayant le projet d'immigrer (sur un visa temporaire), rencontrés au Québec.

De façon synthétique, l'ensemble des données représente :

- **31 entretiens semi-dirigés auprès de DIM**, basés sur les récits de vie professionnelle, durée moyenne de 1h45. Total : 56 heures d'entretiens. Retranscriptions intégrales (anonymisées via un code et un pseudonyme alloué à chaque répondant).
- **11 entretiens non dirigés auprès d'acteurs clés du milieu** (préalablement préparés par la chercheuse, guidés par des thèmes liés à la position de l'acteur clé). Entretiens annotés. Durée moyenne d'une heure par rencontre.
- **11 entretiens non dirigés, informels, auprès de DIM récemment immigrés (moins de deux ans) ou ayant le projet d'immigrer**. Rencontres annotées (durant ou après les rencontres). Durée très variable des rencontres, entre 30 minutes et 3 heures.
- **Observations ethnographiques ponctuelles d'événements pertinents** liés aux DIM au Québec, entre 2009 et 2012, soit des activités de DIM ou des événements publics orientés vers l'intégration des médecins diplômés à l'étranger. Incluant : sessions d'information pour les DIM du Collège des médecins du Québec, conférences dans le milieu de la santé, participation à la vie associative de DIM, participation à de la formation auprès de conseillers en emploi travaillant auprès des personnes immigrantes.
- Le tout appuyé par de la **veille documentaire internet** (sites du Collège des médecins, du CaRMS, Recrutement Santé Québec, forum de discussion sur les DIM – particulièrement par rapport aux conseils prodigués à un DIM souhaitant immigrer, page Facebook de groupes de support liés au DIM, etc.)

Volet 1 : entretiens semi-dirigés auprès de diplômés internationaux en médecine

Les récits de vie professionnelle (pré- et postmigratoire) permettent de tisser le fil directeur des entretiens. À travers ces récits, différents thèmes d'intérêt pour la recherche ont été explorés : trajectoires prémigratoires (constitution de leurs projets professionnels et migratoires, soutien et conseils prodigués), trajectoires d'intégration professionnelle (via l'acquisition de scolarité ou expérience professionnelle dans des pays tiers, expériences professionnelles au Québec et soutien reçu, perceptions des services et du milieu de travail), perceptions liées à leurs trajectoires d'intégration professionnelle (importance de réintégrer leur profession à leurs yeux et vision de la réorientation professionnelle, accessibilité des services, etc.), projets futurs, vision de l'avenir et perception du chemin parcouru. La durée moyenne des entretiens a été de 1h45. Pour plus de confort, je proposais de les mener en français, anglais ou espagnol (6 ont été partiellement ou intégralement réalisés en espagnol, les autres en français).

Critères initiaux de sélection :

- Avoir complété des études universitaires en médecine hors du Canada et des États-Unis
- Être né(e) à l'extérieur du Canada
- Résider au Québec depuis 3 à 10 ans
- Parler français de façon fonctionnelle
- Être en emploi (médecin ou autre profession), aux études ou en recherche d'emploi

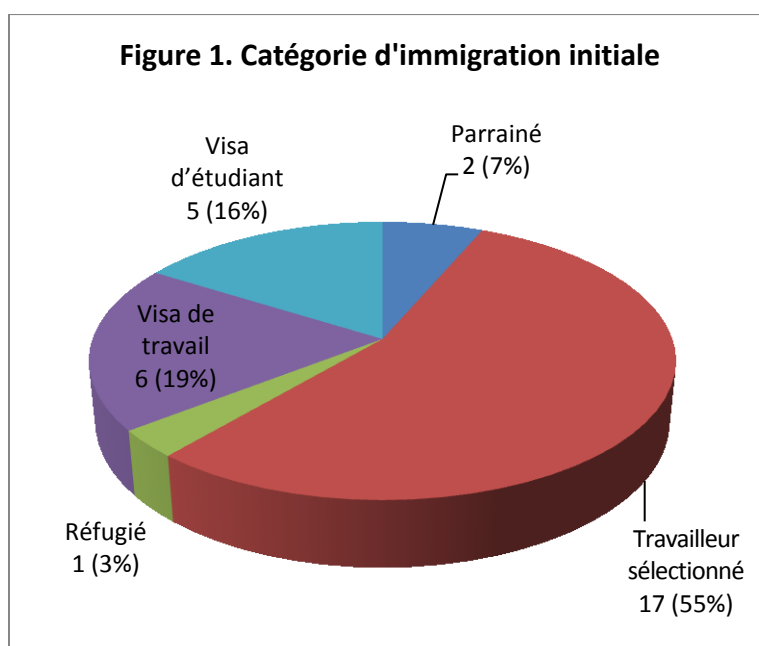
Dès le départ, je souhaitais rencontrer une proportion égale de médecins ayant réintégré leur profession ou s'étant réorientés professionnellement, résidant tant à Montréal qu'en région au Québec. Pour ceux en emploi, différents types d'institutions étaient visés : hôpitaux universitaires, cliniques, centres de recherche, laboratoire, entreprises privées, organismes à but non lucratif, etc. Ajoutons que les répondants pouvaient aussi bien travailler en milieu francophone qu'anglophone. Quant à elle, l'expérience professionnelle antérieure à la migration comme médecin étant un prérequis pour l'admissibilité au permis restrictif, il a été jugé préférable d'uniformiser ce critère; cet élément ne faisait pas partie des critères initiaux de sélection, mais a été précisé en cours de terrain. Une répartition équivalente en termes de genre (et idéalement en termes de groupes d'âge) était visée. La catégorie d'immigration ainsi que les origines nationales ou les pays d'obtention du diplôme n'ont pas été des critères

d'exclusion ou d'inclusion, une diversité des profils était recherchée avec une répartition plus ou moins équivalente entre pays occidentaux et non occidentaux.

Corpus principal détaillé :

Ce corpus réunit 15 femmes et 16 hommes, parlant français. Ils ont de 33 à 55 ans, la plupart sont dans la quarantaine au moment de l'entretien, ils ont migré en moyenne à l'âge de 35 ans. En termes de situation familiale, tous sauf 5 ont des enfants au moment de l'entretien (autant de réorientés que de requalifiés ont des enfants).

Ils sont tous immigrants reçus au moment de l'entretien (résidents permanents ou citoyens canadiens). Comme en témoigne la Figure 1 « Catégorie d'immigration initiale », leur premier visa d'entrée au pays est divers : 11 sont arrivés sur des visas temporaires comme étudiants (5) ou travailleurs (6), 20 sont entrés comme résidents permanents via le programme de travailleurs qualifiés sélectionnés⁵ (17), la réunification familiale (2) ou le statut de réfugié (1).

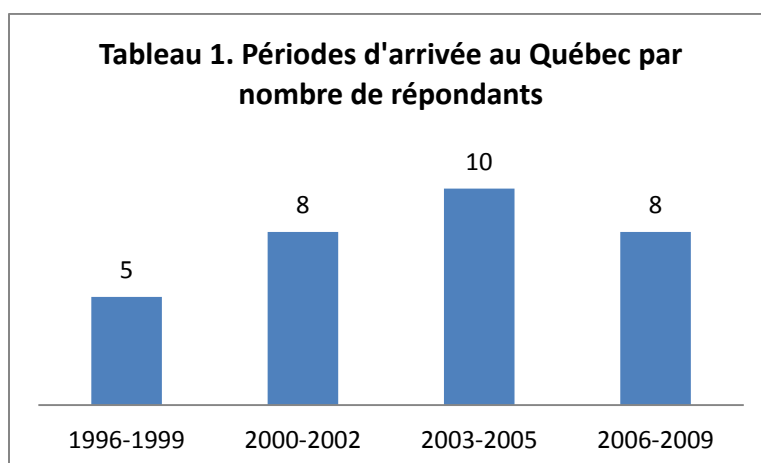


Ils se sont établis au Québec majoritairement dans les années 2000 (entre 1996 et 2009), depuis 6 ans en moyenne au moment de l'entrevue. Notre objectif initial était de rencontrer

⁵ Comme requérant principal ou conjoint du requérant principal.

des personnes ayant immigré depuis 3 à 10 ans. Dans les faits, 7 répondants dont la durée de résidence est légèrement différente de ces objectifs ont été inclus : 1 était au Québec depuis 2 ans et demi, 4 depuis 11 ans , 1 depuis 12 ans, 1 depuis 14 ans.

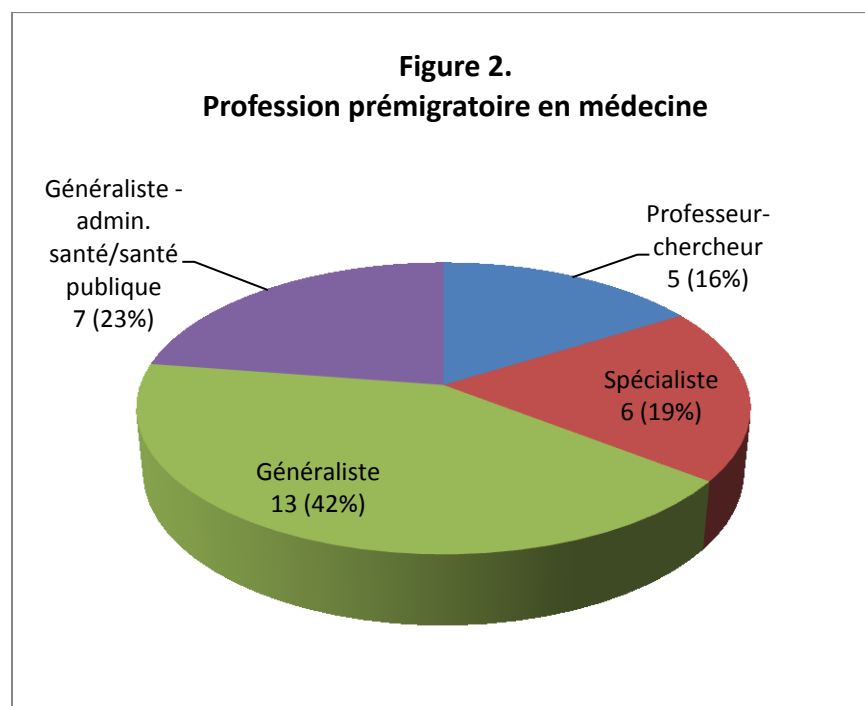
Un élément temporel s'est avéré significatif en cours de route. En 2002, la médecine est retirée des professions inadmissibles à titre d'immigrant qualifié (voir Chapitre 1, rubrique 1.3.2.1). Cela simplifie l'accès à l'immigration permanente comme travailleurs qualifiés (quoique les médecins pouvaient immigrer avant 2002 sous une autre catégorie administrative, comme conjoint du requérant principal, ou sous les catégories réunification familiale ou humanitaire, ou bien avaient une promesse d'embauche au Québec comme professeur). Je me suis ajustée en conséquence et j'ai cherché à tenir compte de ce changement structurel important : 13/31 sont arrivés en 2002 ou avant; 18/31 sont arrivés après 2002. Le Tableau 1 « Périodes d'arrivée au Québec par nombre de répondants » en donne les détails.



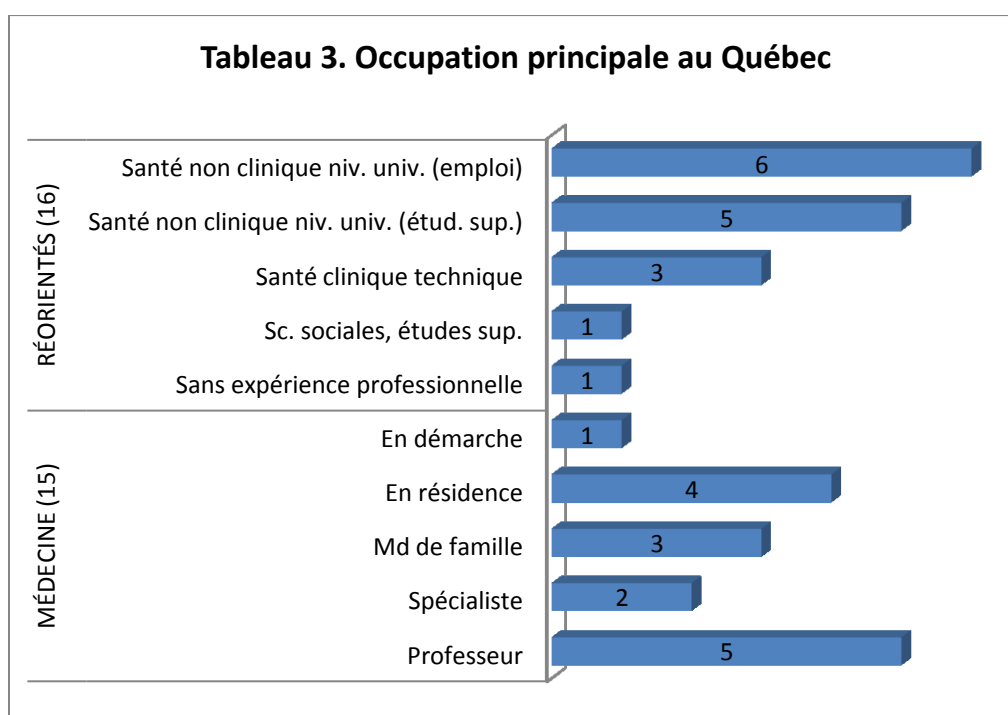
À l'image du portrait diversifié de l'immigration au Québec, leurs origines et les pays d'obtention de leur diplôme de médecine sont très variés. Le pays d'obtention du diplôme de médecine a été retenu dans les analyses étant donné que le processus de reconnaissance ne tient pas compte de la citoyenneté ou de l'origine nationale, mais du lieu d'études. Cependant, les répondants nés au Canada étaient exclus (cf. critère d'immigration). À noter que pour 3 répondants, le pays de naissance est différent du pays d'obtention du diplôme. Leurs diplômes ont été obtenus dans 16 pays différents. En détails au Tableau 2, les « régions d'obtention du diplôme en médecine » sont :

Tableau 2. Régions d'obtention du diplôme en médecine	
Europe de l'Ouest • France	8
Europe de l'Est • Roumanie, Russie, Ukraine	3
Amérique latine • Argentine, Chili, Colombie, Mexique, Venezuela	9
Antilles • Cuba et Haïti	3
Maghreb • Algérie et Tunisie	4
Afrique subsaharienne • Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo	4

Les entretiens sont centrés sur les récits de vie professionnelle pré- et postmigratoire. Avant la migration, tous ont travaillé comme médecin. Tel que présenté dans la Figure 2 « Profession prémigratoire en médecine », les deux tiers étaient omnipraticiens (20/31), dont sept travaillaient en santé publique ou en administration de la santé; l'autre tiers était professeurs-chercheurs (5) ou médecins spécialistes (6).



Au moment des entretiens (voir Tableau 3 « Occupation principale au Québec »), la moitié (15) a réintégré la profession médicale au Québec (ou sur la voie de l'être) (les « requalifiés ») soit comme : professeurs (5), médecins spécialistes (2), médecins de famille (3), en résidence (4) et en démarches intensives pour l'accréditation (1). L'autre moitié (16) s'est réorientée professionnellement. Sauf une personne aux études supérieures en sciences sociales et une sans expérience professionnelle au Québec⁶, tous les « réorientés » le sont en santé. Nous distinguons ces réorientés en deux sous-catégories : a) dans le domaine de la santé non clinique, soit les « réorientés niveau universitaire en santé » (11) tels que conseiller en pharmaceutique, en santé et sécurité, en bioéthique, professionnel de recherche, etc. (six de ceux-ci sont en poste suite à des études supérieures et cinq sont toujours aux études); b) dans le domaine de la santé clinique, comme techniciens (3).



Initialement, j'étais interpellée par la forte proportion de DIM occupant des positions de niveau universitaire, ce qui aurait pu être une limite à la recherche. Néanmoins, en observant leurs trajectoires professionnelles, étant donné que les deux tiers ont occupé un emploi autre que la médecine à un moment de leur parcours et dans la plupart des cas des postes de niveau non universitaire, cette situation s'explique par leur mobilité professionnelle ascendante au fil du temps.

⁶ Une mère avec de jeunes enfants.

Étant donné le plan de répartition des effectifs médicaux du Québec (PREM) où les nouveaux médecins sont souvent orientés en région en début de pratique (FMRQ 2009), des entrevues ont été menées dans tout le Québec. Au moment des entrevues, les régions de résidence au Québec sont : 21 à Montréal, 3 en banlieue de Montréal, 7 en région. À noter leur importante mobilité. Plusieurs ont déménagé de Montréal vers les régions ou le contraire, dans d'autres cas, certains font (ou ont fait) la navette entre leur lieu de résidence et d'emploi (principalement pour des raisons familiales, la famille demeurant à Montréal et le médecin travaillant en région par ex.). De plus, à l'exception des professeurs-chercheurs qui travaillent au sein d'hôpitaux universitaires, la plupart des médecins ont eu une pratique en région (au moment de l'entrevue ou lors de leur pratique initiale), tandis que la plupart des réorientés résident à Montréal. Cette situation apparaît similaire à la répartition géographique entre les DIM travaillant comme médecin et les DIM réorientés. En effet, les DIM en pratique médicale auraient tendance à être davantage présents en région, compte tenu des PREM (Canadian Task Force 2004; Dauphinee 2003) (cf. rubrique 1.3.2.3 *Distribution spatiale*).

Volet 2 : entretiens informels

Des entretiens informels ont eu lieu auprès de 11 acteurs clés du milieu, concernés par les DIM ou touchés de près par leurs réalités. Ces onze entretiens ont bonifié mes connaissances sur l'organisation formelle et informelle du milieu médical en ce qui a trait aux lois et procédures, sur les processus d'embauche et les programmes de requalification existants ainsi que sur l'évolution des politiques liées à la migration de professionnels de la santé. Ils m'ont permis de mieux comprendre les dynamiques associatives liées au DIM. Pour terminer, ces entretiens informels m'ont permis d'être plus sensible et actualisée quant aux ressources de soutien pour les DIM qui se réorientent.

- Responsable de l'embauche au sein d'institutions hospitalières (2)
- Comité sectoriel d'adaptation de la main-d'œuvre - Camo personnes immigrantes (1)
- Associations de DIM (2)
- Conseillers en employabilité ou travaillant dans des organismes offrant des services spécifiques aux personnes immigrantes (4)
- Conseiller en immigration (1)
- Ressources de soutien pour les résidents (1)

S'y ajoutent des entretiens informels auprès de 11 DIM très récemment immigrés ou ayant le projet d'immigrer, au Québec depuis moins de deux ans (ils pouvaient avoir un statut de résident permanent ou être sur un visa temporaire). Ces échanges ont permis d'observer leurs premières impressions et leurs attentes initiales, l'évolution des discours officiels et l'accessibilité des services. Il s'agit d'amis de DIM déjà rencontrés, de contacts référés par des conseillers en emploi, de personnes qui m'ont directement contactée suite à l'annonce diffusée un peu partout. De ces 11 DIM, 4 sont des femmes et 7 hommes, 3 habitent en région et 8 à Montréal. Ils sont également de toutes origines : Europe de l'Ouest (1), Europe de l'Est (2), Amérique latine (4), Antilles (1), Afrique (3).

Volet 3 : observations d'événements pertinents

De façon complémentaire, des observations ethnographiques ont eu lieu. Ces observations menées entre 2009 et 2012 ont été principalement orientés vers : des activités associatives de DIM (6 rencontres), des sessions d'information du Collège des médecins (2), la présence aux activités de l'Unité de pédiatrie interculturelle du CHU Sainte-Justine (plus de 20 rencontres ou conférences durant la période), la participation à des formations de conseillers en emploi travaillant auprès de personnes immigrantes (une dizaine). Tout comme les entretiens informels, les observations visent à recueillir les représentations sociales, les conseils prodigués, l'organisation formelle et informelle du milieu, elles ont également permis d'observer les relations sociales en situation et les pratiques des DIM ou des acteurs du milieu.

2.5.2 Mode de recrutement des répondants

Afin de rejoindre une diversité de répondants, plusieurs modes de recrutement ont été combinés. La diffusion de l'annonce a été réalisée à travers mon réseau de contacts et auprès d'organisations ciblées (associations de DIM, Centre de recherche de CHU, regroupement d'organisations en employabilité auprès des personnes immigrantes, etc.), acceptant de la relayer dans leurs milieux respectifs, via leur babillard ou par un courriel auprès de leurs membres. L'annonce a été placée sur ma page Facebook et sur des groupes pertinents. Les acteurs clés ont été contactés directement. La méthode boule de neige et le bouche-à-oreille ont complété le tout.

2.5.3 Éthique à la recherche

Tous les entretiens (semi-dirigés et approfondis) ont été enregistrés et transcrits par la suite. Les transcriptions ont été codées et un pseudonyme donné aux répondants afin d'assurer le respect de leur confidentialité. Les enregistrements ont été détruits et vidés des fichiers de l'ordinateur une fois les transcriptions terminées. Pour leur part, les entretiens ouverts et informels ainsi que les observations ont été notés à même un carnet (durant l'entretien ou a posteriori) et transcrits par la suite, m'assurant également du respect de la confidentialité. Seule la chercheuse de ce projet a accès aux données brutes. (Se référer aux Annexes 5 et 6 pour les détails sur les « formulaires d'information et de consentement à l'adresse des médecins diplômés à l'étranger » et « ... pour les acteurs institutionnels et des milieux communautaires »). L'étude a été approuvée par les comités d'éthique à la recherche du CHU Sainte-Justine et de l'Université de Montréal.

À noter que compte tenu de la possible sensibilité du sujet, deux personnes (DIM) ont évoqué avoir des souvenirs trop douloureux et se sont retirées de la recherche (aucune information à leur sujet n'a été conservée, ni incluse dans les analyses).

Aussi, compte tenu du petit milieu que celui de la santé et des DIM, parfois aussi de leur présence remarquée (en région particulièrement), j'ai pris soin de ne donner aucun détail quant à leur profil permettant de les reconnaître (dont le lieu de travail, ville de résidence, spécialité exercée).

2.6 Analyse des données

J'ai procédé à une analyse de contenu interprétative, de type thématique (Paillé et Mucchielli 2008). Les récits de vie professionnelle ont été analysés à partir de thèmes préétablis (issus du guide d'entrevue) tandis que d'autres thèmes ont émergé d'eux-mêmes avec l'avancée du terrain ainsi que les lectures répétées des entretiens (méthode inductive). De plus, de façon complémentaire, les trajectoires d'intégration professionnelle ont été analysées, tout en prenant compte des points tournants et des moments marquants à leurs yeux (Demazière 2011; Demazière et Dubar 2004; Grossetti 2006). Différentes typologies de ces trajectoires d'intégration ont été dégagées et mises en relief par rapport au contexte politique (par ex. avant et après 2002), aux catégories d'immigration, et aux profils sociodémographiques des répondants (méthode « du petit tas » de Demazière et Dubar 2004). Ces typologies ont été

confrontées avec la littérature existante et ont été affinées graduellement avec les analyses. Ces typologies dégagées sont par exemple :

- 1) une requalification directe comme médecin (sans emploi transitoire et sans retour aux études);
- 2) une requalification suite à un parcours du combattant (avec ou sans emplois transitoires – de niveaux universitaires ou déqualifiés, avec ou sans retour aux études hormis la résidence);
- 3) une réorientation sans démarche d'accréditation (avec ou sans mobilité professionnelle ascendante, avec ou sans retour aux études);
- 4) une réorientation suite à des blocages liés aux démarches de reconnaissance professionnelle comme médecin, etc.

Par ailleurs, les entretiens informels et les observations ont permis de mettre en perspective les récits de vie professionnelle, parfois de confronter ou confirmer certaines pistes (Demazière 2011). En effet, cette portion de matériel n'a pas été analysée séparément, mais intégrée à la compréhension des trajectoires des DIM. Les données secondaires ont favorisé une connaissance plus intime du milieu, une meilleure compréhension du contexte et un raffinement des analyses des récits de vie professionnelle. Un dialogue entre les différentes sources de données s'est constitué : par l'observation des différentes dimensions et perspectives, par la concordance ou le contraste entre les points de vue. Pour terminer, partisane d'une anthropologie dynamique, à même de traduire la complexité des phénomènes observés, les représentations recueillies ont été articulées avec des niveaux d'analyse plus larges (Alami *et al.* 2009; Desjeux 2006; Lahire 2012; Massé 2010).

2.7 Contributions escomptées et limites anticipées

À notre connaissance, très peu d'études ont été menées sur ce thème, particulièrement au Québec. Ce projet a pour double visée de documenter et d'analyser les enjeux fondamentaux liés à l'intégration professionnelle et à la réalisation du potentiel des DIM dans la gouverne du système de santé québécois. Il vise aussi à mettre en lumière une dimension largement méconnue, concernant la réorientation professionnelle. Cette recherche se veut un outil afin de saisir les perceptions des acteurs concernés ainsi qu'une réflexion plus globale sur les enjeux sociétaux dans un contexte où les besoins populationnels en termes d'effectifs médicaux dans les régions centrales ou éloignées constituent un des enjeux majeurs des sociétés contemporaines.

Somme toute, l'état des connaissances sur les trajectoires d'intégration professionnelle de médecins immigrants et sur les stratégies qu'ils déploient sont éparses, particulièrement au Québec. Très peu d'études ont été menées sur les ressources de soutien de médecins immigrants, sur la façon dont ils mettent de l'avant des stratégies d'intégration au marché du travail. Ce projet se veut un maillon supplémentaire dans le chaînon des connaissances sur cette question.

Les principales limites de ce projet consistent en sa population à l'étude réduite ainsi qu'à l'absence de données précises sur l'ensemble de la population des DIM qui permettraient de mettre en perspective nos résultats. Ces limites sont compensées par une prudence méthodologique. De plus, les résultats sont mis en dialogue avec d'autres recherches portant sur des populations similaires, au Québec, au Canada et dans d'autres contextes. Par ailleurs, des recherches sur des migrants très qualifiés au Québec permettent de mettre en perspective certaines pistes d'analyse.

Une autre limite (qui est néanmoins un atout pour la diffusion des résultats) est le choix de faire une thèse par articles. Processus que je qualifierais de « violent » par rapport à la richesse empirique qui a émergé du terrain. Néanmoins, le choix s'est justifié principalement par les enjeux politiques inhérents au sujet, par mon désir de rendre accessibles rapidement les résultats de recherche aux milieux concernés. Me concentrer sur l'écriture d'articles a favorisé une diffusion plus rapide et augmenté le lectorat potentiel. Toutefois, la nature synthétique des articles m'a amenée à faire violence à la richesse du terrain (en raison de l'espace limité occupé par un article en comparaison d'un chapitre ou d'un ouvrage complet), à diminuer paradoxalement la voix des acteurs et la place accordée à leur vécu. Afin de compenser cette limite, je propose un chapitre complémentaire (Chapitre 3 – Récits et trajectoires) aux articles (chapitres 4 à 6) afin de faire davantage place à ce matériau.

En somme, la démarche anthropologique traduit les perceptions des acteurs et donne un point de vue de l'intérieur, elle permet également de mettre en lumière des dynamiques implicites, relevant de construits sociaux et de réalités structurelles. Observer les relations intergroupes dans un contexte de rapports sociaux inégalitaires est un angle d'approche privilégiée de la discipline (Augé 2006). L'anthropologie de ce milieu professionnel permet de cerner les dynamiques à l'œuvre au sein de l'institution, les jeux de pouvoir favorisant ou limitant l'accès au groupe ainsi que les façons dont les médecins diplômés à l'étranger contournent les obstacles ou tout simplement parviennent à acquérir un emploi ou une

qualité de vie satisfaisante dans un nouveau pays. Ce projet entend réfléchir sur les enjeux liés à la reconnaissance et la réalisation du potentiel de ces nouveaux arrivants très qualifiés, dans un contexte où les besoins de la société locale sont aigus en termes d'effectifs médicaux, dans les régions centrales ou éloignées.

Partie II : Résultats

CHAPITRE 3 – RÉCITS ET TRAJECTOIRES

Préambule

Extrait : notes d'observation. Session d'information pour les médecins DHCEU, Collège des médecins du Québec (automne 2009). – Période de questions clôturant la session.

- DIM #1 : *Existe-t-il des solutions où un médecin pourra rester en milieu hospitalier et exercer une autre fonction durant le processus de validation et d'accréditation? Parce qu'il faut bien gagner sa vie et faire vivre la famille...*
- Représentant du CMQ : *Non, ça n'existe pas, ce n'est pas de notre ressort. Il y a des gens qui ont fait toutes sortes de choses et qui se sont débrouillés pour gagner de l'argent durant cette première année et demie. Durant la résidence, c'est là que commence une certaine rémunération.*
- DIM #1 : *... Peut-être infirmier? Ça dépend vraiment des compétences.*
- DIM #2 : *Il y a aussi la recherche.*
- DIM #1 : *Mais c'est long vous savez pour un médecin de ne pas être en milieu hospitalier durant un an et demi.*
- Représentant du CMQ : *Oui. Mais on ne peut rien faire. Vous pouvez aller consulter le site internet du Ministère de l'Immigration, où ils donnent des solutions et toutes sortes d'alternatives ou vous pouvez retourner pratiquer au pays.*

3.1 Introduction

L'anthropologie a pour but ultime d'expliquer la variabilité des faits humains, et l'étude de cette variabilité inclut forcément aussi celle des ressemblances et des universaux. Si la diversité des descriptions particulières, prise dans une histoire en mouvement qui redistribue perpétuellement les rôles, interdisait toute généralisation et toute comparaison, l'anthropologie n'aurait pas grand intérêt. (Augé et Colleyn 2004: 107)

Complexité et imprévisibilité caractérisent les trajectoires d'intégration professionnelle des médecins diplômés à l'étranger. La diversité est la seule certitude au niveau des expériences de vie individuelles (Alami *et al.* 2009; Augé et Colleyn 2004). Une typologie des trajectoires d'intégration peut néanmoins être dégagée à travers l'analyse des récits de vie professionnelle, par la présence de redondances dans les expériences vécues, mais aussi de mécanismes sous-jacents récurrents (Alami *et al.* 2009; Augé et Colleyn 2004; Demazière 2011; Demazière et Dubar 2004; Desjeux 2006; Grossetti 2006).

Ce chapitre donne voix aux répondants, il vise à bonifier la compréhension de leurs expériences particulières, principalement en lien avec leurs trajectoires d'intégration professionnelle. Afin de rendre compte de ces objectifs, dans un premier temps, les trois trajectoires professionnelles types sont développées où sont présentés quelques cas en guise d'illustration. 1) des requalifications directes et relativement rapides comme médecin; 2) des requalifications suite à un parcours du combattant et 3) des réorientations professionnelles. Dans un second temps, des récits de vie professionnelle se rattachant aux grandes typologies dégagées sont détaillés : 1) les parcours facilités : histoires de Pierre et Françoise; 2) les « parcours du combattant » : histoires de Claudia et Sayed; 3) les réorientations professionnelles : histoires de Didace et Carmen. Ces récits, à la base des analyses présentées dans les chapitres 4 à 6, nous ont permis de mettre en perspective les trajectoires professionnelles des DIM rencontrés. Nous y relevons certains moments marquants de leurs trajectoires qui ont orienté leur devenir professionnel. Ces récits esquissent également la prépondérance des dimensions identitaires, la présence d'aspects facilitants ou contraignants, l'influence des discours reçus, le contact et l'utilisation de ressources de soutien institutionnelles.

En début d'analyse, les grandes tendances au sein des trajectoires n'étaient pas évidentes. Au premier regard, le type de parcours professionnel prémigratoire semblait déterminant quant aux types de trajectoires d'intégration professionnelle au Québec : le fait d'être admissible au permis restrictif ou pas, le fait d'être médecin spécialiste ou généraliste. Ce grand découpage ressemblait aux catégories administratives du Collège des médecins, entre « leurs recrutés » et les DIM faisant le parcours de reconnaissance via la résidence. Ce constat allait dans le sens des statistiques disponibles du Collège présentant les provenances très diverses de médecins DIM ayant reçu leur permis de pratique¹. Cependant, cela ne concordait pas tout à fait avec nos données. Une attention plus fine portée aux données (et suite à des échanges avec des collègues et DIM) a laissé émerger des nuances au sein des grandes tendances. En effet, les types de trajectoires professionnelles prémigratoires influencent certes les parcours d'intégration professionnelle au Québec, spécialement par rapport au fait d'être admissible (ou non) au permis restrictif. Cette admissibilité a, à son tour, une influence marquante sur la durée des parcours vers la reconnaissance entre quelques mois versus plus de six ans sur cette unique variable.

¹ Sans détail toutefois, hormis que : « ces médecins proviennent de 78 pays différents. Les cinq pays les plus représentés sont la France, le Liban, le Vietnam, l'Égypte et Haïti » (CMQ 2008a).

Nonobstant, d'autres facteurs se sont aussi avérés déterminants : certains DIM semblaient être en mesure d'activer les leviers de la reconnaissance par l'entremise de personnes-ressources clés, d'autres semblaient reconnues d'emblée alors que certains multipliaient en vain les démarches auprès des différents organismes et ressources de soutien et semblaient coincés dans des dédales de démarches sans issues, d'autres se réorientaient dans un autre champ professionnel sans entamer de démarches de reconnaissances auprès du Collège des médecins. Ces parcours contrastés laissent entrevoir, entre autres, l'influence des ressources sociales, symboliques et économiques, l'importance d'accéder à des informations stratégiques, dans d'autres cas l'influence des orientations ou des conseils reçus par des tiers.

Ce faisant, nous prenions une distance par rapport à la définition administrative utilisée dans le milieu de la santé pour désigner les « recrutés »². C'est dire que du point de vue de notre étude, un DIM peut être admissible au permis restrictif, mais être catégorisé par nous dans la catégorie des « parcours du combattant », comme nous le verrons plus en détail.

Finalement, les cas présentés dans ce chapitre attestent des grandes tendances au sein de la typologie des trajectoires professionnelles, parfois de leur variabilité, mais surtout vise à donner la parole à ces personnes qui ont migré au Québec et qui y ont rêvé un futur.

3.2 Des trajectoires types d'intégration professionnelle

Trois grands types de trajectoires d'intégration professionnelle ont été dégagés, à partir de l'analyse des différentes occupations des DIM une fois établis au Québec. Ces typologies ont été raffinées en prenant compte de la durée du processus et de la « relative facilité » à faire son chemin au cours du processus d'intégration professionnelle.

1) Des requalifications directes et relativement rapides comme médecin

Dans le premier cas de figure : 1) *des requalifications directes et relativement rapides comme médecin*, le processus de requalification se fait le plus souvent assez aisément. Ces

² Par exemple, dans le Rapport du Comité Echavé, la situation des recrutés sous permis restrictifs n'est ni même abordée, car « le recrutement fonctionne relativement bien » (Gouvernement du Québec 2009). Le mandat de réflexion et de recommandations de leur comité n'aborde que les DIM faisant un parcours de reconnaissance via la résidence en médecine.

trajectoires types sont toutes celles de migrants diplômés de France (et ce avant l'application de *l'arrangement de reconnaissance mutuelle France-Québec*³ [ARM], dont la médecine est une des professions visées; la tendance pourrait s'être exacerbée depuis). Parmi nos répondants, six personnes (sur 31) témoignent de cette trajectoire : trois femmes et trois hommes, soit cinq professeurs-chercheurs et un médecin de famille (de France), tous sur permis restrictifs.

- *Monique (#3), professeure-chercheure, diplômée de France*
- *Jean-Claude (#5); médecin de famille, diplômé de France*
- *Pierre (#6), professeur-chercheur, diplômé de France*
- *Danika (#21), professeure-chercheure, diplômée de France*
- *Paul (#24), professeur-chercheur, diplômé de France*
- *Françoise (#25) professeure-chercheure, diplômée de France*

C'est le cas par exemple de Pierre ou Monique, tous deux professeurs-chercheurs et diplômés de France, qui n'ont jamais eu à occuper d'emploi transitoire au Québec. Leur premier emploi occupé au Québec est en lien avec leur profil de compétences et leur profession prémigratoire. Le processus de reconnaissance professionnelle comme médecin aura duré quelques mois pour Pierre et environ deux ans pour Monique. Pour Françoise, dont l'histoire est reprise plus bas, cette démarche s'est étendue sur trois ans. Elle a d'abord travaillé comme chercheure avant d'occuper un poste de professeure-chercheure en médecine.

Médecins professeurs-chercheurs DIM → Médecins professeurs-chercheurs en pratique au Québec --- moins de 3 ans

La trajectoire d'exception est celle de Jean-Claude, médecin de famille, qui a commencé sa pratique professionnelle sur un permis de pratique restrictif comme médecin de famille, répondant à un besoin en région (projet spécial, avant l'application des ARM).

Médecins de famille DIM (de France) → Médecins de famille en pratique au Québec sur permis de pratique restrictif --- moins de 3 ans

Les **points communs** de ces six trajectoires d'intégration professionnelle : une requalification dans un poste similaire à celui occupé avant la migration (accompagné parfois d'un sentiment d'avancement professionnel), leur durée (d'un à trois ans), leur aspect facilité (la

³ Entente signée en 2009 (CMQ et al. 2009).

reconnaissance se fait d'emblée ou après quelques démarches, l'envoi d'un CV ou le contact avec une personne clé), les institutions se mobilisent pour les recruter et les retenir. Aussi, leur reconnaissance se fait à travers les ressources officielles du *mainstream* : responsable d'embauche d'une institution hospitalière, doyen universitaire, Collège des médecins du Québec, personnes des milieux politiques québécois, etc.

2) Des requalifications suite à un parcours du combattant

La 2^e trajectoire type : *des requalifications suite à un parcours du combattant (avec ou sans emplois transitoires – de niveaux universitaires ou déqualifiés, avec ou sans retour aux études hormis la résidence)*⁴. Dans notre enquête, neuf DIM (sur 31 répondants) ont eu ce que nous avons nommé des « parcours du combattant », en raison des multiples embûches rencontrées. Ces DIM sont de différentes origines (sauf de la France). Six étaient des médecins omnipraticiens avant la migration (les parcours les plus longs, d'au moins 6 ans) et trois des médecins spécialistes (hommes diplômés d'Argentine et d'Algérie via le permis de pratique restrictif, et un de Colombie via la résidence – de 3 à 6 ans). À la différence des DIM qui accèdent relativement rapidement à la pratique et à une reconnaissance formelle, il s'agit pour eux d'un parcours long et exigeant.

- Manuel (#2); md spécialiste, diplômé (D) de Colombie, en résidence en spécialité
- Catiana (#4); md généraliste, (D) du Chili, en résidence médecine familiale
- Claudia (#7); md généraliste, (D) de la Colombie, en résidence médecine familiale
- Yanet (#12); md généraliste, (D) de Cuba, médecin de famille
- Ana (#13); md généraliste, (D) de Roumanie, en résidence médecine familiale
- Sayed (#14); md généraliste, (D) d'Algérie, médecin de famille
- Eduardo (#15); md spécialiste, (D) d'Argentine, md spécialiste
- Lahcen (#18); professeur-chercheur, md surspécialiste, (D) d'Algérie, en démarches pour le permis de pratique comme md spécialiste
- Esteban (#23); md généraliste, (D) de Colombie, en démarches pour l'accréditation

Les éléments communs : la durée du processus (plus de trois ans, jusqu'à plus de 6 ans), la nécessité de multiplier les démarches et les stratégies. Un fort investissement financier, de temps et d'énergie est requis, dans un contexte caractérisé par l'incertitude du dénouement.

⁴ À noter que parmi les « parcours du combattant » certains DIM peuvent être à l'une des étapes du processus de reconnaissance professionnelle (en résidence par ex.), sans avoir nécessairement finalisé le processus au moment de l'entrevue. Ils sont considérés dans la catégorie « requalifié ou sur la voie de l'être » du fait qu'ils sont : en pratique active comme médecin ou se dédient à temps plein aux démarches liées à leur reconnaissance. Il s'agit d'une photo professionnelle qui peut évoluer (tout comme des « réorientés » pourraient se dédier ultérieurement à leur requalification au Québec).

La consultation ou l'appui des ressources formelles (Collège des médecins ou Recrutement Santé Québec par exemple) n'est pas suffisant. La capacité de tracer son chemin dans un parcours complexe et compartimenté requiert des informations stratégiques, parfois qualifiées de souterraines. Pour ce type de trajectoires, les ressources de soutien significatives les plus souvent évoquées sont des ressources de soutien informelles : des pairs DIM, la famille et dans certains cas des associations de DIM.

Voici trois exemples de ces trajectoires. Grâce au soutien financier de sa conjointe, Manuel (spécialiste diplômé de Colombie) se dédie à temps plein au processus de reconnaissance professionnelle. Lorsqu'il immigré, il n'a pas de réseau de connaissances au Québec autre que sa conjointe (qui l'a parrainé). Il est au fait des démarches inhérentes au processus de reconnaissance professionnelle comme médecin, il sait que cela peut nécessiter quelques années, mais ne doute pas que cela soit possible. (Manuel doit faire le processus de reconnaissance via la résidence en médecine, il n'est pas admissible au permis restrictif dans sa spécialité, étant donné que le nombre d'années d'études de sa spécialité n'est pas équivalent entre le Québec et la Colombie). Au fur et à mesure de son cheminement lié à sa reconnaissance professionnelle, il fait la connaissance d'autres DIM, rencontrés dans les bibliothèques par exemple, avec qui il étudie. Assez rapidement, Manuel entame avec succès les examens du Collège des médecins et réussit à trouver des stages d'observation et des lettres de recommandation de médecins canadiens. Finalement, il est accepté à sa première demande d'admission dans un programme de résidence en médecine, dans sa spécialité exercée avant la migration. Selon son témoignage, s'il n'avait pas pu poursuivre sa spécialité, il envisageait quitter le Québec car il n'aurait « pas été heureux en médecine familiale ». Dans le cas de Manuel, le processus a été d'environ 2 ans pour accéder à la résidence en médecine⁵. Les ressources économiques et familiales ont été déterminantes. Comme plusieurs autres DIM, Manuel qualifie l'expérience de requalification de « très angoissante ». Ce sentiment s'est maintenu durant la résidence, et ne s'achèvera, nous dit-il, qu'au moment où le dernier examen sera complété et qu'il aura en main son permis de pratique. « Je pense que pendant TOUT [le processus], jusqu'à aujourd'hui, il y a plein d'angoisse. Parce que... parce qu'il y a plein d'incertitude pendant tout le processus »⁶. Il est

⁵ Étape significative compte tenu du contingentement des places en résidence (dans certaines spécialités plus que d'autres) (se référer à CaRMS 2012), mais aussi du fait qu'une fois en résidence, les résidents sont rémunérés.

⁶ Élément récurrent des entretiens auprès des DIM, particulièrement pour « les parcours du combattant ».

sur la voie de terminer sa résidence au moment de l'entrevue, il devrait occuper un poste comme médecin spécialiste environ 6 ans après son arrivée au Québec.

médecin spécialiste DIM → démarches de reconnaissance auprès du Collège des médecins (ressources économiques et familiales, support de DIM) → résidence → pratique médicale comme spécialiste --- durée 6 ans

Yanet, médecin omnipraticienne diplômée de Cuba a un parcours très différent. Son premier objectif en arrivant au Québec « ce n'est pas du tout la médecine » : mais d'apprendre le français et l'anglais (les livres de médecine étant en anglais, selon ce que lui ont appris des amis). Durant ses cours d'anglais, elle croise un autre DIM (d'Algérie). Cette rencontre est déterminante : ils entreprennent ensemble les démarches pour leur reconnaissance professionnelle comme médecin et amorcent l'étude des examens du Collège des médecins. Graduellement, Yanet développe un réseau social composé de DIM, dont certains sont déjà en résidence. Ce réseau de DIM la guide afin de connaître les démarches à réaliser pour sa reconnaissance, et lui permet par exemple d'échanger des banques de questions pour la préparation des examens du Collège. Cependant, les démarches relatives aux examens du Collège sont onéreuses. Ses parents, eux-mêmes immigrés aux États-Unis, lui apportent une aide financière modeste, mais elle ne veut pas en abuser. Elle commence alors à travailler dans divers emplois non spécialisés – ouvrière dans des manufactures, préposée dans un bar. Mais, elle réalise rapidement que ces emplois ne lui conviennent pas, « ce n'était pas mon milieu » nous dit-elle. Une de ses amies, d'origine chilienne, la met en contact avec un infirmier qui lui explique les fonctions d'un préposé aux bénéficiaires. Déterminée, elle postule de façon spontanée dans « tous les hôpitaux de Montréal » comme préposée aux bénéficiaires. À noter que Yanet ne mentionne pas son diplôme ou son expérience comme médecin à son futur employeur. Elle évoque seulement qu'elle avait étudié « les soins auxiliaires infirmiers » à Cuba et qu'elle avait travaillé dans un hôpital. Elle craignait que son statut de médecin ne la bloque. Finalement, un hôpital l'embauche et après un mois d'essai elle est officiellement employée comme préposée aux bénéficiaires (poste sur appel). Précisons qu'à l'hôpital, elle ne communique pas non plus à ses collègues qu'elle est médecin. Selon elle, cet emploi à l'hôpital lui a permis de se familiariser avec le fonctionnement du système de santé québécois. Aussi, en parallèle, elle poursuit ses études (en français et pour les examens du Collège). Compte tenu des coûts associés au processus de reconnaissance comme DIM, afin d'augmenter son revenu, elle entreprend le cumul d'un

second emploi comme travailleuse autonome, en entretien ménager. Elle doit amasser 1500 \$ pour le premier examen du Collège des médecins. Plus avant dans sa trajectoire, ce premier examen s'est finalement soldé par un échec, mais elle persévère et poursuit l'étude de la matière avec ses collègues DIM. Nonobstant, c'est une belle période nous affirme-t-elle : elle étudie, se sent bien entourée et travaille fort. Finalement, après 5 années intenses, elle est admise au programme de résidence en médecine familiale. Pour Yanet, les débuts de sa résidence en médecine se sont avérés une expérience difficile. Elle donnera en exemple les propos que lui a tenus une professeure lors de sa première journée comme résidente en médecine familiale : « On va vous laisser rentrer [à la résidence] en médecine, mais les étudiants de notre pays [au Canada] sont ici [main désigne le haut] et vous êtes ici [marque le bas]. Mais vous allez rentrer. Mais ça se peut que vous alliez échouer ». Yanet ajoute : « j'ai trouvé ça très dur, parce que j'avais déjà un préjugé⁷, je vais échouer ». Mais elle persévère et travaille plus fort poursuit-elle.

Mais! Vous savez quoi? Aujourd'hui, je lui dis merci. Parce que ça m'a fait dire « il faut que je travaille ». Je vous le dis, j'ai travaillé! Je vous le dis! – j'ai des frissons! Regardez là! [me montre son bras] J'ai travaillé, c'est étonnant! J'ai travaillé j'ai travaillé j'ai travaillé j'ai travaillé! Je suis très forte, pas de dépression, rien du tout là. J'AI TRAVAILLÉ, pas d'enfant. J'étais capable.

Aujourd'hui, Yanet est médecin de famille et travaille en région. Le processus de reconnaissance professionnelle a totalisé 8 années afin d'exercer la médecine au Québec.

médecin omnipraticien DIM → études (français et anglais) → emplois non spécialisés → support de DIM et stratégies pour l'accès à la résidence / parallèle emploi comme préposée aux bénéficiaires (et cumul 2 ^e emploi non spécialisé) → résidence → pratique médicale comme médecin de famille --- durée 8 ans

Pour Eduardo, spécialiste diplômé d'Argentine, l'un des médecins spécialistes de cette catégorie, le processus de reconnaissance professionnelle a duré près de 6 années avant d'accéder à la pratique médicale au Québec. Dès son arrivée, différentes personnes le découragent quant aux possibilités d'exercer la médecine (dont un conseiller de l'ambassade canadienne qui lui fait signer une lettre spécifiant qu'il connaît les contraintes liées à l'exercice médical au Québec⁸, et un médecin d'un centre hospitalier universitaire

⁷ Ces a priori négatifs vis-à-vis des DIM sont largement évoqués et repris de façon plus pointue dans les analyses au Chapitre 6.

⁸ Cette lettre à signer, la « déclaration d'un médecin DHCEU » est décrite comme un moment clé significatif pour une majorité de DIM rencontrés. Voir Annexe 1 « Déclaration de médecin diplômé à

montréalais). Compte tenu de ses obligations familiales, il doit occuper rapidement un emploi et obtient un poste comme commis et service à la clientèle par l'entremise d'une association (association à caractère ethnique-religieux). Néanmoins, après quelque temps, il ne se sent pas à sa place comme commis et décide d'entamer des études « pour au moins commencer quelque part ». S'il ne peut exercer la médecine clinique nous dit-il, il vise sa deuxième passion, la recherche. Il choisit un programme de second cycle à l'université, en lien avec sa spécialité (ce qui lui permet d'ailleurs, pour la suite, d'y faire des contacts et d'obtenir des références de professeurs reconnus dans son domaine). Durant sa maîtrise, Eduardo travaille en recherche dans un hôpital universitaire, dans son domaine, lié à ses études et sa spécialité. C'est lors d'une discussion avec son patron qu'il commence à repenser à la clinique et à la pratique médicale. En parallèle à ses études universitaires et à son emploi comme assistant de recherche, il entame ses démarches de reconnaissance auprès du Collège des médecins et s'inscrit à Kaplan⁹ pour la préparation de l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC) (dont la réussite est un préalable pour déposer auprès du Collège une demande d'admissibilité au permis restrictif). Un défi de cet examen est qu'il couvre non seulement sa spécialité, mais l'ensemble du cursus médical, défi d'autant plus imposant pour un médecin en exercice depuis plusieurs années. Eduardo cumule donc durant cette période : son emploi, ses études de maîtrise et la préparation de l'examen du Collège.

C'était très dur, parce que je commençais à 8h, je travaillais jusqu'à 5h à l'hôpital et à 5h je commençais à étudier jusqu'à 9h, 11h le soir, pédiatrie, toute la... c'était loin loin loin! Donc je dois réfléchir à toutes les connaissances de pédiatrie, gynécologie. Tout! Tout!

Pendant ses périodes d'études à la bibliothèque, il y rencontre d'autres DIM avec qui il échange. Eduardo termine sa maîtrise au même moment qu'il réussit son examen du Collège, le rendant admissible à appliquer au permis restrictif. Ajoutons un mot sur sa vision désenchantée quant au support du Collège des médecins. Suite à plusieurs tentatives de contacts et d'échanges avec le Collège, découragé, il abdique : « Bien, ce n'est pas normal... ils sont comme mes ennemis... Ils ne vont pas m'aider. C'est moi ou personne. Donc... comme un *self-made-man* ». Durant la prochaine étape du processus de reconnaissance, il travaille à temps plein en recherche et en parallèle entame des démarches afin de trouver un

l'étranger » (v.2004) et Annexe 2 « Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis » (v.2012).

⁹ Organisme international à but lucratif, basé aux États-Unis et spécialisé dans la préparation de différents examens, dont les examens liés à l'exercice de la médecine au Canada.

hôpital qui « le parraine » (la promesse d'embauche est conditionnelle au permis restrictif). Mais, la réponse de Recrutement Santé Québec est décourageante : « La réponse : “désolé, mais on n’a pas besoin d’un [tel spécialiste] pour la période 2005-2006. 2 ans!” [...] j’ai répondu; “vous allez me dire qu’il n’y a pas de besoin [de telle spécialité] à Gaspé!”... .. Il dit : “Non, on n’a pas besoin.” ». Ces deux années d’attente sont à même d’occasionner une désemployabilité handicapante, sans compter sa perte potentielle d’admissibilité au permis restrictif. Eduardo décide alors de chercher par lui-même. Son patron à l’hôpital, où il travaille comme assistant de recherche, lui procure une liste d’hôpitaux qui embauchent dans sa spécialité. Eduardo appelle toutes les régions. Son patron l’oriente et le conseille. Après plusieurs contacts, un spécialiste d’un hôpital en région qu’il a visité en prospection le réfère à une institution d’une autre région. Il relate son premier contact avec les responsables de cette institution hospitalière :

« Vous allez venir avec votre famille à [telle ville du Québec] [...] on va vous payer l’avion. » Ça, ça commence la Grande séduction! Le film, vous l’avez vu? [...] C’est comme si c’était deux mondes séparés du point de vue des bureaucrates et le monde des besoins des patients.

Eduardo est parrainé par une institution hospitalière et il avance dans ses démarches auprès du Collège. Afin de maintenir une pratique active de sa spécialité médicale et se préparer au stage d’évaluation préalable au permis restrictif, il investit dans la mobilité et amorce des retours au pays d’origine. Finalement, les différents examens ont tardé, le stage d’évaluation également et c’est après six années qu’il exerce sa spécialité au Québec. Aujourd’hui, Eduardo pratique en région et se dit heureux, malgré qu’il doive se partager entre sa région de travail et Montréal où habite sa famille.

<p>médecin spécialiste DIM → emploi non spécialisé → études supérieures pour bonifier le dossier et comme plan B → emploi transitoire en mobilité professionnelle (lié à sa spécialité) → stratégies retour au pays d’origine pour maintien pratique médicale active → permis restrictif comme spécialiste --- durée 6 ans</p>
--

Ces quelques exemples visent à mettre en relief la variabilité des parcours, mais aussi leurs points communs. Il s’agit tous de parcours caractérisés par une longue durée (de plus de 3 ans, jusqu’à plus de 6 ans pour ceux allant en résidence¹⁰), qui ont requis des investissements importants en termes de temps (financier, énergie). Les ressources

¹⁰ Voir Chapitre 5 « Table 1. Entryways to Practicing Medicine for IMGs and Minimal Length of Process ».

économiques font la différence afin d'accélérer le processus (évitant l'occupation d'emplois de survie par exemple). Le support d'autres DIM est aussi remarquable. Le contact avec les ressources institutionnelles de soutien ne suffit pas. Les médecins DIM de cette catégorie ont tous dû multiplier les démarches et les stratégies afin d'obtenir leur permis de pratique, que ce soit via la résidence ou le permis de pratique restrictif.

3) Des réorientations

La 3^e trajectoire type est représentée par les DIM qui ont réalisé une réorientation professionnelle. Les DIM s'étant réorientés peuvent – ou pas – avoir entamé des démarches d'accréditation comme médecin, leur réorientation professionnelle peut être de niveau technique ou universitaire, leur trajectoire d'emploi peut impliquer ou non une mobilité professionnelle ascendante et le DIM peut ou non avoir fait un retour aux études. Il s'agit essentiellement de ne plus pratiquer comme médecin, peu importe le niveau ou le secteur d'emploi.

Dans notre enquête, seize DIM (sur 31) s'étaient réorientés au moment des entretiens. Ils ont des profils et des parcours hétérogènes, il y a autant d'hommes que de femmes. Ils sont diplômés de différents pays, mais fait à noter, aucun homme diplômé de France n'est réorienté dans notre étude. La plupart (12 sur 16) sont dans des filières universitaires, trois dans des filières techniques et une n'a pas d'expérience professionnelle au Québec (elle se déclare au moment de l'entretien comme « femme au foyer »).

- **Réorientés occupant un poste de niveau universitaire, domaine de la santé non clinique :**
 - *Véronique (#8), md généraliste, (D) de France*
 - *Mehdi (#10), md généraliste, (D) de Tunisie et d'Algérie*
 - *Fahim (#11), md spécialiste, (D) de Russie*
 - *Carmen (#16), md généraliste, (D) du Venezuela*
 - *Pérard (#27), md généraliste, (D) d'Haïti*
 - *Rosalie (#30), md généraliste, (D) du Burkina Faso*
- **Réorientés aux études supérieures, domaine de la santé non clinique :**
 - *Dany (#17), md généraliste, (D) d'Haïti*
 - *Ricardo (#19), md généraliste, (D) de Colombie*
 - *Angèle (#20), md généraliste, (D) du Burkina Faso*
 - *Juan (#26), md généraliste, (D) du Mexique*
 - *Marie-Claire (#28), md généraliste, (D) de Côte d'Ivoire*
- **Réorientés aux études supérieures en sciences sociales**
 - *Isabelle (#1), md spécialiste, (D) de France*
- **Réorientés niveau technique, domaine de la santé clinique**
 - *Leandro (#9), md généraliste, (D) de Colombie*

- *Didace (#29), md généraliste, (D) de la République démocratique du Congo*
- *Sofia (#31), md spécialiste, (D) d'Ukraine*
- **Autre**
 - *Nafissa (#22), md généraliste, (D) d'Algérie, sans expérience au Québec (envisage une technique en santé clinique)*

Parmi les réorientés, tous sauf deux¹¹ ont opté pour un retour aux études dès leur arrivée, particulièrement à la suite de discours pessimistes d'instances officielles, ou après avoir expérimenté des emplois de survie. Le niveau d'emploi occupé (universitaire ou technique) s'est avéré un élément significatif au sein de la grande catégorie des réorientés. Voici deux exemples de trajectoires typiques, l'une dans une filière universitaire, l'autre technique.

Véronique, qui a travaillé 9 ans en France comme médecin de famille, s'est tout de suite inscrite aux études supérieures à son arrivée au Québec. Le message pessimiste du conseiller à l'immigration la marque. Ce conseiller lui a fait signer la *déclaration du médecin DHCEU* qui explicite les contraintes d'accès à la profession médicale au Québec pour un médecin diplômé à l'étranger (voir Annexe 1). « J'étais prévenue que l'on ne voulait pas de moi ». Néanmoins, elle ne s'est pas découragée tout de suite. « Je n'en suis pas restée là, mais quand même, ça m'a marquée ». Elle se déplace alors aux bureaux du Collège des médecins, mais la réception est glaciale. On l'y informe (debout dans le corridor) qu'elle doit ouvrir son dossier et payer 1500 \$, sans plus d'informations. Elle décide à ce moment de s'inscrire à une formation universitaire de courte durée – un certificat d'études supérieures – complémentaire à sa pratique professionnelle en France. Cette formation apporterait une plus-value à sa pratique professionnelle, au cas où elle retourne en France. Plus tard, elle apprend qu'il y aurait des développements pour la reconnaissance professionnelle des DIM. Elle envisage de nouveau d'entamer le processus de reconnaissance, mais le fait que les DIM sont orientés à pratiquer en région, couplé aux incertitudes du processus l'amène à prendre une décision. Véronique nous confie que compte tenu de sa situation familiale, elle décide alors qu'elle doit « essayer de faire autre chose ». À l'époque, un conseiller en immigration lui suggère de devenir infirmière. Elle y pensa, la clinique lui manquait. Mais finalement elle se ravise, elle ne se sentirait pas confortable avec l'idée :

¹¹ Soit : Fahim (Russie) réorienté avant sa migration (poste de niveau universitaire en santé non clinique, Fahim s'est requalifié dans ce poste au Québec après deux ans); Nafissa (Algérie) sans expérience au Québec, qui avait travaillé comme infirmière en France et qui envisage une technique en santé clinique (pour travailler rapidement et avoir la certitude de trouver un emploi).

Si je me trouve face à un médecin qui prescrit quelque chose et que moi, en tant que médecin, quand même, je ne suis pas tout à fait d'accord, je risque d'avoir des problèmes pour vivre ça, et donc je n'ai pas voulu choisir cette voie-là.

Donc, elle décide de poursuivre ses études supérieures et de se perfectionner. Durant ses études, elle trouve un premier « petit boulot » (affiché pour les étudiants). Ses connaissances en médecine la favorisent lors du processus de sélection de ce premier emploi (contrat à temps partiel, emploi de niveau universitaire, connexe au domaine de la santé). Mais, l'idée de pratiquer la médecine refait surface (elle est d'ailleurs retournée quelques mois en France pratiquer comme médecin durant ses études supérieures). Véronique décide, encore une fois, de contacter les différentes instances à même de l'informer et l'orienter quant à la reconnaissance professionnelle des DIM : le Collège, le Ministère de l'Immigration et les Universités. Elle se trouve de nouveau confrontée aux mêmes réponses pessimistes. « Mais je n'arrivais pas à faire le deuil. Ça m'a pris, franchement, au mois six ans, pour me dire que je ne pratiquerais pas au Québec ». Ainsi, l'incertitude du dénouement du processus couplée à l'énergie requise afin de se faire reconnaître, dans un contexte où l'équilibre familial est priorisé, la conduisent vers une réorientation professionnelle.

Je ne voudrais pas me lancer dans quelque chose qui risque de n'aboutir à rien. Vous comprenez? Je ne suis pas prête à faire des efforts pendant DES ANNÉES pour finalement me faire fermer la porte après avoir investi du temps, de l'énergie et de l'argent dans un processus qui finalement, ne donnera rien, ou ne m'ouvrira QUE la moitié des portes. Donc, je me dis : « Non, je refuse ça. Ou on reconnaît mes compétences, ou on ne les reconnaît pas ». Si on les reconnaît, bien [...]. Je ne suis pas prête à faire n'importe quoi, et, mais je me dis que je suis capable de gagner ma vie autrement.

C'est donc plusieurs années plus tard que l'équilibre est atteint. Véronique occupe aujourd'hui un poste de coordonnatrice (dans une institution reconnue), en relation avec ses études supérieures, dans un secteur qui la passionnait avant la migration. Elle arrive « à concilier ses connaissances » comme médecin et en lien avec ses études supérieures au Québec. Elle travaille à temps partiel (ce qui lui convient pour la famille) et a des contrats – qu'elle adore – de façon sporadique pour enseigner aux résidents en médecine (elle se sent informellement reconnue comme médecin, vis-à-vis de ses collègues).

<p>médecin DIM → études supérieures en santé non clinique → emplois de niveau universitaire en santé non clinique et en parallèle poursuite études supérieures → emploi transitoire en mobilité professionnelle (lié à ses études supérieures) → poste en mobilité professionnelle (lié à ses études supérieures) →--- durée 9 ans « avant de se sentir confortable au plan professionnel »</p>

Sofia, médecin spécialiste diplômée d'Ukraine, est un cas de figure parmi ceux qui se sont réorientés dans des postes de niveau technique en santé clinique. Elle a aussi signé la *déclaration du médecin DHCEU* lors de son processus d'immigration, ce qui l'a influencée quant à son avenir improbable comme médecin au Québec. Elle s'informe néanmoins des démarches à entreprendre quant au processus de reconnaissance professionnelle, mais n'en a pas une image très nette (sa seule source d'information étant le site internet du Collège des médecins, elle ne connaît pas de DIM au Québec à ce moment). Suite à des cours de langue (français et anglais), elle considère entreprendre le processus de reconnaissance auprès du Collège des médecins. Cependant, plusieurs limites la freinent : elle doit travailler rapidement en raison de responsabilités familiales (elle et son conjoint ont deux enfants) et elle estime que sa méconnaissance du milieu de la santé au Québec pourrait la désavantager. Elle décide alors de s'inscrire à une technique en santé clinique, tout en travaillant à temps partiel dans un poste non spécialisé en administration. Son choix est motivé par son désir de mieux connaître le milieu médical au Québec, d'exercer une profession apparentée à la médecine et par la possibilité de travailler rapidement. Elle ne sait pas qu'elle aurait pu prendre la voie du permis restrictif, elle était persuadée qu'elle ne pouvait pas pratiquer au Québec (suite à la signature de la *déclaration du médecin DHCEU*). Elle est aujourd'hui étudiante au cégep en santé clinique. Sofia nous affirme qu'elle ne dit pas à ses professeurs qu'elle est médecin (pour ne pas lui nuire), seulement à quelques personnes plus intimes. Elle ajoute à ce propos que si elle en parle à des collègues, cela les amène ensuite à lui demander pourquoi elle n'est pas médecin et cela ouvre sur un sujet sensible qu'elle préfère éviter. « Quand je dis que je suis médecin, c'est naturel que les autres vont poser des questions comme "pourquoi tu ne travailles pas comme médecin", et cette question est vraiment douloureuse. » Elle confie qu'elle ne se sent pas à sa place dans un programme de niveau technique. « Ce n'est pas mon niveau, je peux faire plus ». Elle se sent dans une situation transitoire inconfortable, ne sait pas où se diriger, elle envisage l'université ou la pratique médicale. Afin de raviver cette possibilité, Sofia, en parallèle à ses études collégiales, a commencé à étudier pour les examens du Collège avec des amis DIM. Elle est troublée. La pression financière est déterminante. En ce moment, elle et son conjoint sont aux études et vivent grâce à des prêts et bourse (aide financière aux études du Ministère de l'Éducation) et à des emplois à temps partiel. Quatre années après son arrivée au Québec, elle rêve sporadiquement de redevenir médecin au Québec, mais elle ne sait pas si c'est réalisable. Sofia relativise sa situation

actuelle, par rapport à la famille particulièrement, mais elle ne se sent pas encore complètement bien. En fait, selon ses dires, tout va bien, sauf le côté professionnel.

[J]e me sens assez bien, [si on n'inclut pas] la question professionnelle; c'est vraiment une chose très importante pour moi, qui me dérange toujours, et... Dans tous les autres domaines, tout est correct : mes enfants vont à l'école, mon mari a choisi sa profession, et moi aussi, en général, comme... Mais je pense que la question de la profession me déstabilise beaucoup et je ne peux pas accepter cet état [que je vis] maintenant – je continue de me battre.

<p>médecin spécialiste DIM → emploi non spécialisé et études de niveau technique en santé clinique (prêts et bourse) → ambivalente par rapport à son choix professionnel, envisage retour à la médecine (a perdu entre-temps admissibilité au permis restrictif) → --- durée toujours en suspens 4 ans après son arrivée</p>
--

Ces deux cas visent à soulever la variabilité des orientations possibles, mais aussi leur complexité. Travailler en santé clinique implique irrémédiablement un retour aux études, les programmes universitaires sont contingentés, les programmes de niveau technique amènent à des postes moins reconnus symboliquement (et sur le plan de la rémunération). En parallèle, une réorientation en santé non clinique peut représenter un certain risque (la recherche d'emploi est incertaine), mais une fois l'emploi obtenu, les DIM de notre population à l'étude ont apprécié évoluer dans un milieu où leur professionnalité est reconnue, même si de façon informelle avec les collègues. Par rapport aux ressources de soutien, le choix professionnel a le plus souvent été fait par une réflexion personnelle dans un premier temps, dans un second temps, les personnes ressources consultées ont eu des suggestions très contrastées quant à leurs possibilités professionnelles. Le plus souvent, la première suggestion est liée à la flexibilité professionnelle (préposé aux bénéficiaires ou infirmière sont les plus couramment cités, de la part de conseiller en immigration, conseiller aux ressources humaines d'un établissement de santé, conseiller en emploi d'Emploi-Québec, etc.). Ensuite, si le DIM s'adresse directement à un département universitaire, il semble que les orientations reçues valorisent davantage leur bagage professionnel comme médecin. Les prochains chapitres développent davantage ces aspects.

La prochaine partie présente les récits de vie professionnelle de DIM. Chacune des trajectoires types présentées succinctement est reprise en détail et illustrée à travers les histoires de six DIM. Débutons avec l'histoire de Pierre.

3.3 Récits. Les parcours facilités de « recrutés » : Pierre et Françoise

3.3.1 Une trajectoire sans heurt : Pierre

Profil et moments clés

- Diplômé : de France
- Situation professionnelle :
 - poste en France : plusieurs années d'expérience dans un poste équivalent à chef de service en milieu hospitalier universitaire (point tournant : insatisfaction de sa vie professionnelle en France, il postule pour un poste au Québec)
 - poste au Québec : professeur-chercheur
- Situation familiale : conjointe et enfants
- Âge au moment de l'entrevue : fin quarantaine
- Immigration : Pour raisons professionnelles. Permis de travail (2001); résidence permanente (2004)
- Retour envisagé? À la fin de la première année, lorsque les démarches n'aboutissaient pas pour sa conjointe aussi médecin. (L'année suivante elle obtient son permis de pratique, ils entament alors les démarches d'immigration).
- Trajectoire : Équivalent du fellowship en France; équivalent à chef de service en France; au Québec : professeur-chercheur (2001). Perçu comme une continuité et une mobilité professionnelle ascendante. Au moment de l'entrevue, vient d'obtenir son permis de pratique régulier de la médecine (2008-2009)¹².
- Durée du processus : quelques mois, suite à un envoi de CV depuis la France
- Date de l'entrevue : 2009, entrevue # 6, durée 1h15. Lieu de l'entrevue : son bureau en milieu hospitalier, à Montréal.

Récit et trajectoire professionnelle de Pierre

« Fasciné par le défi humain, le défi scientifique », Pierre entame une carrière comme médecin surspécialiste, il occupe un poste équivalent à chef de service en milieu hospitalier universitaire. Mais le climat de travail en France ne lui plaît pas, en particulier la nature hiérarchique des relations. Il se sent stagner au plan professionnel. Il n'envisage toutefois pas spécifiquement de projet migratoire, outre le fait qu'il ne se « voyai[t] pas continuer à vivre là » et c'est par hasard qu'il reçoit une offre d'emploi par courriel, via son réseau professionnel.

Donc un jour, il y a eu une petite annonce qui a circulé, disant qu'il cherchait quelqu'un qui avait EXACTEMENT mon profil ici. Donc j'ai postulé dans les 30 secondes qui ont suivi et puis après, six mois après j'étais là [à son poste au Québec].

Le département universitaire à Montréal se mobilise pour l'accueillir, les démarches administratives sont facilitées et il négocie que sa conjointe travaillera aussi comme médecin.

¹² Suite aux gains légaux de l'AQMPR, à partir de 2008, le permis restrictif de médecins DIM peut devenir régulier après 5 ans de pratique clinique au Québec (Légaré 2008; Robert 2008). Auparavant, les permis restrictifs de la médecine des DIM se renouvelaient indéfiniment (sans garantie).

« Parce que je savais qu'il y avait de grosses difficultés pour les conjoints, si ce n'était pas eux qui étaient recrutés. Et puis, ils m'ont dit, bien : "ça ne sera pas un problème" ». Alors qu'il occupait un poste en France, Pierre est ainsi recruté par un Centre hospitalier universitaire au Québec, pour son profil professionnel très spécifique.

Abordant les expériences de recrutement qui sont en cours au sein de son service, et auxquelles il participe, il mentionne le cas particulier du Québec dans le contexte de globalisation et d'attraction de migrants très qualifiés¹³ :

Le cas du Québec est très particulier, parce que le problème, c'est qu'on veut recruter des médecins de haut niveau, mais que le bassin de recrutement est le bassin francophone. Le Québec ne représente même pas 10 % des francophones occidentaux, donc ça veut dire, quand vous les recrutez au Québec, si vous voulez, si c'est ce bassin-là que vous regardez, le monde étant mondialisé là, il y a neuf candidats potentiels qui viennent de l'extérieur du Québec : de France, de Suisse ou de Belgique (...) Il y a beaucoup de recrutements qui se font sur des trucs très pointus, très spécialisés... (...) On vient nous chercher dans ces postes-là, en fait. En tout cas, pour la filière universitaire, on vient nous chercher pour ces postes-là.

Au regard de l'identité professionnelle, Pierre ne se voit pas exercer une autre profession, il adore ce qu'il fait et préférerait changer de pays plutôt que de changer de profession. Même s'il travaille « trop fort » à Montréal, il éprouve une grande satisfaction (et ne se « sent pas exploité », sentiment qu'il avait en France). Lors de ses débuts professionnels au Québec, il dit n'avoir éprouvé « aucune difficulté d'adaptation », hormis quelques détails administratifs ou bureaucratiques qui pouvaient être différents au niveau des tâches à accomplir.

Dans le cas de Pierre donc, aucune démarche particulière n'est mise en branle pour sa reconnaissance professionnelle, elle se fait d'emblée. L'université et ses collègues se mobilisent afin de le recruter et de le « retenir ». Les ressources de soutien se font via le *mainstream* : réseau professionnel, contact direct avec les personnes responsables de l'embauche, démarches rapides et sans heurt auprès du Collège des médecins qui aboutissent à la délivrance du permis de pratique restrictif. Il n'y a pas de ressources de soutien spécifiques pour sa reconnaissance et son intégration professionnelle.

¹³ Des chercheuses européennes font référence au « marché mondial des compétences médicales » (Séchet et Vasilcu 2012a). Le Collège des médecins du Québec évoque la nécessaire ouverture de la province dans un contexte de mobilité accrue de la main-d'œuvre et d'ouvertures des frontières (Robert 2008).

Pierre adore son poste à Montréal. Néanmoins, après plus d'un an, la situation professionnelle de sa conjointe n'est pas résolue : « il n'y avait strictement rien à l'horizon ». Alors, à contrecœur, après quelques appels téléphoniques, il trouve un poste en France, envisageant très sérieusement son retour (et celui de la famille). C'est finalement grâce au soutien de ses propres collègues, à son département, et à une intervention politique que la situation de sa conjointe s'améliore et permet l'obtention de son permis de pratique restrictif comme professeur-chercheur. Après un an et demi d'attente, sa conjointe obtient un poste comme médecin. « Elle s'épanouit professionnellement, et j'en suis très content », souligne-t-il.

À travers ses expériences, en particulier pour le statut de sa conjointe, Pierre a une vision critique du corporatisme médical et de la compartimentation des responsabilités des différentes instances et organisations en regard à la reconnaissance professionnelle. Faisant allusion au fait qu'ils ont eu des contrats d'embauche de la part d'institutions hospitalières, mais qui dépendait en fin de compte de l'approbation du Collège des médecins du Québec, il invoque : « on était venus sur des contrats signés, et on n'avait pas vu qu'il y avait une petite faille dans le contrat quelque part ». Il souligne à un autre moment de l'entrevue que « ce n'est pas facile, quand on immigré, de savoir lire entre les lignes, qu'est-ce que signifie un papier écrit ou ce que les gens disent. [...] Mais nous, on ne savait pas, on ne connaissait absolument pas le système»¹⁴. Il évoque la complexité et la fermeture du système.

Bien, on a l'impression d'une grosse machine administrative dans laquelle on ne sait pas où est-ce qu'il faut aller, s'adresser, et puis au final, moi là encore, je... je ne sais toujours pas, si dans cette situation-là, à qui, qui est-ce que je conseillerais d'aller... En dehors, finalement, la chose qui marche, c'est... l'intervention politique. [...] Il y a une espèce de... de mollesse à résoudre ces problèmes-là... dans le système médical, une sorte d'inertie qui fait que... Alors je serais incapable de dire c'est à tel endroit ou tel endroit, je ne pense pas que c'est tel endroit ou tel endroit, mais c'est... l'ensemble du système d'accueil qui est très inerte au moment où il faut...

Sa vision critique des ressources de soutien formelles contraste avec son sentiment d'accueil de la part des collègues et des personnes côtoyées au quotidien.

L'impression qu'on a eue dans cette histoire, c'est qu'on a eu relativement du soutien des gens qui étaient proches de nous, c'est-à-dire le service ici, BEAUCOUP de soutien de la population (...) Par contre, disons que la caste médicale n'a pas... on n'a pas senti un soutien des médecins en tant que médecins. Ceux qui étaient proches soutenaient parce qu'ils étaient proches, mais ce n'était pas tout à fait ça. (...) Bien... (soupir) Je pense qu'on a eu l'impression d'un groupe social, les médecins en

¹⁴ Ce qui nous amènera dans nos analyses à distinguer l'importance des informations informelles, qui semblent parfois souterraines, dimension évoquée par une grande part de DIM rencontrés.

tant que groupe social, ne tenaient pas vraiment à accueillir les nouveaux. (...) Un des problèmes, c'était le protectionnisme des ordres professionnels en général, on l'a vraiment vécu comme ça.

Lorsque nous lui demandons en fin d'entretien les personnes clés qui l'ont appuyé dans ses démarches ou en début de pratique professionnelle, sa réponse est sans équivoque :

Je me suis appuyé sur les collègues qui m'ont aidé, puis ça s'est fait au jour le jour. Ça s'est fait sans problème, sans difficulté. Encore une fois... le soutien de l'entourage professionnel immédiat a été extraordinaire. Le soutien de la population, en tout cas de la population à qui ont avait affaire, y compris le ministre, a été extraordinaire aussi... C'est vraiment le corps médical, dont on sentait une inertie dans toutes ses manifestations : universitaire, Collège, syndicat... (soupir)

Aujourd'hui, il se sent bien au Québec, il ressent un sentiment d'appartenance profond : « je me sens plus chez moi ici qu'en France, clairement ». Ses « enfants sont installés », il ne s'imagine pas quitter. Au plan professionnel, il se considère « en position de force », et étant donné son désir de maintenir son champ professionnel et son expertise, il ne se voit pas ailleurs qu'à son poste actuel.

3.3.2 La passion de l'enseignement et de la recherche : Françoise

Profil et moments clés

- Diplômée : de France
- Situation professionnelle :
 - poste en France : équivalent de professeure-chercheure, plus de cinq ans d'expérience professionnelle (point tournant : une fois la permanence obtenue, c'est la désillusion quant aux conditions de pratique)
 - poste au Québec : professeure-chercheure
- Situation familiale : conjoint et enfants
- Âge au moment de l'entrevue : fin quarantaine
- Immigration : Pour raisons professionnelles. Visa de touriste pour prospection (2003), permis de travail temporaire (2005); résidence permanente (2010)
- Retour envisagé? Lorsque les démarches n'aboutissaient pas : retour envisagé en France, mais aussi dans d'autres pays comme l'Australie. Aujourd'hui non, sauf peut-être travailler en région plutôt qu'à Montréal, pour avoir une charge de travail moindre, une fois son enfant devenu grand.
- Trajectoire : professeure-chercheure en France (durant 8 ans, poste conservé jusqu'à aujourd'hui); au Québec « professeure invitée » (payée par la France) (2006); « associée de recherche » (2007-2008); professeure titulaire de clinique (2008); sans statut (en attente de permis de pratique 2009); professeure-chercheure (2010)
- Durée du processus : hybride = comme chercheure, quelques mois. Comme professeure-chercheure environ 3 ans, depuis premières démarches en 2007 pour obtention de ce poste
- Date de l'entrevue : 2010, entrevue # 25, durée 2h10. Lieu de l'entrevue : à mon bureau à Montréal, en milieu hospitalier.

Récit et trajectoire professionnelle de Françoise

La recherche a toujours fasciné Françoise. À la suite « d'un parcours du combattant infernal » en France, elle devient professeure-chercheure (l'équivalent du Québec). Elle obtient un poste permanent, travaille dans un secteur qui la passionne. Milieu compétitif, très masculin, son mentor de l'époque lui disait : « il faut que tu sois meilleure que les hommes pour être nommée ». Elle ajoute : « il faut avoir un parcours impeccable, il faut avoir tous les diplômes qu'on demande, tous les diplômes complémentaires (...) c'est comme un parcours de 110 mètres haies ». Néanmoins, une fois son but atteint, c'est « la désillusion ».

Eh bien c'est que quand on est... pour arriver à être [professeur-chercheur], on fait beaucoup de concessions, on travaille très fort, on fait des... C'est extrêmement intense, il faut publier, il faut faire des recherches, il faut enseigner, il faut être bien avec tout le monde, il ne faut jamais dire non à toutes les propositions qu'on vous fait, vous êtes à droite, à gauche, vous courez, vous êtes partout. Et puis une fois que j'étais nommée, je me suis rendu compte qu'on changeait de cour, mais on recommençait, c'est-à-dire qu'on recommence à avoir des contingences vis-à-vis d'autres collègues qui sont plus âgés, etc. Enfin, ça recommence. C'est un cercle infernal, et puis vous n'avez pas de vie. Donc ça... ce n'est pas ça que je voulais; ça, ce n'était pas possible.

Ainsi, le contexte français lui apparaît sclérosé. Insatisfaite de ses conditions de travail, le projet de quitter la France prend graduellement forme. En 2003, Françoise fait un voyage de prospection à Montréal, elle et son conjoint rencontrent des responsables de service au sein d'hôpitaux universitaires (ils ont alors un statut de touriste). En 2004, son conjoint, aussi médecin, a une offre et s'établit à Montréal. S'ensuit une relation à distance durant plusieurs mois. Finalement, en 2006, Françoise concrétise une entente avec une université, comme professeure invitée. Initialement, elle envisage ne rester qu'une année à Montréal et garde son poste en France (période dite d'échange), tout en faisant de la recherche au Québec. Après une année, c'est « l'euphorie », elle veut continuer.

Le Québec, pour moi, ç'a été un champ de pratique extraordinaire, où j'étais avec un collègue extraordinaire aussi, qui m'a tout montré (...) La recherche clinique, on n'a pas cette structuration en France; c'est du balbutiement, ce n'est pas aussi bien structuré. C'est génial.

Une fois l'année passée, la période d'échange terminée, des alternatives doivent être envisagées et des décisions prises. Tout en conservant son poste en attente en France, elle souhaite poursuivre la recherche au Québec.

Alors qu'est-ce qui s'est passé? Bien, la personne avec laquelle je travaille ici a beaucoup apprécié ce que j'ai fait, et donc je lui ai expliqué, j'ai dit : « Bien voilà, moi j'ai un problème : c'est que je n'ai plus de salaire. Je veux bien rester une deuxième année – je pouvais être en détachement, je lui ai expliqué ça –, mais je n'ai pas de salaire, qu'est-ce que vous me proposez? » Alors il voulait bien me... donc il m'a pris comme associée de recherche, avec un salaire d'associée de recherche. Donc c'était complètement différent de ce que je touchais en France, mais... mais je continuais à développer, et ça pris de l'ampleur, et puis on a construit un projet de recherche, et puis... bon, il y a eu beaucoup de succès, et les activités de recherche allaient... Petit à petit, j'avais pris une place, quand même, de coordinatrice au sein de l'unité, ça se passait très bien avec les autres collègues, enfin, bon... Je voyais bien que je recommençais à pouvoir bien m'exprimer sur le plan intellectuel... bon, en recherche clinique, ça, ça allait très bien.

Donc, Françoise renouvelle son permis de travail temporaire et en 2007, elle devient associée de recherche afin de poursuivre ses mandats de recherche avec l'équipe québécoise. L'année suivante, avec une dérogation du Ministère de la Santé, elle obtient un statut de professeure de clinique à l'université (mais sans permanence et avec un salaire d'associée de recherche). S'ensuivent différentes négociations. Parallèlement au fait que l'université la courtise pour qu'elle s'installe au Québec, aucun poste concret ni garantie d'emploi ne se concrétise. Elle se sent coincée et isolée, sans mentor. Dans cette période sombre où elle est sans contrat, avec le sentiment d'être ballottée, partageant ses réflexions sur cette période difficile :

Mais c'est là que je me suis sentie une immigrée. Et c'est une expérience humaine extrêmement intéressante. Parce qu'en France, nous avons un parcours... nous avons beaucoup d'immigrés – c'est une terre connue pour ça – et puis j'avais des médecins étrangers dans mon environnement qui venaient faire une spécialité, ou... et j'ai toujours été très... j'admirais qu'ils fassent ça, mais je n'ai pas été plus loin. Là, je peux vous dire que c'est une expérience humaine qui est très, très, très spéciale. Parce qu'on se sent... bon, j'avais un statut, j'avais une renommée... je n'ai pas l'habitude de me lancer des fleurs, mais j'avais des fonctions au niveau national, international, je suis connue dans ma spécialité — d'ailleurs [s'il] m'a engagée [à l'université], ce n'est pas pour rien; il fait attention au phénomène de rayonnement : c'est quelque chose qui l'intéressait beaucoup. Moi j'étais quelqu'un [qui arrivait] humblement, en disant : « Voilà, je ne connais pas la recherche dans votre pays, je ne demande pas mieux que d'apprendre ». J'ai commencé par les basses tâches, faire du secrétariat, j'ai vraiment tout fait... j'ai fait vraiment... commis senior, ici, et puis je suis montée... Mais j'étais d'accord pour faire cet apprentissage-là. Et je suis partie donc d'un certain statut, d'une reconnaissance, et je me retrouve là, une personne lambda.

À noter que tout le long de sa trajectoire d'intégration professionnelle au Québec, elle maintient une affiliation en France, stratégie déployée afin de conserver un sentiment de sécurité. « C'était très important de savoir que si ça n'allait pas, je pouvais retourner, je

pouvais toujours réintégrer mon poste ». C'est finalement en 2009 qu'elle signe un contrat comme professeure-chercheure. Elle soulève à ce sujet que dans ce milieu très compétitif, elle a dû « montrer ses dents pour se faire respecter » :

il y a des personnes comme ça : ils sont prêts à renier leur père et leur mère, comme je dis, pour avancer. Et c'est redoutable. Et c'en est une. Et donc prêt à écrabouiller tout, tout, moi compris. Moi, je ne veux pas être écrabouillée. Je suis un peu écrabouillée, mais pas trop.

C'est en 2010 qu'elle commence officiellement son poste actuel, avec son permis de pratique de la médecine comme professeure-chercheure. La période d'attente de 10 mois, entre le moment où elle signe son contrat d'embauche et celui où elle obtient les papiers nécessaires, est pénible. Elle est sans statut et sans revenu. Elle confie : « entretenue par mon conjoint; c'est la première fois de ma vie. Moi, j'ai toujours été indépendante. Oh! Il était super, ce n'est pas le problème. Mais moi, c'est moi qui le vivais très mal ».

De façon récapitulative, lorsque nous lui demandons quelles sont les ressources qui l'ont appuyée au cours de sa trajectoire d'intégration professionnelle au Québec, outre un organisme à but non lucratif pour les démarches liées à l'immigration (organisme spécialisé sur les questions d'immigration de migrants très qualifiés), son conjoint représente la personne-ressource significative à ses yeux. Autrement, elle s'est sentie isolée au Québec, éprouvant une certaine difficulté à comprendre « le système » au début. Ultiment, elle connaissait néanmoins des personnes clés, qui lui ont ouvert des portes et lui ont permis de se négocier une place. Ainsi, elle a contacté directement les ressources formelles (Collège des médecins, doyen, responsable de centre de recherche ou départements universitaires, représentant du Ministère de la Santé, etc.) et ses démarches se sont avérées suffisantes (malgré le sentiment que cela fût complexe, qu'elle a dû se démener pour être respectée).

Françoise n'a jamais douté de pouvoir exercer la médecine au Québec, son conjoint – aussi médecin DIM – l'ayant précédé dans l'expérience. Mais, nous dira-t-elle, si elle avait su que le processus était si compliqué, elle aurait probablement remis en cause son expérience d'immigration au Québec :

J'avais mon conjoint et je comparais, et ça n'avait aucune... C'est pour ça, d'ailleurs, que j'étais surprise : c'est que ça n'avait aucune commune mesure... ça ne se déroulait pas comme je m'y attendais. (...) Non, je n'ai jamais plié. Mon conjoint, lui, est arrivé, et il a eu exactement ce qu'il voulait, et donc j'ai dû y arriver... je ne me posais même pas la question. Je me disais : « Mais comment ça se fait que c'est plus

difficile pour moi que pour lui? » (...) Lui, il est arrivé, il a eu son poste... donc c'était faisable, je le savais! Il a eu sa reconnaissance du Collège des médecins, même si c'est difficile. Oui, il y a beaucoup d'étapes administratives. Oui, c'est épouvantable... les papiers, c'est absolument infernal – en France aussi, il y a une grosse bureaucratie (...) Et finalement, paradoxalement, j'ai eu du mal à arriver à ce que je voulais, alors que je ne doutais pas d'y arriver. Et rétrospectivement, si j'avais su que c'était si compliqué, j'aurais peut-être réfléchi avant de venir. Mais maintenant je suis dedans, donc c'est trop tard pour changer. Mais le parcours a été quand même assez infernal.

Par son expérience personnelle, mais aussi par rapport à d'autres DIM qu'elle côtoie dans son milieu professionnel en recherche, elle a une vision critique des difficultés de reconnaissance vécues par les DIM. Comme dans le cas d'Eduardo mentionné précédemment, elle souligne l'écart apparent entre les besoins de la population et les freins parfois incompréhensibles concernant l'accès à la pratique médicale de certains DIM.

Moi je commence [en pratique médicale], les listes d'attente... j'ai déjà des listes d'attente; je ne sais pas comment je fais... Avant même d'arriver, il y a un besoin MONSTRUEUX! [...] Moi j'arrive, je suis là, toute formée, machin, et... j'ai failli retourner en France. Ce n'est quand même pas normal! On est en train... je comprends que ça coûte de l'argent, mais on est en train de dire... on manque de médecins pour soigner la population, et vraiment, je trouve que c'est très, très difficile pour pratiquer quand on est médecin étranger. Alors je comprends qu'il faut prendre des précautions et tout, mais il me semble qu'en France ce n'est pas aussi compliqué que ça¹⁵.

[...]

j'ai peut-être un biais du fait que je suis en recherche et qu'ils [les DIM] se retrouvent naturellement en recherche. [...] Il y a une main-d'œuvre qui arrive... et c'est un parcours du combattant pour... Donc pour revenir à votre question, moi, les médecins étrangers, je suis triste. Mais c'est sûr qu'il faut prendre des mesures pour s'assurer qu'ils ont une bonne formation, qu'ils sont capables, etc. Mais il y a quelque chose qui ne va pas dans le système; je ne sais pas où, mais... ça ne va pas.

[...]

je suis d'accord qu'il faut prendre des [précautions]... parce que le Collège des médecins explique qu'il protège la population, et veut s'assurer que les gens aient les... je suis d'accord, mais il y a quelque chose qui ne va pas : c'est trop dur, c'est trop long... Les gens, ils ont quand même des connaissances! On ne peut pas dire « recommencez à zéro »! Ce n'est pas vrai.

Aujourd'hui, Françoise a commencé un poste qu'elle aime, elle vit beaucoup de défis en recherche, mais nous sentons la passion dans sa voix.

¹⁵ En France, les médecins étrangers peuvent travailler comme praticien associé ou infirmière, après des démarches relativement simples et rapides (Dumont et Zurn 2007a).

Et moi j'adore travailler avec des jeunes; c'est ce qui me donne de la vitalité pour poursuivre [...] là, ici, j'avais une étudiante que j'avais prise sous ma coupe et puis... et puis ça se passe très bien, et on va continuer peut-être ensemble... une [DIM] Colombienne [rire]... Prendre en charge des étudiants, comme ça, et de les éveiller, et après qu'ils volent de leurs propres ailes, mais moi c'est ma récompense! J'adore ça! Mais il faut avoir de quoi les occuper, les soutenir, il faut avoir toute une structure autour [référant aux défis de la recherche].

Sur le plan de notre typologie, Françoise a été incluse dans la catégorie des « recrutés »/des « parcours facilités », puisqu'elle a toujours pu exercer sa profession (en recherche et enseignement), même si sa reconnaissance formelle ne s'est pas réalisée d'entrée de jeu. Si nous excluons son année d'échange, lorsqu'elle travaillait en recherche au Québec, mais rémunérée par la France, le processus aura duré 3 ans¹⁶. Ainsi, les difficultés qu'elle a expérimentées afin d'obtenir une reconnaissance professionnelle la placent dans une position limitrophe, proche des parcours du combattant. De ce groupe, Françoise est celle qui a connu le plus de défis au plan professionnel. Elle est placée dans la grande catégorie des « recrutés » étant donné que : ses contacts auprès des ressources formelles ont été suffisants; malgré l'ambivalence de son statut professionnel, elle avait néanmoins un statut de chercheur ou de professeur (même si la reconnaissance formelle aurait pu être meilleure); reconnue pour son expertise, elle a été courtisée pour travailler dans son domaine; elle a évolué dans son milieu de prédilection (milieu hospitalier et universitaire) et ses démarches ont été faites de l'intérieur en ayant accès à des personnes ressources stratégiques (doyen, responsable de centre de recherche ou départements universitaires, représentant du Ministère de la Santé, etc.). Françoise est celle du groupe qui a eu le plus d'embûches, son récit de vie professionnelle vise à mettre en lumière la variabilité des trajectoires au sein d'un même sous-groupe, mais aussi la force des ressources symboliques et sociales qui jouent ultimement en leur faveur.

¹⁶ Rappelons que dans notre typologie, les parcours des « recrutés » sont de 1 à 3 ans, les « parcours du combattant » ont des durées de 3 ans et plus.

3.4 Récits. Les parcours du combattant : Claudia et Sayed

3.4.1 Un parcours du combattant et la centralité du soutien des DIM : Claudia

Profil et moments clés

- Diplômée : de Colombie
- Situation professionnelle :
 - poste en Colombie : 9 ans comme médecin omnipraticien (une partie de sa carrière en région éloignée) et médecin gestionnaire, spécialisée en santé publique
 - poste au Québec : résidente en médecine familiale
- Situation familiale : conjoint et enfants (nés au Québec)
- Âge au moment de l'entrevue : fin trentaine
- Immigration : En raison de situation instable en Colombie, projet migratoire prend forme avec son conjoint (pour les enfants à venir)
 - résidence permanente (2004) (immigration sélectionnée)
- Retour envisagé? Non (mais conserve permis de pratique valide en Colombie)
- Trajectoire : Colombie poste médecin omnipraticien et médecin gestionnaire (jusqu'à 2004); au Québec : étudiante (français) (2004); sans statut (études examens du Collège 2004-2008); naissance des enfants; fin des économies et aide sociale du gouvernement (par la suite, retour aux études et emploi de son conjoint); certificat universitaire en santé (2008), résidente en médecine familiale (depuis 2009); elle considère la médecine familiale en continuité
- Durée du processus : 5 ans pour accéder à la résidence en médecine (durée totale du processus de reconnaissance devrait être de 8 à 9 ans). Parcours du combattant (multiplication des démarches, centralité du soutien de DIM, stratégies de retour au pays d'origine pour maintenir pratique médicale active et stratégie retour aux études au Québec, soutien du conjoint)
- Date de l'entrevue : 2009, entrevue # 7, durée 1h25. Lieu de l'entrevue : dans un local à son université, dans une ville en région.

Récit et trajectoire professionnelle de Claudia

Au moment de faire son choix de carrière, Claudia est encouragée par sa famille à s'orienter en médecine (les membres de sa famille ont des carrières universitaires, mais non en santé). Après un semestre à l'université, elle « tombe en amour avec la médecine ». Elle travaille neuf ans comme médecin en Colombie. Elle aime travailler « avec les gens, avec la communauté » et exerce une partie de sa carrière en région éloignée. Plus tard, en ville, elle occupe des postes de responsabilité en coordination et gestion juste avant de migrer. La situation en Colombie étant instable socialement et économiquement, la décision de migrer prend forme avec son conjoint, pour les enfants à venir. L'Angleterre est le pays privilégié initialement par le couple, mais « c'est très cher et c'est presque impossible » dit-elle. Le choix du Québec comme destination se concrétise alors à travers différents contacts. Elle apprend qu'un cousin éloigné a immigré au Québec et, par la suite, suite à une référence

d'une voisine, le couple rencontre un consultant en immigration qui leur suggère fortement le Québec :

C'est l'agent qui nous a dit « mais c'est mieux de venir au Québec, c'est plus facile le processus d'immigration ». Mais je ne regrette pas ça, d'être arrivée ici, je suis bien contente d'être ici au Québec (...), mais je ne savais rien du Canada. C'est l'agent qui a dit « non c'est mieux que ça soit le Québec ».

Avant de s'établir au Québec, Claudia se prépare de différentes manières : en suivant des cours de langue française et en colligeant des informations sur le processus de reconnaissance professionnelle. Elle s'informe via le web du processus, mais sans contact direct depuis la Colombie avec le Collège des médecins ou des hôpitaux, « seulement par internet ». Cet extrait témoigne des limites d'une information uniquement basée sur des sites web.

[J]'étais toujours devant mon ordinateur pour chercher toutes les choses! Et... pour m'informer, avec la page du Collège des médecins, et également la page de (...) le Collège Royal. Non, pas le Collège Royal, ça c'est pour les spécialistes, l'autre, le... le Conseil médical du Canada, et l'autre c'est le Collège des médecins!¹⁷ (rires!) ok... Quand je suis [arrivée au Québec]... j'avais bien compris toutes les choses, mais, je ne pensais pas – jamais! – que ça serait si difficile! Parce que sur papier ce n'est pas pire, mais arriver à réussir les examens et comprendre les choses, c'est une autre chose.

En 2004, elle et son conjoint ingénieur s'installent à Montréal, relativement bien préparés et au courant du processus de reconnaissance. Quelques mois après son arrivée, Claudia est enceinte. Ils ont épuisé leurs économies et son conjoint est sans emploi. Elle tient malgré cela à s'inscrire au premier examen du Collège des médecins, mais sans préparation, elle échoue.

[L]e problème c'est qu'au début j'étais si excitée pour commencer toutes les choses que... je suis venue en mai [...] et je me suis inscrite tout de suite pour faire le premier examen d'évaluation en janvier. Je n'étais pas prête! Parce que je ne parlais même pas le français! Seulement... j'ai bien lu le français et tout ça, mais... je n'étais pas prête pour ça. Et... et j'ai perdu 800 \$! ... comme ça! Parce que je n'étais pas prête pour ça! Mais j'ai dit : « non, mais je peux - je peux - je peux, parce que j'ai toujours étudié médecine ». Et... la mauvaise chose c'est que je l'ai manqué [pour] 2 points! Pour passer! 2 points! [...] Mais c'est comme ça! Mais en tout cas, ça m'a encouragé de dire que... je ne suis pas très mal en tout cas! Même si je ne parle pas, je n'ai pas de très bonnes connaissances [en français], il me manque seulement 2 points!

¹⁷ Ce qui donne un premier indice de la multiplicité des instances impliquées.

Le fait qu'elle et son conjoint soient tous deux membres d'une profession réglementée est onéreux, et les différentes démarches administratives liées au processus de reconnaissance de l'un et de l'autre annihilent leurs dernières économies (dépôt de dossier, traductions de documents, etc.). « C'est pour ça que l'argent s'est perdu rapidement [...] C'était un cauchemar! » Elle a tenté de trouver des solutions ou des appuis d'ordre économique, sans succès :

Avant d'avoir commencé tout ça, j'avais [envoyé] des lettres partout, au Collège des médecins au Conseil médical du Canada, pour demander de l'aide : qu'est ce que je pourrais faire si je n'ai pas l'argent pour faire les [examens] suivants, l'examen qui suit. Si je n'ai pas l'argent, est-ce qu'il y a un organisme ou quelqu'un qui pourrait m'aider? « Non. » En tout cas, Dieu m'a aidé, et finalement ç'a été réussi, mais c'est difficile, parce qu'il n'y a rien, il n'y a personne qui peut t'aider de cette façon, avec de l'argent pour passer les examens et ça c'est très très cher, très cher.

De plus, son enfant né, sans garderie et en l'absence d'un réseau familial élargi sur qui s'appuyer, pendant un temps, les périodes que Claudia peut dédier à l'étude des examens du Collège sont limitées.

C'est que, à l'heure qu'elle s'endort, c'est là que je commençais à étudier. C'est-à-dire que, je commençais de 10h la nuit jusqu'à 3h le matin. Pour me réveiller à 6h parce que c'était l'heure qu'elle se réveille. C'était TERRIBLE! C'était COMME ÇA! Parce que... bon. C'était le seul horaire que j'avais pour étudier parce que tout le temps seulement mon mari et moi... mon mari à l'extérieur pour chercher du travail, pour étudier... j'étais seule. J'étais seule, complètement. Et c'est par les personnes... c'est pour ça que je ne parle pas si bien [le français] que les autres immigrants qui ont eu plus de réseaux. J'étais seule, seule.

Elle contacte des organismes communautaires pour leur soutien, contraints de demander de l'aide sociale du gouvernement. Pour faciliter son intégration au marché du travail et obtenir un emploi décent (qui ne soit pas « ouvrier »), elle encourage son conjoint à poursuivre une formation technique avec Emploi-Québec¹⁸. Il obtient par la suite un emploi subventionné, toujours via Emploi-Québec (emploi déqualifié, mais en lien avec son expérience en génie). Sortant peu à peu de leur situation économique difficile, Claudia multiplie les démarches afin de trouver un appui à la préparation des examens du Collège des médecins. Elle construit son réseau à partir de toutes les opportunités qui se présentent à elle : des amis d'amis, des contacts directs qu'elle initie soit lors des examens du Collège, dans des bibliothèques

¹⁸ Emploi-Québec est une agence au sein du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, responsable de l'offre de service d'emploi et d'employabilité auprès de la population québécoise et des entreprises (www.emploi.quebec.gouv.qc.ca)

spécialisées en santé et au sein d'un organisme communautaire dédié à l'accueil des personnes immigrantes. Elle se constitue de la sorte un réseau de soutien composé de pairs DIM, certains plus avancés dans le parcours et d'autres avec lesquels se créent des groupes d'études informels.

Au début c'était parce que je suis allée à [un] Centre communautaire à Côte-des-Neiges [...] et là-bas j'ai trouvé un médecin ophtalmologiste et... aussi immigrant. Et il m'a dit « non non, j'ai fait l'examen et tu dois étudier tel livre et je vais te prêter quelque chose. » C'est comme ça! (rires) C'est avec ce premier document que j'ai étudié pour ça. Et aussi, quand j'ai passé le premier examen [du Collège], l'examen que j'ai échoué, j'ai connu d'autres immigrants [DIM]. [...] la femme d'un Colombien, je me suis rapproché pour lui parler [...] Et... nous avons échangé nos téléphones, nos adresses et tout ça, et l'amitié a continué et nous avons étudié ensemble.

Le réseau de soutien ainsi créé permet de constituer informellement des groupes d'études, de cibler les manuels à étudier prioritairement, à échanger des banques de questions:

Ce n'est pas bon d'étudier seul. Il faut toujours avoir quelqu'un pour étudier. Pas pour Aptitude 1, c'est surtout pour l'Aptitude 2¹⁹ qu'il faut étudier [ensemble]. Mais c'est bon d'avoir le réseau parce que ce sont les autres qui ont déjà l'expérience [...] ils savent déjà avec quels livres il faut étudier, et on te donne les techniques et les choses qu'il faut faire.

Ce réseau de soutien composé de DIM, permet aussi de constituer le plus stratégiquement possible les différentes étapes de la trajectoire de reconnaissance dans le cadre d'une période longue : quand faut-il faire le stage d'observation afin d'obtenir notamment des lettres de recommandation du Canada? Comment appliquer au CaRMS et dans quel programme? Comment se préparer aux entrevues? Dans le cas de Claudia (et d'autres DIM rencontrés dans le cadre de cette recherche), se constitue donc un réseau « post-migratoire » de migrants DIM, dont certains sont plus avancés dans leurs démarches, qui apportent conseil et mentorat, font des échanges de matériel, etc. Ces groupes de DIM sont constitués de migrants de toutes origines qui, par effet boule de neige, ouvrent à un réseau élargi, à un ensemble de liens et de personnes ressources. « Des amis qui connaissaient déjà d'autres. Et c'est pour ça que c'était une ressource ».

¹⁹ Examen d'aptitude – partie I ou II – du Conseil médical du Canada (EACMC I ou II). Voir la section « Examens requis » du site internet du Collège des Médecins (CMQ 2015b) ou Annexe 3 « Parcours comparatifs entre les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) et les médecins diplômés au Canada et aux États-Unis (DCEU) pour l'accès à un poste en résidence en 2007 » (CDPDJ 2010c).

j'ai [5 amis] qui sont déjà en résidence, plus avancés que moi [Algériens, Colombiens, Haïtien] qui m'ont guidé, m'ont dit de quelle façon faire les dossiers, le CV, de quelle façon faire la lettre de motivation. C'est TRÈS important. C'est pour ça [que]... mes amis qui n'ont pas réussi l'an passé, je les guide. Parce que si j'ai eu le guide de mes amis, je dois aussi en même temps le donner aux autres.

Ainsi, Claudia trouve peu à peu une stabilité, elle étudie les examens du Collège via des groupes d'études informels composés de DIM, ses enfants sont à la garderie, son conjoint travaille comme technicien en génie dans un poste bien rémunéré. Comme elle vise la médecine familiale, elle décide d'entreprendre des études supplémentaires entre-temps, afin d'améliorer ses connaissances : soit un certificat universitaire en gérontologie. « Dans ma pratique dans mon pays, je n'avais pas de patients, de personnes âgées. [...] Et je n'avais pas les connaissances pour ça, je savais que c'est un point négatif pour moi. C'est pour ça que j'ai voulu étudier ça. » Ce choix est stratégique et vise à consolider son dossier pour la résidence, mais Claudia conserve l'option que la gérontologie devienne un « plan B ». « C'était mon objectif [la médecine familiale]. Mais, en tout cas, j'ai dit, mais si ça ne marche pas, j'ai quand même, j'aurai un autre champ pour travailler. » Elle ajoute :

C'était dur aussi! J'ai fait les enfants et en même temps j'ai étudié pour le certificat. Mais, mais... j'ai voulu faire ça, c'était pour avoir une chose de plus dans mon CV, sinon, je serais comme les autres immigrants, je n'aurais RIEN pour montrer. Si je n'avais pas fait ce certificat, c'est sûr que je ne serais pas ici [en résidence].

En plus de ce retour aux études, une stratégie supplémentaire est mobilisée pour favoriser son dossier pour l'admission à la résidence en médecine : elle fait plusieurs allers-retours de quelques mois au pays d'origine pour maintenir une pratique médicale active²⁰, afin d'ajouter une année de pratique. « C'est pour ça aussi que j'ai obtenu la place, sinon... C'est une clé du succès! »

Sa demande d'admission en résidence en médecine familiale s'est conclue par une réponse positive. Appelée en entrevue, elle amorce encore une fois différents contacts pour se préparer au mieux.

Je me suis préparée avec un centre pour l'aide à la recherche d'emploi et ils m'ont aidé un petit peu pour me préparer pour les entrevues. Également j'ai payé quelqu'un pour m'aider. Et aussi j'ai eu une personne bénévole qui m'a aidé aussi! (rires!) J'ai cherché, j'ai cherché partout!

²⁰ Plus de quatre années d'éloignement de la pratique était considéré très pénalisant à l'époque pour l'admission en résidence (cf. sur la *déemployabilité*).

Sans ajouter plus de détails sur chacune des étapes du processus de reconnaissance et les ressources mobilisées, ces quelques exemples visent à mettre en lumière la solitude initiale de Claudia, suivie d'une multiplicité des démarches et de liens créés afin de trouver l'information pertinente et les stratégies visant à favoriser son admission en résidence. Compte tenu des coûts liés à chaque étape du processus, mais aussi de la nécessité de se dédier aux études des examens à temps plein, d'autres éléments facilitateurs déterminants pour Claudia ont été les ressources financières – le support du conjoint dans son cas –, et l'accès à un service de garde pour les enfants.

Dans un autre ordre d'idée, en filigrane de l'ensemble de ses démarches transparaissent une certaine anxiété et une perte de contrôle face à un processus qui paraît complexe et contingent. Par exemple, Claudia nous confie à certains moments qu'elle est incapable de dire comment elle a pu réussir le processus, qu'elle avait « un ange ». Ajoutons que l'entrevue pour l'admission en résidence est un moment fort en émotion, où la gestion du stress fut indispensable :

C'est-à-dire que... c'est très important, très angoissant de savoir que si tu fais bien une chose, tu peux bien arriver à avoir une place, sinon, tu vas perdre tout. [...] Et... ma seule chance c'était ça. [...] Mais j'essaie toujours d'être très détendue. Parce que si je m'angoisse, si je montre que je suis angoissée... c'est très important l'attitude. Pour moi c'est la clé du succès.

Aujourd'hui, elle est résidente en médecine familiale et poursuit sa vocation. Avec le recul, le processus a duré plus longtemps que ce qu'elle estimait au départ, le fait d'avoir eu des enfants en parallèle fut un défi à concilier. Mais, ultimement, lorsqu'elle se compare à des amis DIM, leurs parcours sont comparables en durée. « Je pensais que ce serait plus rapide. Mais en tout cas, j'ai vu mes amis qui n'ont pas d'enfant et... ils ont pris le même temps que moi ». Toute la famille habite maintenant en région (son conjoint a dû laisser son travail). Elle considère qu'elle s'adapte bien malgré le stress quotidien de la résidence. Elle n'envisage pas quitter le Québec et aime la vie en région. Claudia conclut notre rencontre en soulignant :

Je voudrais vraiment que... que la suggestion que j'ai faite par rapport aux nouveaux arrivants [de frapper à toutes les portes, de faire de contacts], même si... Je me suis battue beaucoup pour être ici où je suis, je n'aimerais pas que les autres souffrent ce que j'ai vécu. Que vraiment, non non non. C'était vraiment TRÈS difficile. On n'imagine jusqu'à quel point... du stress, de la dépression et de tout... au niveau de mon mari et de moi... Parce que j'étais dans les limbes. Je ne savais PAS quoi faire. Si je n'avais pas obtenu cette place... (silence)

3.4.2 Une tentative de réorientation, mais une vocation profonde qui encourage à tenter « le presque impossible » : Sayed

Profil et moments clés

- Diplômé : d'Algérie
- Situation professionnelle :
 - poste en Algérie : plus de dix ans d'expérience comme médecin omnipraticien
 - poste au Québec : médecin de famille
- Situation familiale : conjointe et enfants
- Âge au moment de l'entrevue : fin quarantaine
- Immigration : Situation qualifiée d'invivable en Algérie. Projet migratoire prend forme en 1996 avec sa conjointe (pour les enfants). Résidence permanente (1999) (immigration sélectionnée)
- Retour envisagé? Non
- Trajectoire : Algérie : médecin omnipraticien (jusqu'en 1999); au Québec : étudiant en informatique (1999); études en anglais à temps partiel (2000); sans statut (aide sociale du gouvernement); emplois non spécialisés; bourse d'études de sa conjointe (2001); études des examens du Collège 2001-2003); résidence en médecine familiale (2003-2005); début de sa pratique médicale (depuis 2005) il considère sa pratique professionnelle en continuité
- Durée du processus : 4 ans pour accéder à la résidence, 6 ans au total avant d'obtenir son permis de pratique comme médecin (résidence en médecine familiale plus courte à l'époque qu'aujourd'hui). Parcours du combattant (stratégie retour aux études au Québec, soutien de la conjointe, centralité du soutien de DIM)
- Date de l'entrevue : 2010, entrevue # 14, durée 1h15. Lieu de l'entrevue : à son bureau à Montréal

Récit et trajectoire professionnelle de Sayed

Issu d'une famille d'universitaires, c'est sur les traces de son frère aîné que Sayed embrasse la carrière médicale. À l'instar de son frère²¹, Sayed raconte : « Pour lui, tous les autres métiers ne valaient rien et avec la médecine... Donc pour moi c'était clair : j'allais être médecin ». Impatient de pratiquer, il opte pour la médecine générale. Sa carrière se déroule bien et il se voit prendre sa retraite en Algérie. Toutefois, la situation politique au pays est plus instable que jamais et, pour les enfants, sa conjointe et lui décident de partir. Voici un extrait de ce point tournant, qui dénote la centralité de la famille et la façon dont le choix du Canada, parmi d'autres pays, s'est constitué :

J'ai commencé à prendre des racines et je me voyais finir ma pratique là-bas [en Algérie]. Et puis, il y a eu la violence qui est montée jusqu'à nous, et c'est devenu franchement DANGEREUX, surtout pour des personnes qui sortent du lot. [...] Et comme j'avais des enfants, j'ai décidé de partir. [...] Alors les pays les plus proches... Bien, il y a les pays à côté : la Tunisie, le Maroc, où... oui et non; il y en a qui sont partis là-bas, mais c'est toujours un temps limité parce que les autorités vous disent : « Qu'est-ce que vous faites? Si c'est du tourisme, c'est trop long. Si c'est une visite

²¹ Son frère aîné sera finalement psychologue.

familiale, c'est trop long. Si vous voulez habiter ici, ça ne fonctionne pas comme ça. » Il y en a beaucoup qui ont été en France – bon, on est francophones; moi, je suis né francophone. Ce n'est pas du tout pareil parce qu'il n'y a pas de politique d'immigration là-bas. Il y a des gens qui restent tant bien que mal. Il y a le statut de réfugié politique – ça c'est l'enfer parce qu'on vous protège de la mort, puis quand la situation politique dans votre pays est améliorée, bien... il faudra y retourner. Mais moi j'ai dit : « On va prendre la méthode la plus sécuritaire. » Alors c'est à partir de là que... bien, il y avait des amis qui étaient là [au Québec], qui avaient fait le choix avant moi; ils disaient : « C'est un pays extraordinaire. Il faut montrer ce dont on est capable. Il ne faut pas rêver : tu ne feras pas médecine. On ne reconnaît pas les diplômes, à moins que ce soit un diplôme qui vient des États-Unis; sinon les diplômes ne sont pas reconnus. » J'ai dit : « moi, je m'en fous. J'ai des enfants et je suis capable de faire autre chose. » C'est comme ça que l'idée a démarré. La procédure a duré 3 ans...

Lors de son entrevue d'immigration à l'ambassade canadienne (étape préalable à l'obtention de la résidence permanente), le même pessimisme quant à la possibilité de poursuivre sa carrière comme médecin est exprimé, mais sous couvert officiel. Le conseiller lui demande de signer une lettre à cet effet [la Déclaration du médecin DHCEU]²². Sayed relate ce moment et poursuit en racontant son essai de réorientation professionnelle en informatique, le moment où il a réalisé que sa vocation demeure la médecine et sa rencontre fortuite pendant ses cours d'anglais avec une autre DIM qui l'a motivé à aller de l'avant pour retrouver sa carrière. L'extrait intégral est conservé étant donné sa force évocatrice.

Et, donc cartes sur table on m'a dit [à l'ambassade du Canada] : « Vous êtes médecin... »; il était comme un petit peu gêné. J'ai dit : « Je sais que je ne peux pas faire médecine là-bas ». Il m'a dit : « On vous l'a dit? », j'ai dit « oui ». Il m'a dit : « On vous l'a dit, et je vous le répète, mais il faut SIGNER que je vous l'ai dit », et on m'a fait signer un formulaire disant qu'on m'a informé. Ce n'est pas un formulaire qui m'engageait à renoncer à la médecine, CE N'EST PAS VRAI – il y a des rumeurs, mais ce n'est pas vrai, on ne m'a jamais fait signer ça. Le formulaire disait : je reconnais avoir été informé que la pratique de la médecine est presque – le mot exact est « presque impossible ». Presque impossible. Et quand je suis arrivé ici, je ne rêvais pas, non. J'ai été m'inscrire à des cours d'informatique. C'était à [telle université]. J'étais un autodidacte; je n'avais jamais fait d'informatique, mais j'ai adoré ça. Très tôt j'ai eu un ordinateur, très tôt j'ai commencé à fréquenter des informaticiens; j'ai aimé ça. J'ai dit : « je veux en faire une carrière ». J'ai commencé; j'ai vite lâché : j'étais malheureux. J'ai dit : « je suis bon, mais ce n'est pas ça ma première VOCATION ». J'ai eu la chance de rencontrer quelqu'un qui est devenue une amie, une Cubaine [DIM] qui avait fait le même parcours que moi et qui me disait : « c'est tenter, peut-être, quelque chose de très difficile, c'est tenter le diable, mais ça mérite... il faut qu'on le fasse ». Puis, on est parti de rien, et on a réussi tous les deux.

²² À noter que Sayed a migré avant 2002, la médecine était une profession exclue pour l'immigration sélectionnée (mais sa conjointe pouvait être requérante principale). Le ton officiel était plus catégorique qu'aujourd'hui. Néanmoins, une fois immigré, les démarches associées à sa reconnaissance professionnelle comme médecin demeuraient accessibles.

Avec le recul, il estime que sa réorientation professionnelle n'aurait pas pu le rendre heureux. Il trouvait « fabuleux » de pouvoir faire des études, mais la médecine est sa vocation : « me suis aperçu que oui, c'est vrai, j'aimais faire ça [l'informatique], mais... m'enlever la médecine, c'est comme si on m'enlevait mon cœur : j'aurais été malheureux. On peut remplacer une chose qu'on aime par autre chose, mais... ». Son identité professionnelle comme médecin est prépondérante à ses yeux. Par rapport à son choix de réorientation professionnelle initiale, en informatique, cela a été un choix plutôt spontané – « je ne pourrais pas le dire » – outre qu'il adorait ça. Quant à l'éventualité d'opter pour une profession dans le milieu médical, autre que la médecine, sa réponse est catégorique : « Non, j'avais barré ça, j'avais mis une croix. Parce que ça m'aurait rappelé tout le temps, tout le temps que le statut a changé ». Il évoque par exemple le fait de travailler comme infirmière (il connaît plusieurs collègues DIM réorientés dans cette profession), qui lui aurait rappelé sans cesse le fait qu'il n'est plus médecin :

parce qu'on sera toujours en contact avec... mettons avec la personne qu'on aurait aimé être, la personne qu'on était... [avec] l'idéal, le prototype idéal, bien, il est en face, et puis il ne l'a pas atteint – [...] Alors, faire quelque chose de médical ou de paramédical, en dehors? Non. J'ai dit : « je m'éloigne, mais je m'éloigne et j'oublie ça. J'ai fait mon deuil... » Parce que c'est un deuil à faire.

Donc, à la suite d'une réorientation professionnelle inaboutie, Sayed prend la décision de tenter sa chance pour redevenir médecin. C'est par l'intermédiaire d'une rencontre fortuite, « vraiment purement accidentelle », que l'éventualité de redevenir médecin naît. La rencontre avec cette médecin DIM, de Cuba, est un point tournant. De là, son objectif professionnel et les étapes à entreprendre prirent forme. Cela s'est passé durant sa première année d'établissement au Québec, et les économies ont fondu. Durant cette période « noire », il a dû demander de l'aide sociale du gouvernement, et par la suite, occuper des emplois non spécialisés afin de couvrir les coûts des examens du Collège : « il fallait faire du n'importe quoi parce que j'avais décidé de préparer les examens et il fallait payer pour ça; ce n'était pas donné ». Il résume cette période : « Ça été progressif, en fait : la première année, bien, on vivait de nos ressources, la deuxième année c'était l'année noire, la troisième année, ça a remonté ». Voici un extrait portant sur cette année difficile, où il a reçu de l'aide sociale d'Emploi-Québec, certes, mais aussi, encore une fois, un discours de deuil professionnel quant à la médecine et une pression à travailler coûte que coûte :

Mais Emploi-Québec, moi je ne cache pas qu'il y a un moment où j'ai failli mourir de faim, moi et ma famille. Alors on est arrivés avec des fonds, et les fonds sont partis, puis on a été les voir... Bon, bref, on nous a aidés pendant quelques semaines, quelques mois. Et puis un jour on dit [un conseiller d'Emploi-Québec] : « Viens donc, toi. Écoute, c'est quoi ta job? C'est quoi ta... » Je dis : « Je suis médecin. » « Oublie ça! » « Ah, bien je sais, j'ai oublié ça. » [...] Puis moi, j'en ai eu marre parce qu'elle m'appelait tout les jours : « Alors, la job? » - « Alors quoi, la job? » Et puis un jour, je leur ai dit : « je m'en fous, moi ». Alors, c'est là que j'ai été prendre des cartons. J'ai dit : « j'en ai marre ». J'ai fait : « On embauche? » On m'a dit oui. J'ai dit : « C'est quoi le travail? » On m'a dit : « Du travail physique. Êtes-vous capable? » « Oui, je suis capable. Qu'est-ce qu'il faut faire? » « Prendre des cartons »; bien je suis allé prendre des cartons! Puis c'est tout. Et je ne suis pas mort. Et je n'ai pas honte de le dire, au contraire : j'en suis fier.

Il ajoute que pendant ces périodes de recherche d'emplois non spécialisés, il a « appris à ne pas dire » qu'il est médecin, pour ne pas lui nuire étant donné que des employeurs l'ont déjà écarté pour cela. Il nous relate une de ses expériences :

Je me rappelle, j'ai appris à ne pas dire que j'étais médecin parce qu'on ne me prenait JAMAIS. « Bonjour, vous venez... » « Oui, je viens d'arriver et je cherche un job. » « Pour? » « Pour payer des examens. » « Quels examens? » Je dis : « Médecine. » « Vous êtes médecin? Écoutez... » Et puis là, il change de ton, en disant : « mmmm. OK, on va prendre votre nom et on vous rappelle si on a besoin. » Et je n'ai jamais été rappelé. Alors je me dis : je ne dirai pas que je suis médecin; et là on me prenait.

C'est donc à la troisième année que leur situation commence à s'améliorer. Sa conjointe, qui était enseignante à l'université en Algérie, décide également d'entreprendre une formation. « Et elle s'est dit : "[...] Toi tu retournes aux études, bien moi aussi!". Sa conjointe a complété un diplôme d'études supérieures connexe à sa profession et a commencé à travailler plus tôt que lui. Cette stratégie familiale leur permet un meilleur revenu à court et moyen terme. « Quand ma femme a commencé à étudier, elle a été boursière [aide financière aux études du ministère de l'Éducation]; on vivait de ça. Je suis très reconnaissant pour ça. Ensuite elle était en stage, elle a aussi été payée un peu plus, et elle a fini, plus... Là c'est fini; on est sortis du trou noir ». Il précise qu'elle « adore sa profession », même si au début « on maudit le monde parce qu'on se dit qu'on n'a pas de chance. Mais après, on comprend beaucoup de choses ». Cette relativisation de leur vécu, lorsqu'ils se comparent à d'autres personnes immigrantes vivant des défis similaires, est commune auprès des DIM rencontrés.

Durant cette période, il s'est dédié à l'étude des examens du Collège des médecins. Dans son cas, il n'a eu qu'un bref contact avec une association de DIM et a préféré étudier de

façon autonome à travers des groupes d'études informels. Ces groupes sont constitués de DIM croisés à différentes occasions, à la bibliothèque en particulier, et avec qui il partage des affinités communes.

On étudiait tellement qu'on était devenus des rats de bibliothèque et on finissait par être connus par la secrétaire du matin, du midi, du soir, par l'agent de sécurité; ils te parlaient : « Hé, t'es encore là, toi! Va te reposer! » [...] Si c'est quelqu'un qui fait la guerre, moi il ne m'intéresse pas. Je ne veux pas faire la guerre, je veux étudier, je veux avancer. Et souvent, oui, quand on a les mêmes intérêts, bien oui, on travaille ensemble. [...] Forcément, quand on rencontre quelqu'un qui pense la même chose, bien, on s'attire, on travaille ensemble. Ce sont des rencontres qui sont fortuites... peut-être qu'elles sont fortuites, mais dans un cadre quand même très limité... la bibliothèque de la santé de Montréal, il n'y en a qu'une seule à Montréal! Ils ont une richesse extraordinaire et il n'y a pas de limites : on peut prendre les livres qu'on veut. Et en même temps, parfois, ça arrive qu'on discute avec des étudiants qui sont au cursus normal; [mais] on n'a pas eu beaucoup d'aide de ceux-là...

Sayed s'est ainsi créé graduellement un réseau d'entraide de DIM de toutes origines, rencontrés à Montréal. Par la suite, une fois les examens du Collège complétés avec succès, il postule pour la résidence en médecine familiale (en continuité de sa pratique professionnelle prémigratoire). L'entrevue de sélection pour la résidence a été pour lui aussi un moment fort, générateur d'anxiété. Cet extrait relève cette anxiété, mais aussi la compartimentation des responsabilités entre les instances au cours du processus de reconnaissance professionnelle comme médecin.

Alors déjà, après avoir réussi les examens, le Collège a dit : « Oui, nous on reconnaît votre diplôme. Vous avez le droit d'aller postuler aux universités, puis nous on n'a rien à voir là-dedans : ce sont les universités qui DÉCIDENT. » Alors tout le monde postulait dans les trois universités du Québec. Alors j'ai postulé et j'ai fait des entrevues aux trois universités, en sachant qu'elles pouvaient me rejeter toutes ou bien m'accepter [...]. Donc il y avait toujours cette anxiété-là, hein! [...] Mais, même maintenant, les gens en parlent : on a réussi et puis les universités ne veulent pas nous prendre. Les universités sont autonomes, elles ont le droit d'accepter ou de refuser. Puis le Collège qui relance à chaque fois : « moi, je suis là pour valider un diplôme, donner une équivalence, mais ce n'est pas moi qui m'occupe de l'enseignement pour le doctorat. Donc ce sont les universités ». Alors oui, il y avait encore de l'anxiété, oui, il y avait de la pression, et puis même si on allait être acceptés, est-ce que ça allait être à Montréal? Est-ce que ça allait être à Sherbrooke? À Québec? Je m'en fous, moi, si on m'emène au bout du monde! Je m'en fous! On a des enfants, c'est sûr, mais les enfants on peut les prendre avec nous. On peut s'en séparer pour un temps et revenir. Moi, on m'a pris à Montréal; pour moi, c'était le cadeau du ciel : je n'en revenais pas, j'étais content, et les enfants et ma femme étaient contents.

Sayed a un parcours du combattant, certes, mais sans « faire de vague », en respectant les règles, en ne remettant pas en cause le processus de reconnaissance en tant que tel. Il nous signifie qu'il ne souhaite pas militer, seulement se concentrer sur les étapes à réussir : « c'est un ordre préétabli : ça fonctionne comme ça, c'est comme ça; on l'accepte ou on ne l'accepte pas! On l'accepte, bien, on se met à respecter les procédures. Ou bien on ne l'accepte pas; ça veut dire qu'on veut faire le *politicizing*; je ne suis pas formé pour être politicien ».

Pour cela, il importe selon lui de faire montre d'humilité, de travailler fort et de se remettre dans la peau d'un étudiant durant la résidence. Par exemple, lorsqu'il était en résidence en médecine, il a reçu des appels d'autres DIM moins avancés dans le processus, il raconte ce moment et ce qui leur a conseillé :

« Hé-Hé! Moi, tu ne me connais pas, mais moi je te connais, tu es mon idole parce que bravo tu es passé; je suis derrière toi, qu'est-ce que tu me conseilles? » Bien en gros, en gros, le son de cloche, c'est : tu travailles, et tu travailles fort. Tu travailles TRÈS fort et tu vas réussir. On ne te fera aucun cadeau; mais travaille fort, tu vas réussir. Oui. Puis en contrepartie, tu ne seras pas... il n'y aura pas d'injustices. Si tu ne fous rien, on te jette dehors. C'est ça. Alors bien on a travaillé et on a étudié. Tu dois travailler encore PLUS FORT que les autres. Tu es moins bon que les autres? Ce n'est pas que tu es moins bon que les autres : tu ne penses pas comme les autres. Tu as eu un cursus qui a été fait dans des endroits différents, tu es formé pour travailler ailleurs; et maintenant on va te former pour travailler ici. Es-tu d'accord? Alors il y en a qui se sont mis d'emblée... qui se sont remis dans la peau de l'étudiant et ça a bien fonctionné. Et il y en a qui ont eu de la difficulté; ça n'a pas fonctionné. C'est-à-dire, parce que souvent les patrons – on appelle patrons les enseignants – les patrons sont plus jeunes que nous, souvent, souvent plus jeunes. Alors il y a comme... il y a comme une mauvaise... comment je pourrais appeler ça? Il y a comme une dignité qui est mal placée; on dit : « quand même, il est plus jeune que moi et il va m'expliquer... » Bien oui! Il va m'expliquer des choses que je ne connais pas! Alors il y en a toujours des « je sais, je sais, je sais », puis « moi, d'habitude, je fais ça; moi, d'habitude... » Mais ça ne fonctionne pas! Quand on est rendu étudiant, il faut se remettre dans la peau de l'étudiant!

Au cours de l'entrevue, la question de la discrimination est un sujet évacué ou traité de façon indirecte par Sayed. Le fait d'être « modelable » comme DIM, le respect des normes et « travailler fort » sont mis de l'avant, tandis que le fait qu'il ait réussi l'ensemble du processus le cautionne et l'écarte de remarques qui pourraient remettre en cause son statut.

Parce qu'un jour, il y en a un qui me l'a dit [un résident « québécois »]; il dit : « Vous autres, vous venez, vous prenez nos postes. » J'ai dit : « Même si je viens et que je prends TON poste, c'est parce que je le mérite. Parce que j'ai passé les mêmes examens que toi, parce que j'ai eu les mêmes entrevues que toi; ils t'ont pris pareil? Pourquoi, alors, ces remarques-là? Ils n'ont pas pris ton ami, ton collègue parce que

je suis meilleur que lui. » Puis là, moi je vois que le processus de sélection, ça m'aide, parce que si j'étais passé comme ça d'office, ce reproche-là, ça m'aurait fait mal. Donc oui, je passe le processus, mais une fois passé, c'est fini, on me reconnaît, je suis comme tout le monde!

Sayed est aujourd'hui médecin. Dès la fin de sa résidence, il s'est fait proposer un poste. Il a aussi des mandats ponctuels d'enseignement comme chargé de cours pour des résidents en médecine et il valorise toujours autant la formation continue (qu'il poursuit pour rester à jour). Il occupe un poste qui lui permet d'avoir un horaire de travail qui lui plaît. À la question « avec le recul, comment vous voyez le parcours que vous avez eu? », il répond :

Bien... (aspire). Comment je le vois... Bien, ç'a été crescendo tout le temps! Je suis monté... épuisant! Oui, ça m'a pris, quand même, un petit peu de temps pour reprendre mon souffle. Puis j'ai grandi. J'ai grandi. Je suis plus mature, je suis plus mûr, plus habilité à travailler dans un endroit où je suis formé POUR. Et j'en suis fier. Maintenant on me dit : « Vous êtes formé où? », et en plaisantant je dis : « Moi, je suis deux fois docteur! » [...] Moi je vais prendre ma retraite ici. Prendre ma retraite ici et je vais rester ici. Moi je ne retournerai plus. La situation de violence dont je parlais tout à l'heure, ça s'est replacé, donc c'est redevenu plus vivable. Mais c'est trop tard! Je suis déraciné; je ne peux plus pratiquer là-bas. Je ne peux plus. Et j'ai acquis de nouvelles normes de pratique que j'aime bien, je me suis refait un environnement, que ce soit au niveau du travail ou au niveau personnel... et je vais déstabiliser définitivement mes enfants si je retourne. C'est fini. On peut déraciner peut-être un arbre une fois, le replanter et ça va coller, mais si on le déplace trop souvent... Non, moi je ne retournerai pas. Non.

3.5 Récits. Les réorientations professionnelles : Didace et Carmen

3.5.1. La responsabilité familiale et le choix de carrière ambigu : Didace

Profil et moments clés

- Diplômé : République démocratique du Congo
- Situation professionnelle :
 - poste en République démocratique du Congo (RDC) : plus de 5 ans d'expérience comme médecin omnipraticien
 - poste au Québec : réorienté poste niveau technique en santé clinique (début son stage, moins d'un an avant la fin de son diplôme d'études collégiales [DEC] technique)
- Situation familiale : conjointe et enfants (nés au Québec)
- Âge au moment de l'entrevue : fin quarantaine
- Immigration : projet migratoire non planifié, a quitté pour sa sécurité comme réfugié (2002)
- Retour envisagé? Non
- Trajectoire : RDC poste médecin omnipraticien (jusqu'à 2002); au Québec : aide sociale du gouvernement; ensuite emplois non spécialisés (pour survie et pour parrainer sa conjointe); enseignant aux préposés aux bénéficiaires dans école privée (2003-2006); étudiant DEC général en sciences (2007-2008); DEC technique sciences de la santé (depuis 2009-fin 2012); sa conjointe entame aussi DEC (2010; les deux reçoivent prêts et bourse du Ministère de l'Éducation). Il considère sa trajectoire bloquée comme médecin. Pour sa réorientation : choix d'un emploi qui soit rattaché à son domaine et puisse faire vivre dignement sa famille
- Durée du processus : N/A. Réorientation en cours (arrivé depuis 9 ans, ne se sent pas encore « confortable » au plan professionnel)
- Date de l'entrevue : 2011, entrevue # 29, durée 1h55. Lieu de l'entrevue : dans un café à Montréal

Récit et trajectoire professionnelle de Didace

Ce sont les professeurs de Didace qui l'ont orienté vers la profession médicale durant ses études, en raison de ses capacités intellectuelles. La médecine n'était pas un choix à proprement parler, mais la profession est vite devenue une vocation, centrée sur des valeurs d'entraide. Didace est profondément empreint par la dimension humaine de la médecine.

Je n'ai pas étudié pour l'argent, mais j'ai étudié pour rendre service à ma communauté comme missionnaire d'abord et ensuite en cours de route j'ai dû quitter le milieu missionnaire, mais l'esprit est resté. Et quand tu as travaillé pour ta communauté [...] C'est ça en fait... qui était très important pour moi, plutôt que l'argent. Et on a été formé pour ça. Et on a travaillé dans cet esprit-là, au point en fait que pour moi la médecine c'était un service... aux autres... Ce n'était pas vraiment pour me regarder par rapport à mes intérêts personnels... c'est sûr qu'il y avait de la dignité là-dedans, il y avait de l'HONNEUR là-dedans... [...] on était heureux de donner.

Il travaille plus de cinq ans comme médecin, avant d'être obligé de fuir le pays, pour sa sécurité. Il arrive à Montréal dans un monde où tout lui paraît différent. Didace s'attend à vivre une période

d'acclimations et d'adaptation, mais non au message qu'il reçoit du conseiller en immigration, un choc pour lui. Il nous en parle, neuf ans plus tard, avec encore beaucoup d'émotions.

Et alors, sitôt je suis arrivé à Montréal, d'abord comme réfugié, déjà l'immigration m'a fait remplir un formulaire [la déclaration du médecin DHCEU] comme quoi « c'est dommage, tu es médecin, mais on veut être clair avec toi... tu dois savoir, signer ce papier-là, que tu ne vas pas travailler comme médecin chez-nous. Et que si cela peut être possible, il faut aller refaire les études de premier cycle à l'université... » [non verbal, bouche bée]. Oui! « De premier cycle à l'université et même là, on ne donne aucune garantie qu'on peut vous inscrire dans ce programme de premier cycle. » C'est un document officiel que j'ai dû remplir à l'immigration. Et ça a mis presque une pierre dans ma tête. Tu comprends? On t'accueille, on est d'accord que tu sois protégé, mais ne pense vraiment pas à ce programme-là. C'était ça le message. Mais... quand on devait chercher une sécurité peut-être physique, a priori on l'accepte, alors qu'on devrait embrasser d'autres insécurités psychologiques, morales, et tout ça, déjà, vous comprenez, ce n'est pas évident. [...] Il fallait signer ce document-là. Et c'est parce que quand on sait que c'est difficile d'aller dans ce secteur-là, je pense que c'est une décision qui était déjà prise. Sinon, déjà c'était vraiment... une note officielle, un document officiel, pour moi il y avait déjà un peu une sorte de décision qui était là, et qu'il fallait faire respecter à ceux qui venaient avec la formation de médecin.

Cette fermeture en amont de son futur professionnel comme médecin étouffe toute ambition d'amorcer des démarches pour redevenir médecin au Québec. Le fait qu'il s'agisse d'un message véhiculé par une instance officielle, par un représentant du gouvernement, est d'autant plus percutant. « C'est un document officiel. Du moment que j'arrive, j'amène des qualités que je peux peut-être, avec l'aide de la société d'accueil, valoriser au service de la communauté... *a priori*, comme ça, signer un document... donc je me suis dit : "il y a un mur, il y a un mur là-dessus" ». Cette fermeture venant d'une institution officielle couplée aux coûts relatifs aux examens du Collège ainsi que l'absence de soutien institutionnalisé durant cette période préparatoire font que Didace n'a jamais même ouvert un dossier auprès du Collège. Il aurait souhaité l'existence d'une aide financière aux études, des prêts et bourses par exemple, pour appuyer les DIM durant la préparation des examens du Collège. En effet, cette période préparatoire, dont la durée est d'au minimum deux années, est critique. Le DIM n'a accès à aucune ressource financière et n'a aucun statut particulier, jusqu'à l'obtention de son statut de résident en médecine où il bénéficie d'une rémunération. Didace fait le parallèle avec un programme s'adressant aux ingénieurs diplômés à l'étranger, un certificat universitaire leur permettant de s'actualiser et de se préparer aux examens de leur ordre

professionnel)²³ : « S'ils veulent aller à l'université, il y a [...] Polytechnique et tout ça qui les encadre, et tout ça avec une subvention gouvernementale. Et pourquoi on ne peut pas faire pareil pour les médecins? »

Ses expériences auprès de représentants officiels sont en conséquence mitigées. Or, il pourrait aussi avoir côtoyé, à l'instar d'autres répondants rencontrés dans le cadre de cette enquête, des pairs DIM qui l'orientent de façon distincte. De fait, selon ce qu'il nous fait part, il a connu d'autres médecins diplômés à l'étranger qui partageaient des réalités similaires aux siennes, mais « qui se sont vraiment battus » pour travailler comme médecin. Pour Didace, ce n'était pas une option. D'une part, pour la grande incertitude entourant les résultats qui « mettait la famille dans un programme presque incertain » et d'autre part, parce qu'il n'a jamais considéré la médecine comme une « conquête sur le plan social, sur le plan de la promotion sociale », alors pourquoi s'évertuer dans cette voie?

je l'avais fait dans le but vraiment, dans l'idéal de me rendre utile, de servir la communauté... je n'ai pas compris pourquoi je devrais livrer une bataille de rue, pour travailler comme médecin, là où il fallait simplement se former ou me dire : « voilà le chemin clair à suivre, objectif à suivre pour au moins, si vous tenez encore à exercer, exercer alors correctement, comme les autres collègues ici ». Donc c'est... ce qui fait que ... personnellement, je n'ai pas fait le chemin que certains collègues ont souffert. C'est sûr que quelques-uns parmi eux, quelques rares, se sont quand même démarqués, et... j'en connais deux ou trois qui travaillent ici... dans ce contexte, qui se sont battu sérieusement... de grands sacrifices je dois dire...

Par ailleurs, sa situation personnelle et sa précarité économique le placent dans une situation d'autant plus défavorable. Sur l'assistance sociale, il n'a pas les moyens de payer le coût des examens. En plus de cela, sa conjointe est toujours au pays d'origine et pour la parrainer, les règles d'immigration stipulent qu'il ait un certain niveau de revenu²⁴.

J'avais d'abord laissé une famille au pays, et puis je devais travailler un peu pour les faire venir ici. D'abord être accepté comme réfugié, et puis les parrainer et puis... Parrainer donc, pendant tout ce temps il fallait prouver qu'on travaille, qu'on est

²³ Le CITIM, organisme communautaire dont la mission est de contribuer à l'intégration socioprofessionnelle de nouveaux arrivants, agissait à titre de coordinateur de ce programme : « Depuis 2004, le programme d'intégration des diplômés en génie de l'étranger, en collaboration avec Polytechnique Montréal, l'OIQ [l'Ordre des ingénieurs du Québec] et avec le soutien financier d'Emploi-Québec [...] propose chaque année à près de 150 immigrants diplômés en génie de suivre un certificat universitaire à l'École Polytechnique. » (CITIM 2015)

²⁴ À titre d'illustration, en 2014 au Québec, une personne souhaitant parrainer un conjoint doit avoir un revenu minimum annuel d'environ 38 000 \$ (MIDI 2014e). Noter qu'une personne travaillant à temps plein au salaire minimum a un salaire d'au plus 20 000\$/année.

capable de faire venir... Donc c'était vraiment assez dur... assez... on s'est dit « on va faire n'importe quoi ».

C'est durant cette période qu'il travaille comme ouvrier agricole dans une ferme et comme employé non spécialisé dans « des entrepôts d'habillement ». « Parce que j'avais une famille à aider » explique-t-il. Après, suite à un contact dans une école privée, il occupe un poste de professeur au sein d'un programme en vue de former des préposés aux bénéficiaires. Ce poste est certes près de ses compétences. Il a d'ailleurs été embauché parce qu'il est médecin. Cela lui apporte le sentiment de « donner à la communauté » et d'être « utile ». Néanmoins, il ne se sent pas reconnu, il se sent précarisé et exploité, « pas de contrat de travail, on te paie au jour travaillé, à l'heure. [...] on te donne 12\$/h ou 15\$/h pour former des gens qui vont travailler pour 15\$/h... aucun avantage. » Par ailleurs, il y enseigne à d'autres DIM qui se réorientent comme préposé aux bénéficiaires et l'expérience le laisse meurtri :

ça me fait tellement mal. Des gens hyper spécialisés, et qui vont venir faire un cours de préposé parce qu'il n'y a pas un créneau à côté... pour dire, « vous ne pouvez pas travailler comme médecin, mais au moins faites ça, vous comme médecin, vous pouvez travailler comme infirmier, comme je ne sais pas quoi.

Il occupe cet emploi d'enseignant à statut précaire trois années. Cela lui procure tout de même une certaine stabilité, mais il vise mieux. Cet emploi transitoire s'est avéré un élément déclencheur qui l'incita à poursuivre ses études afin d'acquérir une meilleure reconnaissance professionnelle.

Vous comprenez qu'à un moment donné, je ne pouvais pas le prendre comme un job respectable. Mais au moins, pour faire survivre la famille et commencer, continuer à réfléchir à faire quelque chose d'autre. C'est ce que je suis en train de faire là [cf. son DEC technique en santé]. Il n'y a pas une dignité qu'on nous reconnaît ici. Aucune dignité. Tant que tu ne fais pas une formation ici, [que] tu n'as pas un papier d'ici, tu ne trouves pas un travail acceptable ici... tu vas mourir misérable avec ton diplôme [étranger] puis ton background. Très très misérable.

Il décide d'entreprendre un diplôme d'études collégiales (DEC) en sciences générales, pour ensuite viser l'université (et faire des demandes d'admission en médecine et en sciences infirmières). Après deux années d'études fructueuses et d'excellents résultats lors de son DEC général en sciences, il apprend à ses dépens que les départements de médecine et de sciences infirmières demandent de toute façon ses notes en médecine. Suite à des démarches coûteuses en énergie, temps et argent (il fait venir ses notes de la République démocratique du Congo), il reçoit la nouvelle de son refus. En effet, malgré d'excellentes

notes au DEC; on tient plutôt compte de ses évaluations pour son diplôme en médecine, avec des standards d'évaluation différents, où selon ce qu'il nous rapporte, en République démocratique du Congo des notes de 70 % « donnent une distinction ».

Ce sont des critères de performance, mais qui ne sont pas identiques aux critères de performance d'ici. Alors, chercher à ce qu'on termine un diplôme avec une note de 85, 90 ou 95 %, ça n'existe pas dans ces universités là-bas [en RDC]. Parce qu'ils n'ont pas la même façon d'évaluer qu'ici [au Québec]. Et je me suis quand même dépensé pour faire venir ces notes, je les ai introduites pour me faire dire « non, le dossier est faible ou moyen, avec ces notes que vous avez dans votre pays, on ne peut pas vous inscrire dans la faculté de médecine ». [...] Donc j'ai trouvé que ce n'est... pas fait pour nous aider à avancer.

Bref. Ses essais pour entrer à l'université et sa méconnaissance des codes l'amènent à considérer ces blocages incompréhensibles comme du rejet. « On est un peu comme rejeté. Le sentiment qu'on a, moi, c'est que par rapport à ce qu'on a fait [avant], ce qu'on est en train de nous dire c'est : "non, pour nous c'est des déchets. On ne peut vraiment pas... vous accorder une place, une importance..." » Didace doit faire un choix à ce moment, il est à un carrefour décisionnel. Il envisage alors un DEC technique. Ses critères en termes de choix professionnels sont l'assurance d'obtenir un emploi suite à sa formation, la stabilité et la sécurité, un emploi qui fasse vivre dignement la famille et qui lui permette de rester dans le secteur de la santé. Ajoutons que dans son entourage, il a plusieurs amis qui ont fait des baccalauréats universitaires et des maîtrises et « qui sont revenus au collège pour refaire [un DEC technique en santé] parce que dans le marché du travail c'est assez fermé ». Il résume la situation avec une pointe de dérision : « À quoi ça sert d'aller chercher une maîtrise lorsqu'on va toujours vous regarder comme un extraterrestre? » En raison de ses responsabilités familiales (il a maintenant deux enfants nés au Québec, avec sa conjointe qu'il a finalement pu parrainer), il priorise des perspectives professionnelles offrant une sécurité d'emploi. Il opte pour un DEC technique : « parce que là je suis sûr que dès que j'aurai fini, j'aurai un job ». C'est à ce moment qu'il va à la rencontre d'un conseiller pédagogique à son cégep.

Je suis allé voir mon API [aide pédagogique individuelle au cégep], je lui ai dit « écoute, voilà la situation... je recherche un programme, est-ce qu'il y a un programme technique, qui peut me permettre de trouver facilement du travail? ». Il a dit « ici en tout cas, le meilleur programme c'est celui-là... Pour vous, par rapport à votre situation ». Et je ne suis pas mécontent d'y rester. Et je crois... je vais donner le peu que je peux donner à la communauté qui m'a accueilli. Parce que si je ne peux pas le donner comme médecin, donc... au moins que je me rende utile à la

communauté, mais aussi au sein de ma propre petite famille. Plutôt que d'errer dans la nature là. Au moins, j'ai trouvé ce petit compromis dans un premier temps. Au moins je VEUX entrer dans cette société comme... un travailleur, plus ou moins qualifié, plutôt que rester comme quelqu'un de non qualifié, et... Avec tout ce que j'ai investi dans ma vie là... je crois que, vous ne devez peut-être pas trop comprendre ce qu'on vit, mais, c'est ... c'est très très dur, très douloureux. Pour peu qu'on s'arrête, qu'on y pense, qu'on réfléchit, on se dit... « Je suis heureux qu'on m'ait reçu, qu'on m'ait donné quand même une protection, j'aurais été davantage heureux qu'on m'ait montré qu'il est possible de... je dirais de recycler cette formation [de médecin] honorablement et selon les [disponibilités] de la communauté ». Mais c'est ça. Je ne peux pas forcer les choses.

Pendant ses études, il met à profit ses connaissances de base, pour apprendre de nouvelles choses, extérieures au champ de compétences d'un médecin. Il valorise et apprécie ce nouveau rôle comme technicien, qu'il caractérise comme précis et rigoureux. Par ailleurs, il côtoie durant son cursus d'autres médecins DIM, ce qui l'amène à relativiser sa position et sa trajectoire professionnelle, les embûches qu'il a rencontrées au Québec.

Et où je fais ce programme [domaine connexe - santé], je suis avec des collègues médecins de la Russie, du Liban et même de la Chine, un peu comme ça de ces pays orientaux, ils font ce que je fais... et ça, ça me console aussi un peu... on solidarise en se disant, on a fait ça, je suis pas seul au moins, vous êtes là. On se soutient, on se soutient. [...] C'est là que je comprends que c'est une réalité qui me dépasse, qui est, qui va au-delà de mes préoccupations personnelles. C'est vraiment un problème de société, malheureusement, que personne ne veut prendre en charge, que personne ne veut gérer.

Entre-temps, les enfants sont nés et grandissent. Sa conjointe entame elle aussi un DEC en 2010. Ce qui leur permet à tous deux de recevoir une aide financière aux études (prêts et bourses du ministère de l'Éducation) et d'améliorer leurs conditions d'existence même si le niveau de vie est maintenu « au minimum ». Didace se considère toujours dans la précarité, mais il entrevoit un futur meilleur, il garde espoir que leur situation s'améliore au cours de la prochaine année.

Nous avons appris à vivre avec le minimum possible, sans nous laisser déprimer. On fait un effort pour ça. [...] Mais, on se dit, c'est pour un temps, maintenant qu'ils sont jeunes [les enfants], ils ne comprennent pas encore trop ce que c'est la richesse et l'argent, nous pouvons nous sacrifier pour faire ce qu'on fait. [...] On dit, au moins tout ce qu'on a de meilleurs, ce sont vous autres [les enfants]. Donc. On ne peut rien, on n'a rien. C'est tout ce qu'on a.

En définitive, Didace a eu un parcours plutôt solitaire. Il a consulté plusieurs ressources officielles, mais n'a pas eu de personnes clés lui permettant de s'orienter ou de comprendre

les codes ou le fonctionnement du milieu. Lorsqu'il a consulté un conseiller dans un cégep, il avait déjà une idée claire de ce qu'il recherchait. Les responsabilités familiales ont grandement guidé ses choix professionnels, visant la stabilité financière et la poursuite d'un emploi dans un champ connexe à la santé. Ajoutons que la précarité économique a également limité ses possibilités de démarches liées à la requalification en début d'établissement. Quant aux personnes significatives qui l'ont appuyé au cours de sa trajectoire professionnelle, les liens de proximité sont les plus significatifs.

Vraiment, des personnes clés, je ne peux pas vous dire que [j'en ai eues] vraiment autour de moi, à part ma petite famille, on se console nous deux, à la maison, avec les enfants. Je ne peux pas croire qu'il y a quelqu'un qui m'a donné un coup de pouce dans ce sens-là. Parce que mes collègues médecins, on est dans la même situation. On est toujours dans les mêmes... préoccupations.

Pour terminer, les propos de Didace reflètent un rapport ambigu à la médecine et à sa nouvelle profession. Il insiste sur le fait que sa nouvelle profession est honorable, mais il n'a jamais atteint un moment où « il s'est senti confortable » ou à l'aise dans sa nouvelle société, et ce, même après 10 ans de vie au Québec. « Je dois dire sincèrement, qu'à aucun moment », répond-il laconiquement. Lors de l'entretien, il exprime à divers moments « Je suis médecin » (si je reviens en République démocratique du Congo) et à d'autres « j'espère faire mon deuil » ou « je ne rêve plus ». Il espère vivre dans la dignité, avoir le sentiment que la société l'accueille.

Est-ce que... il y aurait une porte pour travailler comme médecin... je... ne suis plus trop passionné dans le sens, parce que je ne veux pas continuer à rêver. Mais... je veux programmer ma vie, avec des choses réalisables, réalisables. C'est un peu comme ça que je me regarde aujourd'hui. Parce que je peux faire mieux, mais trouver les ressources, c'est ça le problème, c'est ça le problème.

[...]

Je ne suis pas inquiet pour, au moins, au moins quant à trouver un minimum pour la famille. Je ne suis plus inquiet. Je crois que le pire est derrière nous. Au moins socialement on peut avoir le minimum pour vivre. Et quant à s'intégrer comme médecin, c'est une autre question. C'est sûr qu'il ne faut jamais arrêter de rêver. Mais... le fait est que je ne peux pas. Mais je suis médecin! Parce qu'il suffit que je décide de retourner [en République démocratique du Congo], je vais le faire, je vais l'exercer.

3.5.2 Travailler dans un milieu professionnel stimulant : Carmen

Profil et moments clés

- Diplômée : du Venezuela
- Situation professionnelle :
 - poste au Venezuela : plus de 5 ans d'expérience comme médecin omnipraticien, spécialisée en santé publique²⁵
 - poste au Québec : réorientée poste niveau universitaire – conseillère en santé publique
- Situation familiale : conjoint et enfants
- Âge au moment de l'entrevue : quarantaine
- Immigration : résidence permanente (2001) (immigration sélectionnée); motif : insécurité au Venezuela, pour la famille
- Retour envisagé? Pas explicitement un projet, mais pas exclu non plus. Lorsque les recherches d'emploi de son conjoint ne débloquaient pas, migration envisagée en Alberta ou aux États-Unis (son conjoint a une sœur aux États-Unis).
- Trajectoire : Venezuela poste médecin omnipraticien, spécialisée en santé publique, expérience de plus de 5 ans (jusqu'à 2001). Au Québec : cours de français (2001); à la fin de ses cours, choc quant à l'exploration du marché du travail (niveau technique), l'incite à s'inscrire à l'université; études de maîtrise en santé publique (2002-2004); emploi comme conseillère en santé publique (poste niveau universitaire, santé non clinique, 2003 à 2006); entame examens du Collège des médecins, mais renonce (2004); changement de poste (mobilité professionnelle) (2007 à aujourd'hui); elle considère sa pratique professionnelle en continuité de la médecine
- Durée du processus : N/A. Réorientée (poste dans secteur connexe, niveau universitaire, environ 3 ans suite à son arrivée. Elle s'est sentie « confortable » 6 ans après son arrivée, lors de l'obtention de son second poste en 2007)
- Date de l'entrevue : 2010, entrevue # 16, durée 2h30. Lieu de l'entrevue : à son domicile en banlieue de Montréal (Entrevue menée en français et en espagnol, les verbatims en espagnol sont traduits).

Récit et trajectoire professionnelle de Carmen

La décision de Carmen de devenir médecin s'est prise naturellement, elle aimait la biologie et le sentiment de pouvoir aider les autres. Elle pensait initialement à l'architecture, mais comme le programme ne se donnait pas dans sa ville, elle s'est inscrite en médecine. À la fin de ses études, les nouveaux diplômés au Venezuela doivent travailler en région rurale. Dans son cas, elle a trouvé une situation idéale, à 1h30 de sa maison, elle pratique la médecine dans un petit village avec un horaire de jour très accommodant pour sa situation familiale. « J'avais un enfant et... mon mari me disait toujours que "non, non, non, ne fais pas de garde" ». Suite à cette année de contrepartie pour son diplôme en médecine, elle travaille dans un service médical. C'est là qu'elle réalise qu'elle adore la santé publique, et elle décide

²⁵ La spécialisation de la répondante a été modifiée par une autre comparable, afin de faciliter la lecture, mais préserver la confidentialité.

de compléter une maîtrise dans ce domaine, au Venezuela. À la fin de ses études universitaires de second cycle, elle obtient un poste dans une autre grande institution. Sa spécialisation en santé publique lui a permis de trouver des conditions de travail qui autorise une conciliation travail-famille avantageuse, avec un horaire stable de jour (elle a maintenant 3 enfants). Le fait de ne pas travailler en milieu hospitalier, avec les gardes de jour ou de nuit, et parfois l'incertitude des horaires est un avantage pour elle. D'ailleurs, elle s'imaginait un temps devenir chirurgienne, mais le projet a été évacué en raison de ces contraintes. Finalement, elle travaille six années comme médecin au Venezuela et nous signifie que : « évidemment que je voulais être médecin toute ma vie, mais dans le domaine de la [santé publique] ».

C'est en 1999 que le couple prend la décision d'émigrer, en raison de la situation d'insécurité grandissante au Venezuela. « Avec trois enfants, on s'est dit, regarde... on s'en va d'ici! » Son conjoint, qui est ingénieur, a travaillé plusieurs années pour une compagnie québécoise établie au Venezuela. Son conjoint connaissait déjà le Québec, ils ont fait les démarches d'immigration auprès de l'ambassade et dix-huit mois plus tard, ils ont obtenu leur entrevue et leur résidence permanente. À l'instar des autres répondants, son entrevue à l'ambassade canadienne et le message pessimiste véhiculé par le conseiller ont marqué Carmen.

ç'a été un choc parce que quand on est arrivé à l'entrevue, mon mari et moi, l'agent... il a dit à mon mari : « regardez, vous êtes ingénieur, même si vous ne parlez pas français, comme vous parlez anglais, c'est sûr que vous allez trouver du travail rapidement. Vous, comme médecin, c'est presque impossible que vous travailliez comme médecin là-bas ». En plus, ils m'ont fait signer une lettre où ils m'informaient que ça serait impossible que je travaille comme médecin. Alors quand je suis arrivée ici [au Québec], je suis arrivée avec cette vision-là, cette idée que je ne pourrais pas travailler comme médecin ici.

Ainsi, lorsque Carmen se prépare à migrer, elle ne fait aucune démarche pour s'informer des conditions de pratique de la médecine au Québec (l'ambassade ne leur a pas non plus donné d'informations en ce sens), elle ne connaît alors aucun médecin DIM au Québec et n'a aucune idée du fonctionnement du système de santé dans la province. Elle n'a de contact qu'avec le collègue québécois de son conjoint, dans le milieu du génie, leur « idée principale est de sortir du pays, et de voir quand ils arriveront comment ils s'organiseront ».

Ils immigrèrent au Québec en 2001, Carmen et son conjoint entament alors des cours de français (Carmen a une base, elle a étudié le français avant de migrer). Elle nous dira que tous les étudiants de son groupe sont des professionnels, des universitaires de différents

pays. À la fin des cours de français, lorsqu'est venu le temps de discuter du marché du travail au Québec, c'est là qu'elle a vécu « un choc », qui a provoqué un point tournant quant à son avenir professionnel.

Quand on a terminé les cours de francisation, la personne responsable du groupe nous a dit : « maintenant, il faut aller sur le marché du travail » et ils nous ont amenés dans un CÉGEP. Ça été un choc pour nous [...] Et on a vu des programmes comme : coiffure, réparation de bateaux, construction²⁶... on est resté comme : « Ok! C'est pas parce qu'on se sent supérieur à n'importe qui, mais... On s'est dit, bien j'ai passé... personnellement, pour ma carrière j'ai étudié 6 ans à l'université, mon conjoint 5 ans en génie... Pourquoi j'irais étudier quelque chose que jamais je n'aurais fait dans mon pays? Pour moi, c'était clair que je devais avoir un diplôme d'ici pour travailler, en plus que ça me permettrait de pratiquer le français, de le perfectionner. Alors, heu... c'est sûr que le Cégep ça nous servait à rien.

Pendant un temps, Carmen a imaginé toutes sortes de possibilités professionnelles. « Avant de rencontrer la conseillère à l'université, j'ai même pensé monter une garderie, quand on est arrivés, même travailler comme préposée aux bénéficiaires. Mais je me suis dit, pourquoi je ferais quelque chose que je n'aurais pas fait dans mon pays? » Elle ne l'a pas fait, insistant sur le fait qu'heureusement, elle et son conjoint « pouvaient respirer économiquement », ils avaient des économies et ils ont eu une certaine marge de manœuvre. « Le frigo n'était pas vide », ils n'ont pas eu à travailler dans n'importe quoi, « gracias a dios ». Ainsi, pour Carmen, il est clair à son esprit qu'elle doit étudier à l'université, mais elle ne sait pas dans quel programme. Elle et son conjoint sont alors allés rencontrer une conseillère en emploi dans un organisme spécialisé dans l'accueil et l'établissement des personnes immigrantes. Cet extrait souligne également la forte influence des conseils reçus, qui lui ont fait présumer qu'elle n'avait pas d'avenir professionnel comme médecin au Québec.

Elle m'a conseillé d'aller à [telle] université pour rencontrer une conseillère et voir ce que je pourrais faire, parce qu'à ce moment-là, je ne savais pas, elle me disait : « peut-être alors comme infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, quelque chose relié à la santé ». Je ne savais pas à ce moment-là que j'aurais pu entrer à l'université pour étudier médecine, je ne le savais pas. En plus qu'ils m'avaient mis dans la tête que je ne pourrais pas travailler comme médecin au Québec.

Enfin, elle rencontre une conseillère à l'université qui, à la vue de ses expériences professionnelles, lui recommande d'aller rencontrer le directeur du programme de maîtrise en santé publique. Lors de sa rencontre avec celui-ci, son profil est valorisé :

²⁶ Note : programmes de niveau d'études secondaires spécialisées (DEP) et non Cégep. J'ai omis de demander une clarification à la répondante en cours d'entrevue.

Et il m'a dit qu'avec toute l'expérience que j'ai, avec le diplôme de médecine, mon diplôme en [santé publique] au Venezuela, je pouvais m'inscrire à la maîtrise. J'ai envoyé mon inscription et six mois plus tard j'étudiais à la maîtrise! [rires!] Pour moi c'était bien parce que j'avais des connaissances en [santé publique] et ça me permettait de continuer dans mon domaine professionnel que j'aime, que même si je ne pouvais pas travailler comme médecin, bien j'allais travailler en [santé publique].

De façon rétrospective, le choix de carrière de Carmen s'est concrétisé par une réflexion personnelle. Elle a réfléchi aux différentes options, en écartant des postes en santé qu'elle n'aurait jamais voulu occuper, et en misant sur une continuité professionnelle qui lui donne tout à la fois une plus-value en cas de retour au pays d'origine. Ultimement, au plan de l'identité professionnelle, Carmen perçoit son choix de carrière en continuité.

Je pense que ça s'est fait simplement. Je veux dire, je ne me suis pas assis à dire... heu... dans un sens oui, j'ai décidé que je voulais continuer la [santé publique] et c'est par là que je suis allée. Je m'étais dit : « pas infirmière, par ergothérapeute, pas physiothérapeute. Je ne vais pas le faire parce que ce n'est pas quelque chose que j'aurais fait dans mon pays ». Et je me suis toujours dit : « je ne sais pas combien de temps je vais rester ici, si un jour je vais retourner au Venezuela. Au Venezuela, il faut que je revienne avec un diplôme plus élevé que celui que j'avais en quittant ». Ce n'est pas pour dénigrer les infirmières ou les ergothérapeutes, mais ça ne m'intéressait pas. Alors la meilleure façon d'arriver à mon pays avec un autre diplôme c'était de continuer dans ce que j'avais étudié.

Carmen reçoit une aide financière aux études du Ministère de l'Éducation, elle termine rapidement sa scolarité de maîtrise, mais elle doit trouver un stage. Après deux mois de recherche infructueuse, elle commence à se décourager. C'est à ce moment qu'un collègue de classe québécois, qui connaît les façons de faire du milieu et ses codes implicites, lui suggère de postuler de façon spontanée auprès d'organisations ciblées. En quelques jours, Carmen reçoit une offre d'une organisation offrant des conseils en santé publique. Le poste est au salaire minimum, mais avec la promesse de la directrice qu'un poste lui sera offert à la fin du stage, avec de meilleures conditions. Carmen se dit que de toute façon d'autres organisations ne l'auraient même pas payée. Elle accepte donc ces conditions professionnelles défavorables, escomptant qu'elles ne soient que transitoires. Finalement, elle y travaille trois années comme conseillère en santé publique (avant de trouver un autre poste, en mobilité professionnelle, dans une autre organisation). Selon elle, le fait qu'elle ait été médecin l'a avantagée, son futur employeur connaissait son profil. Durant son mandat, Carmen occupe des fonctions qui la stimulent, dans lesquelles elle peut profiter de ses expériences antérieures. En même temps, elle nous dit que sur certains aspects, elle a dû

s'adapter, étant donné qu'elle devait s'habituer à ne plus intervenir au niveau clinique : « avec le temps, je l'ai laissé derrière, mais au début ça me dérangeait beaucoup, de ne pas pouvoir intervenir de cette manière-là ».

Au fil de la conversation, Carmen mentionne que son employeur l'a un jour encouragée à contacter le Collège des médecins : « essaie de voir si tu peux travailler comme médecin ».

Alors je suis allée au Collège des médecins et la première expérience a été très désagréable [...] c'était en 2003-2004, il y avait une réunion d'information par mois pour les médecins immigrants. Dès qu'on est arrivés, dès qu'on est entrés dans la salle c'était comme « vous n'êtes pas les bienvenus ici ». C'était mon sentiment, c'est ce que j'ai ressenti tout le long de... que... « Non, c'est difficile, il faut passer les examens, c'est compliqué ». C'était comme « je te donne l'information, mais ne le fais pas parce que tu ne réussiras pas ». C'était ça ma première impression.

Par la suite, elle a rencontré d'autres DIM dans une association ethnique composée de professionnels (immigrants très qualifiés) et c'est là qu'elle a vu que c'était possible. « S'il y a des amis qui l'ont réussi, pourquoi pas moi? C'est à partir de là que j'ai commencé à faire les examens comme médecin ». Mais à ce moment, c'est en 2004, cela fait déjà 10 ans qu'elle a terminé ses études de médecine et depuis, elle a travaillé dans un champ très spécifique en santé publique : « alors tout ce que j'ai étudié pendant six ans, il fallait que je l'étudie pour présenter un examen, non trois examens ». Elle décide alors de se préparer aux examens en parallèle à son emploi à temps plein. Comme Eduardo mentionné précédemment, elle investit d'importantes sommes afin de s'y préparer en s'inscrivant à Kaplan (organisation à but lucratif, spécialisée dans la préparation d'examens dont ceux liés à l'exercice de la médecine au Canada). Elle échoue malgré cela le premier examen du Collège, pour quelques points, mais cela l'encourage à tenter de nouveau. Durant cette période, elle peut compter sur l'appui de son conjoint. Elle travaille à temps plein et étudie le soir, c'est lui qui prend le relais : « il s'occupait des enfants, il s'occupait de la maison. Il a toujours été d'une aide inconditionnelle ». Mais à sa seconde tentative, c'est de nouveau l'échec.

Je l'ai présenté de nouveau, mais avec une note plus basse. Je ne pouvais pas me mettre... pour vrai, je n'avais pas le temps ni l'énergie pour me mettre à étudier comme j'aurais pu le faire. Il y avait des gens qui étudiaient 8 ou 10 heures par jour, moi je travaillais. Je ne veux pas me justifier ni rien, mais [...], mais au deuxième j'ai dit non. Je ne vais pas essayer de le représenter, parce qu'en plus, il venait d'y avoir une réunion avec la ministre de l'Immigration [...] et il y avait des médecins qui avaient réussi les trois et qui n'avaient pas trouvé une place en résidence ».

Ce deuxième échec est un point tournant dans sa trajectoire professionnelle au Québec : « C'est à ce moment-là que je me suis dit : “[santé publique] pour moi, c'est là que je continue”. En plus, j'avais du travail dans mon secteur, c'est pour ça que j'ai décidé de continuer en [santé publique] ». Elle décide de prioriser la famille et la stabilité économique. C'est aussi peu après qu'elle décide de changer d'emploi. Après trois années d'expérience au Québec, elle sent qu'elle est prête pour de nouveaux défis et elle trouve sans difficulté (après l'envoi de quelques CV spontanés) un poste dans une organisation qu'elle connaît et tient en estime. « J'ai envoyé mon CV, ils m'ont appelé pour une entrevue et deux mois plus tard je travaillais là-bas ». Elle y est toujours (depuis plus de 2 ans). Je lui fais la remarque que cela me surprend qu'elle ait toujours mentionné dans son CV qu'elle était médecin, qu'elle a étudié la médecine au Venezuela (mes entrevues antérieures pointant généralement vers un « camouflage » de ses expériences de peur d'être surqualifié). Et de répondre : « mes connaissances ont toujours été un avantage pour moi ». Ses diplômes du Venezuela, en médecine et en santé publique, ainsi que son diplôme au Québec, lui ont même permis d'aller chercher une échelle salariale intéressante à ses yeux. Ses collègues savent qu'elle pratiquait la médecine, elle se sent respectée, elle sent qu'elle évolue dans un environnement harmonieux et stimulant. Elle apprécie la professionnalité qui règne, la polyvalence et la marge de manœuvre de ses fonctions. Elle témoigne qu'à aucun moment ses collègues lui ont fait sentir qu'elle est « étrangère ».

Où je travaille actuellement, je suis la première Latino qui travaille ici, heu... il y a seulement une autre personne qui est étrangère, qui vient d'Afrique, du Burkina Faso. Les autres sont Québécois, mais... jamais, ni à mon ancien emploi ni à mon travail actuel [...] jamais je n'ai eu des problèmes dans le sens que je suis étrangère, parce que j'ai un accent... jamais, jamais je me suis sentie dénigrée ou rejetée parce que je suis étrangère.

Plusieurs ressources ont permis à Carmen d'être là où elle est. Les ressources économiques du couple, qui lui ont permis d'éviter l'occupation d'emploi de survie, le support économique du gouvernement durant leur francisation, l'aide financière aux études durant sa maîtrise, et le soutien financier (et moral) de son conjoint. Par rapport aux démarches liées aux examens du Collège des médecins, elle a consulté une organisation privée pour la préparation des examens et a eu le support d'autres DIM. Pour Carmen, de façon rétrospective, les personnes significatives qui lui ont apporté un appui durant sa trajectoire d'intégration professionnelle sont :

Mon mari, qui m'a encouragé à aller de l'avant avec la [santé publique]. Et pour une question de destin, la personne qui m'a aidé à l'Université, le directeur de la maîtrise qui m'a accepté. Et aussi mon ami [rencontré pendant ses études de maîtrise] qui m'a dit « Carmen, envoie ton CV [à telle organisation] », c'est comme un ange qui m'a ouvert les portes.

Aujourd'hui, Carmen travaille dans un milieu professionnel stimulant, avec le sentiment d'être reconnue comme professionnelle, d'exercer une profession en continuité à sa carrière prémigratoire. Cela lui aura pris six années avant de se sentir confortable au plan professionnel, lors de l'obtention de son second emploi où elle se sent beaucoup plus valorisée comme professionnelle et évolue dans une ambiance qu'elle qualifie d'amicale et dynamique. Nonobstant, si jamais la situation professionnelle n'allait pas, pour elle ou son conjoint, ils sont prêts à quitter pour un meilleur avenir professionnel ailleurs, en Alberta par exemple. Aussi, une nuance additionnelle s'impose. Lorsqu'à la fin de l'entretien je lui demande sa vision sur la réorientation de carrière de DIM, elle ajoute :

Je ne travaille pas comme médecin, ce n'est pas parce que j'ai décidé de ne pas travailler comme médecin, c'est parce qu'on ne me l'a pas permis. Tu comprends? Je veux dire, je suis médecin. Parfois je m'entends dire « je suis médecin au Venezuela », je ne suis pas médecin au Venezuela, je suis médecin simplement! Tu comprends?

3.6 En guise d'ouvertures

Ces récits et cette diversité de trajectoires d'intégration professionnelle représentent quelques-unes des voix parmi les 31 répondants rencontrés. Les cas sélectionnés sont uniques. Certaines expériences sont représentatives, d'autres témoignent de situations plus inusitées, mais qui s'avèrent avoir des points communs. Ces expériences réunies révèlent des trajectoires types, des embûches ou des éléments facilitateurs similaires pour certains, ainsi que des messages récurrents reçus par les DIM de la part de représentants officiels du gouvernement ou d'organisations.

Un des objectifs de cette recherche est de documenter l'hétérogénéité des trajectoires d'intégration professionnelle, pour une même catégorie professionnelle de migrants. Cette hétérogénéité s'est avérée aller au-delà de la simple dichotomie entre requalifiés et réorientés. Au sein de ces grandes catégories apparaissent des découpages plus subtils, pour lesquels nous avons présenté une proposition de typologie. Cette typologie est établie à

partir d'éléments objectifs (durée du parcours, type de mobilisation de ressources et son intensité, ressources sociales – dont l'accès à des personnes clés –, ressources économiques) et d'autres plus subjectifs (reconnaissance des acquis professionnels prémigratoires par des tiers, sentiment de devoir faire plus, connaissance des codes du milieu, identité professionnelle, etc.).

Ce qui nous a amenée parmi les requalifiés à distinguer les parcours des « recrutés – les parcours facilités » des « parcours du combattant ». Pour cela, nous opérons une distanciation par rapport à la définition administrative des recrutés, basée essentiellement sur l'accès au permis restrictif de la pratique médicale, comme professeur-chercheur ou comme médecin spécialiste. D'autres aspects s'imposent, au-delà du type de diplôme ou de pratique professionnelle sur lesquels se base la définition administrative. Pour ces « parcours facilités » dont la durée du processus de reconnaissance est d'au plus trois années, les ressources sociales et symboliques de ces DIM sont prépondérantes. Le fait d'être diplômé d'un pays familier (en l'occurrence la France), d'être inséré dans une filière prestigieuse et compétitive, d'avoir un profil valorisé aux yeux des personnes qui embauchent leur permet d'être reconnu d'emblée ou à tout le moins d'être en mesure d'activer les leviers de la reconnaissance favorablement à travers la négociation avec des personnes faisant partie de la société majoritaire, du *mainstream*.

Parmi les autres requalifiés se trouvent les « parcours du combattant » qui expérimentent un processus de reconnaissance dont la durée est d'au minimum 3 années. Ces « parcours du combattant » peuvent inclure des spécialistes qui accèdent au permis restrictif, mais qui ont éprouvé de nombreux obstacles en cours de processus²⁷. Dans le cadre de trajectoires d'intégration longues, ces migrants, afin de se faire reconnaître professionnellement, doivent bénéficier de nombreuses ressources (économiques, informationnelles, familiales). La nécessaire maîtrise des codes implicites du milieu et d'informations stratégiques se matérialise par le rôle d'un soutien très spécifique, celui de pairs DIM.

Les parcours des DIM qui se sont réorientés professionnellement se subdivisent également en deux sous-catégories. Le niveau d'emploi occupé suite à une réorientation, universitaire ou technique, s'est avéré un élément révélateur distinctif quant aux expériences des DIM (spécialement en lien avec l'identité professionnelle, aspect détaillé au chapitre 6). Ces

²⁷ Typologie présentée de façon plus détaillée au Tableau du chapitre 5, « Table 1. Entryways to Practicing Medicine for IMGs and Minimal Length of Process ».

parcours sont de durées très variables et permettent généralement d'entrevoir une mobilité professionnelle ascendante progressive. Les ressources et les stratégies mobilisées dénotent la variabilité de la reconnaissance de leurs acquis professionnels selon la personne à laquelle ils s'adressent ainsi que la récurrence de propos suggérant une flexibilité professionnelle (à travers notamment l'orientation vers des postes déqualifiés dans le milieu médical, tels qu'infirmières par exemple). Les trajectoires de réorientation montrent, comme dans le cas des parcours du combattant, l'importance du soutien économique (dont l'aide financière aux études par exemple). Pour terminer, les responsabilités familiales, tant pour les hommes que les femmes DIM, ont également influencé certains choix professionnels, priorisant la stabilité et la sécurité financière (en contraste notamment au choix de la médecine qui est présenté comme un processus dont le dénouement est trop incertain).

Les trois chapitres suivants se penchent sur ces grands constats et parfois sur des zones d'ombre ou de tension. Des dimensions complémentaires sont soulignées dans les trois prochains chapitres et permettent d'approfondir plusieurs constats esquissés dans ce chapitre. Le chapitre 4 : « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale » focalise sur les dimensions macrosociales et politiques. Le chapitre 5 : « Professional Journeys of International Medical Graduates in Quebec: Recognition, Uphill Battles, or Career Change » est orienté sur les dimensions institutionnelles et les réseaux de soutien. Le chapitre 6 : « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée » approfondit des dimensions microsociales, particulièrement l'identité professionnelle (identité pour soi, attribution identitaire et stratégies).

CHAPITRE 4 - L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE DE MÉDECINS DIPLÔMÉS À L'ÉTRANGER AU QUÉBEC : UN ENJEU D'ENVERGURE EN SANTÉ MONDIALE

Blain, Marie-Jeanne, José Carlos Suárez-Herrera et Sylvie Fortin (2012). « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie & Santé, revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, no 5, numéro spécial, dir. S. Mulot, S. Musso et J. Sakoyan, 'Circulation des pourvoyeurs et bénéficiaires de soins', mis en ligne le 27 nov. 2012, 16 p. <http://anthropologiesante.revues.org/973>

Résumés

Dans un contexte où les processus de production et de transfert des expertises techniques sont imbriqués dans une logique de marché à l'échelle mondiale, les systèmes de santé contemporains sont interpellés par de nombreux défis liés à la mobilité internationale des professionnels de la santé. Nous inspirant de diverses approches de l'anthropologie de la santé et de la sociologie des organisations, nous souhaitons examiner les dynamiques complexes qui se tissent entre des phénomènes globaux associés à la mondialisation des sociétés contemporaines et des enjeux locaux associés à la mobilité internationale des professionnels de la santé, plus spécifiquement, l'intégration de médecins diplômés à l'étranger sur le marché du travail québécois. Cet article vise à souligner la contribution d'une approche socio-anthropologique de la santé mondiale afin de mettre au jour l'interrelation entre des jeux de pouvoir locaux et des inégalités sociales à l'échelle mondiale.

In a context where the processes of production and transfer of technical expertise are nested in a logic of global markets, current health care systems have to face many challenges related to the international mobility of health professionals. Inspired by theoretical approaches of anthropology of health and the sociology of organizations, we discuss the complex dynamics between global phenomena associated to the globalization of contemporary societies and local issues concerning the international mobility of health professionals and, in this specific case, the integration of international medical graduates in Quebec's labor market. In this perspective, a socio-anthropological approach to Global Health sheds light on the interplay between local power strategies and global social inequalities.

Index de mots-clés : intégration professionnelle, médecins diplômés à l'étranger, migration, Québec, santé mondiale, Canada

Index by keyword : global health, international medical graduates, migration, occupational integration, Quebec, Canada

4.1 Introduction

Dans un contexte où les processus de production et de transfert des expertises techniques sont imbriqués dans une logique de marché à l'échelle mondiale, les systèmes de santé contemporains sont interpellés par de nombreux défis liés à la mobilité accrue, sur le plan international, des professionnels de la santé. Leur pénurie autant que leur « fuite », leur intégration professionnelle et les barrières inhérentes à la gestion locale des effectifs médicaux représentent des enjeux politiques, éthiques et organisationnels qu'il apparaît important de prendre en considération.

Nous inspirant d'approches réflexives de l'anthropologie de la santé (Bibeau et Corin 1995; Fassin 2001) et de la sociologie des organisations (Sainsaulieu 1977, 1997), nous souhaitons examiner les dynamiques complexes qui se tissent entre, d'une part, des phénomènes globaux associés à la mondialisation des sociétés contemporaines, telle la circulation transfrontalière de savoirs experts et d'autre part, des enjeux locaux associés à la mobilité internationale des professionnels de la santé, plus spécifiquement l'intégration de médecins diplômés à l'étranger sur le marché du travail québécois.

Un nombre important de recherches a été mené sur la question de l'intégration professionnelle des migrants au sein des sociétés d'accueil. Tandis que l'intensification des migrations et la présence de nouvelles formes de mobilités complexifient les enjeux liés à l'intégration professionnelle, on constate un intérêt grandissant à appréhender les phénomènes de mobilité de façon plus dynamique. De fait, nous adoptons une approche qui considère l'intégration professionnelle comme un processus dynamique et relationnel. L'intégration professionnelle ne dépend pas que de l'individu et de ses caractéristiques personnelles, elle implique aussi la société dans son ensemble, le fonctionnement de ses entreprises, de ses institutions ou de ses appareils d'État. En outre, ce processus est imbriqué dans un contexte plus large que le marché local du travail (Fortin 2000b). Ainsi, des modèles explicatifs axés purement sur des facteurs d'ordre structurel ou institutionnel sont tout autant partiels que la prise en compte d'éléments concernant uniquement les caractéristiques personnelles ou la dimension comportementale (Allsop *et al.* 2009; Shuval et Bernstein 1997a). Une analyse des trajectoires d'intégration professionnelle s'avère donc complexe, imbriquant des phénomènes globaux, nationaux et institutionnels ainsi que microsociaux. Pour ce faire, plusieurs auteurs nous proposent une perspective dialectique qui s'inscrit dans un mouvement de mise en relation des réalités locales caractérisées par

l'émergence des rapports inégalitaires, tout en étant imbriquées dans des phénomènes globaux socialement construits au sein desquels la résistance et la reconfiguration asymétrique des rapports sociaux sont aussi présentes (Fassin 2001; Saillant et Genest 2005; Suárez-Herrera 2010).

Cet article examine les tensions et angles morts relatifs aux mobilités de professionnels de la santé et leur intégration professionnelle dans le pays d'accueil. Nous illustrerons nos réflexions à partir d'une recherche qualitative¹ dont le terrain s'est déroulé entre 2009 et 2012. Son principal objectif est de documenter et de saisir les processus complexes à l'œuvre au sein des trajectoires d'intégration professionnelle, plus particulièrement les stratégies et les ressources mobilisées par des médecins diplômés à l'étranger (MDÉ)² sur le marché du travail québécois.

Afin d'y parvenir, plus d'une cinquantaine de personnes ont été rencontrées. Cela inclut 31 entrevues semi-dirigées – basées sur des récits de vie professionnelle – auprès de MDÉ d'origines diversifiées et résidant au Québec depuis 6 ans en moyenne³. Leurs origines et les pays d'obtention de leur diplôme de médecine sont très variés ; à l'instar du portrait de l'immigration au Québec, la même diversité était souhaitée⁴. Dès le début de l'enquête, la variabilité des profils était recherchée, la constante étant un contexte d'arrivée similaire, tout en maintenant une parité entre hommes et femmes, entre médecins s'étant réorientés sur le marché du travail ou ayant réintégré la filière médicale. L'auteure principale s'est également entretenue avec onze acteurs clés (responsables de l'embauche, représentants d'organismes d'employabilité ou d'orientation pour personnes immigrantes, d'associations de

¹ Recherche menée dans le cadre d'un doctorat en anthropologie sociale, à l'Université de Montréal. Nos sincères remerciements à toutes les personnes qui ont généreusement participé à cette recherche. L'auteure principale tient à remercier : le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH, Canada), la Fondation du CHU Sainte-Justine et des Étoiles ainsi que le département d'anthropologie de l'Université de Montréal qui ont appuyé cette recherche. Démarche approuvée par les comités d'éthique à la recherche du CHU Sainte-Justine et de l'Université de Montréal.

² Les termes « médecin diplômé à l'étranger (MDÉ) », « diplômés internationaux en médecine (DIM) » ou « médecin DHCEU » font référence à des personnes ayant étudié la médecine à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Dans le cadre de cette recherche, les répondants MDÉ sont tous immigrants.

³ Autant de femmes (15) que d'hommes (16), âgés de 33 à 55 ans au moment de l'entrevue (moyenne = 42 ans) et parlant français. La plupart se sont établis au Québec quand ils étaient dans la trentaine. Ils ont immigré surtout dans les années 2000, résidant au Québec depuis 2 à 14 ans au moment de l'entretien.

⁴ Régions d'obtention du diplôme en médecine : Europe de l'Ouest (26 %, 8), Europe de l'Est (9 %, 3), Amérique latine (29 %, 9), Antilles (Cuba et Haïti) (10 %, 3), Maghreb (13 %, 4) et Afrique subsaharienne (13 %, 4). Pour 3 répondants, le pays où ils sont nés était différent du pays d'obtention du diplôme.

MDÉ, etc.) et a eu des échanges informels auprès de onze médecins récemment immigrés ou ayant le projet d'immigrer. À cela s'ajoutent des séances d'observation (formation de conseillers en emploi, activités associatives, etc.) ainsi que de la veille documentaire et de forums de discussion Internet.

À partir des données de terrain complétées d'une analyse documentaire, nous souhaitons dans le cadre de cet article explorer le caractère réciproque et dynamique entre « les interactions, la structure et la culture » (Sainsaulieu 1997), tout en nous distanciant de l'essentialisation tant du poids des structures qui conditionnent les trajectoires unilatéralement que d'une image réifiée du migrant agissant comme un atome libre (Lahire 2012). Au fil du texte, nous proposons une lecture où s'articulent les dimensions macro, méso et microsociales. Notre trame s'élabore suivant ces niveaux : la première partie aborde les dimensions liées à la mondialisation et aux politiques, la seconde à la culture organisationnelle et institutionnelle, pour terminer sur des éléments stratégiques et microsociaux.

4.2 Des mobilités accélérées et des trajectoires d'intégration professionnelle différenciées

Les migrants hautement qualifiés sont une dimension importante du flux migratoire international. Il a été estimé que 1,5 million de professionnels originaires des pays en développement résident dans les pays industrialisés (Stalker [2000] cité par Iredale 2001). Toutefois, leur nombre précis est difficile à calculer, car peu de pays ont des professionnels qualifiés sur une base permanente. Quant à l'intensification des flux migratoires des professionnels de la santé, le Canada a été jusqu'à récemment une « exception notable » en comparaison des autres pays de l'OCDE. En effet, le nombre et la proportion de médecins immigrants ont augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE dans les 25 dernières années, ce qui n'a pas été le cas au Canada (Dumont et Zurn 2007a)⁵. Cela pourrait être dû à leur invisibilité statistique ou aux politiques très contraignantes pour les médecins qui souhaitaient immigrer entre 1990 et 2002. Or les flux récents, apparemment en nette augmentation pour les

⁵ En 2000, dans les pays de l'OCDE, 421 746 médecins sont nés à l'étranger, dont 22 860 au Canada, ce qui représente respectivement 18,2 % et 35 % de la main-d'œuvre dans ce secteur. Le Canada est au 4^e rang pour ce qui est de la proportion de médecins immigrants, après la Nouvelle-Zélande (46,9 %), l'Australie (42,9 %) et l'Irlande (35,3 %) (Dumont et Zurn 2007a: 176).

MDÉ au Canada et dans la province du Québec, montrent l'influence marquée du politique sur leurs trajectoires. En effet, depuis 2002, la profession médicale n'est plus une profession exclue pour ce qui est de « l'immigration sélectionnée » et l'augmentation récente des migrants médecins laisse présager le retour d'une intensification de leur immigration, flux dorénavant semblables à ceux des autres professionnels s'établissant au Québec (Gouvernement du Québec 2009)⁶.

D'un autre côté, la mobilité internationale ainsi que l'intégration professionnelle dans la société d'accueil dépendent de facteurs sociopolitiques – des environnements institutionnels et du marché, de la réglementation –, et plus largement de facteurs organisationnels et culturels telles que les questions de réceptivité et de reconnaissance (Berset *et al.* 1999; Chicha et Charest 2008; Iredale 2001). Concernant les MDÉ, l'effet des politiques est d'autant plus déterminant que, par contraste avec d'autres groupes professionnels, l'employeur principal au Québec est l'État.

L'analyse de la situation des MDÉ sur le marché du travail montre qu'en plus d'être affectés par un taux de chômage plus élevé que les natifs, ils ont un accès plus réduit à leur profession par rapport à d'autres groupes professionnels diplômés à l'étranger. Selon l'étude de Boyd et Schellenberg (2007)⁷, le taux de chômage des médecins nés au Canada est de 2 % comparativement à 12 % pour les MDÉ ; de plus, les MDÉ n'exercent leur profession que dans une proportion de 55 %, alors qu'elle est de 90 % pour leurs homologues natifs. Selon ces analyses, le tiers des MDÉ travaillent dans un secteur n'ayant aucun lien avec la santé.

Dans le cadre de notre recherche, un phénomène important se dégage quant aux trajectoires d'intégration professionnelle. Au moment de l'entretien, nous avons cherché une parité entre requalifiés et réorientés. Toutefois, l'analyse dynamique des trajectoires montre deux éléments importants : les deux tiers des MDÉ rencontrés ont occupé, à un moment, un emploi déqualifié par rapport à leur formation médicale initiale et pas nécessairement en lien

⁶ « Le nombre de DHCEU sélectionnés à titre de travailleurs qualifiés et admis au Québec a crû substantiellement chaque année, passant d'une cinquantaine en 2003 à plus de 320 en 2008 » (Gouvernement du Québec 2009 : 8). En 2010, au Québec, 2 175 MDÉ œuvrent dans notre système de santé (10,8 % des effectifs) (CMQ 2010a). Toutefois, nous ne savons pas combien n'ont pas le titre de médecin, ils seraient plus de 3 000 selon certains estimés (Sow 2010). En somme, l'invisibilité statistique caractérise cette population (Barer et Webber 1999; Dumont et Zurn 2007a).

⁷ Analyse de la situation de 5 400 MDÉ à partir des données du recensement canadien de 2001. À noter que les données sur les MDÉ sont sujettes à débat, compte tenu de leur « invisibilité statistique », d'autant plus que les migrations de retour ne peuvent être appréhendées ici.

avec la santé⁸. D'autre part, sauf exception, une grande précarité professionnelle caractérise les débuts professionnels de la majorité (contrats de courte durée, cumul études et emploi à temps partiel, incertitudes durant la résidence en médecine, etc.). Dans ces deux cas, les professeurs-chercheurs universitaires⁹ font majoritairement exception.

Pour ce qui est d'une intégration professionnelle différentielle selon l'origine nationale, aucune étude statistique n'a été publiée pour les MDÉ au Québec et les résultats de notre recherche qualitative ne permettent pas de dégager des éléments significatifs en ce sens. Cependant, des données intéressantes ont été publiées pour le Canada. Selon les résultats de Boyd et Schellenberg (2007), « le lieu de naissance est le facteur qui influe le plus sur la probabilité de travailler comme médecin ». En effet, ce sont les MDÉ originaires de pays francophones ou anglophones qui occuperaient un poste de médecin dans une plus forte proportion¹⁰. Mais il faut souligner que, toutes origines confondues, les MDÉ arrivés après les années 1990 (tels que notre groupe de répondants) éprouvent le plus de difficultés. De plus, des statistiques concernant l'intégration de MDÉ en résidence au Canada donnent des indices supplémentaires quant à un accès différentiel selon la région du monde où le diplôme a été obtenu. Les dernières données du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS 2011) montrent que les MDÉ provenant de pays occidentaux ont plus de chance d'être admis. Ceux diplômés d'Océanie (35 %) et d'Europe (22 %) sont acceptés dans une plus forte proportion que ceux d'Asie, du Moyen-Orient ou de l'Afrique (+/- 10 % respectivement).

⁸ Une réorientation dans le secteur de la santé se fait parmi 24 professions régies par le Code des professions (CIQ 2012). Pour un MDÉ, se réorienter dans une profession en santé clinique (comme praticien) implique inmanquablement un retour aux études et des démarches de reconnaissance vis-à-vis de l'un des ordres professionnels qui encadrent les professions de santé : infirmière, physiothérapeute, inhalothérapeute, etc. (à moins de s'orienter vers la médecine alternative, et encore). En outre, s'orienter vers d'autres professions en santé implique quasi nécessairement une profession « subordonnée » à la médecine, sauf si l'on envisage des études de maîtrise ou de doctorat et ne pas faire de clinique, comme en santé publique, recherche ou administration. Dans cette recherche, plus du tiers des réorientés (6/16) ont accédé ultimement à des postes de niveau universitaire en santé, majoritairement à la suite d'études supérieures (conseiller en santé et sécurité au travail, santé publique, conseiller médical en pharmaceutique, agent de recherche, etc.). L'autre tiers (5) poursuit des études supérieures dans le champ de la santé. Pour le dernier tiers : une s'est engagée dans des études supérieures en sciences sociales, trois sont techniciens en santé et une est sans expérience professionnelle au Québec (mère se dédiant à sa jeune famille qui envisage des études comme technicienne en santé).

⁹ Dans le groupe de répondants, ils ont été recrutés depuis la France.

¹⁰ Les MDÉ originaires d'Afrique, d'Asie du Sud, d'Amérique du Nord, d'Europe de l'Ouest et Océanie occupent davantage la profession de médecin contrairement à leurs homologues d'Europe de l'Est ou d'Asie orientale (Boyd et Schellenberg 2007).

Au final, l'évolution tant des politiques liées au système de santé que des politiques d'immigration a marqué l'accès à la profession médicale (Noiriel 2004; Shuval et Bernstein 1997a). Ces politiques influencent les opportunités professionnelles, la disponibilité des structures d'encadrement et d'orientation en ce qui a trait au processus de reconnaissance des compétences des migrants, et finalement le temps de requalification requis.

Nous abordons maintenant la double dynamique existant entre, d'une part, les politiques nationales d'immigration canadiennes qui cherchent à attirer « les meilleurs et les plus qualifiés » et, d'autre part, l'ensemble des mécanismes locaux de régulation constituant une entrave importante à la mise en œuvre effective de ces politiques.

4.3 L'intégration professionnelle du point de vue politique : enjeux éthiques associés aux politiques d'attraction de l'immigration

Dans nos sociétés contemporaines, la mobilité accélérée est lourde de sens. Symbole d'une nouvelle stratification sociale pour les uns – son accès différentiel divisant dorénavant les populations –, elle est synonyme pour les autres de bouleversements à travers les vagues migratoires forcées. Le visage de l'immigration est définitivement hétérogène et quoique nous nous intéressions à une population le plus souvent favorisée socio-économiquement dans son pays d'origine, les motifs migratoires sont éclatés, que l'on soit à la recherche d'un avancement professionnel, de sécurité, ou que l'on ait quitté sa région pour des raisons familiales. À travers cette diversité de motifs, le message des gouvernements canadien et québécois est clair : dans un contexte de mondialisation et de compétition entre les pays, ils souhaitent attirer « les meilleurs et les plus brillants » (CIC 2011; Parant 2001). Ces politiques nationales et internationales de mobilisation de personnels hautement qualifiés – notamment de professionnels de la santé – soulèvent des enjeux éthiques liés à cette « fuite des cerveaux » et ont amené l'organisation mondiale de la Santé (OMS) à se préoccuper de l'équité de l'accès aux soins, particulièrement au sein des pays touchés par une pénurie aiguë de personnel de la santé, et à promouvoir un code de bonne pratique pour le recrutement de professionnels de la santé – code qui n'est toutefois pas contraignant juridiquement (OMS 2010).

Un élément central attire ici notre attention. Pour l'OMS, la migration temporaire des professionnels de la santé est l'une des solutions considérées comme éthiques et préconisée

sur le plan politique pour faire face à la pénurie de personnel (OMS 2010)¹¹. En effet, la préoccupation première du code de bonne pratique promulgué par l'OMS consiste en l'atteinte d'un équilibre entre les libertés individuelles (mobilité, promotion, formation) et les obligations morales internationales de l'accessibilité des soins de santé. Or, c'est dans cet équilibre qu'est condensée une série d'enjeux.

En effet, la littérature récente en sciences sociales atteste du passage d'une rhétorique de la migration permanente « de la fuite des cerveaux », vers une vision plus dynamique de migrations « circulaires » ou « pendulaires ». Ainsi, dans le vocabulaire des agences internationales, on parle dorénavant de « circulation des cerveaux » et de « mobilité professionnelle » (Marchal et Kegels 2003: s90). Toutefois, promouvoir une mobilité à court terme, soit une migration temporaire, soulève d'autres problématiques. Les analyses de Piché (2008) montrent comment l'implantation de ce nouveau type de régime migratoire est axée sur le refus de l'intégration citoyenne de ces travailleurs étrangers. Smith et Favell (2006) expriment une critique similaire vis-à-vis des **théoriciens de la mobilité** qui ont une vision idéaliste de l'intégration de migrants, selon laquelle leur capital humain et leurs choix conditionneraient leurs trajectoires individuelles, en faisant abstraction des normes et contraintes sociales. L'intensité de la mobilité pour ces migrants se fera au détriment d'une voix politique et sociale dans la société d'accueil : l'impossibilité de s'engager à long terme dans la société d'accueil amenant une « exclusion subtile », les migrants ne maîtrisant pas toujours les règles du jeu locales, quoiqu'ils puissent être « bien » intégrés professionnellement (Smith et Favell 2006).

Les résultats de notre recherche corroborent cette notion d'exclusion subtile. En effet, les médecins s'engageant dans une forte mobilité, qui opteront pour un visa de travail temporaire et qui réussiront à obtenir un permis de pratique restrictif de la médecine ne vivront pas de discrimination apparente, c'est-à-dire qu'à « travail égal, salaire égal »¹². Toutefois, leur statut

¹¹ « Les États membres devraient faciliter les migrations circulaires des personnels de santé » (OMS 2010: 6). À noter que le Canada adhère aux principes du Code du Commonwealth qui mentionne un élément similaire dans le cadre de l'application de principes de réciprocité entre les pays où devraient exister des mécanismes permettant de faciliter le retour au pays des recrues, particulièrement des étudiants (Commonwealth Ministers of Health 2003). Le principe de réciprocité des avantages soutenu par le Code de l'OMS vise à favoriser un juste équilibre entre les intérêts des pays d'origine et ceux des pays de destination (OMS 2010).

¹² Au Québec, à compétence égale, un migrant qui accède à un emploi aura officiellement les mêmes privilèges qu'un natif. La citoyenneté ou le statut migratoire n'influence pas le salaire perçu par les MDÉ – contrairement à d'autres contextes nationaux comme la France (Lochard *et al.* 2007). À

migratoire pourra les placer dans une position désavantagée. Cela peut se traduire par un sentiment de vulnérabilité, d'insécurité ou une incapacité à se projeter dans l'avenir, les permis étant renouvelés par courtes périodes :

Ça, je regrette ça... d'être restée 18 mois, puis de 6 mois en 6 mois pendant 4 ans, ça n'a pas aidé, pour penser à moi, à ce que j'allais devenir. Et quand au bout de quatre ans, je me suis dit : "Bon, bien là, il faut que je réfléchisse", je ne pouvais plus réfléchir, il fallait que je travaille [...] et puis j'ai fait n'importe quoi. Voilà, j'ai perdu mon temps pendant plusieurs années, jusqu'à ce que, finalement [au bout de 9 ans], je retombe un peu sur mes pattes en faisant quelque chose qui maintenant me plaît beaucoup. [...] Avec le recul, je me dis que j'ai eu du mal à m'intégrer professionnellement au Québec. Si j'étais arrivée comme immigrante et non pas comme visiteuse qui était là temporairement, j'aurais sûrement pris une autre orientation. (Véronique, France, réorientée, professionnelle, champ de la santé)¹³.

Pour d'autres, les situations peuvent être plus complexes, n'ayant accès à aucun service officiel du fait qu'ils ne sont pas résidents permanents. Ce qui les place dans un certain "no man's land". Cela a touché notamment Monique (France, professeure) qui, même avec une lettre d'embauche d'un centre hospitalier universitaire, a dû attendre « sans rien faire » durant une année ses documents d'immigration et ceux du Collège des médecins. Elle n'avait qu'un visa de touriste pendant une année. Avec l'appui de ses collègues, elle a tout de même pu faire quelques formations : « mais je n'avais aucun statut. Enfin, c'était très bizarre. » Pour ceux qui n'ont pas de réseau de soutien, sans statut, l'orientation professionnelle dans ce dédale est d'autant plus malaisée. Une médecin spécialiste diplômée d'Haïti, résidant au Québec depuis 3 ans avec un visa de touriste qui se renouvelle, a fait en vain le tour des différents organismes officiels. Ses seules sources d'information étaient les sites Internet et un organisme communautaire à Montréal qui accepte les sans-papiers. L'unique conseil reçu a été de commencer comme préposée aux bénéficiaires¹⁴.

Un autre enjeu se loge dans cette tension entre les politiques d'attraction de l'immigration et les considérations éthiques. En effet, la valorisation de la mobilité – mobilité qui rappelons-le peut représenter tant un accès privilégié qu'une mobilité forcée (Bauman 1999) – n'apporte

noter que la médecine est l'une des professions les mieux rémunérées au Québec (revenu annuel moyen de 195 896 \$) (RAMQ 2010).

¹³ Tous les noms sont des pseudonymes. Par **professionnel, champ de la santé**, nous entendons un poste de niveau universitaire en santé ou connexe. Dans cette recherche, aucun réorienté universitaire n'est « praticien de la santé ». Par exemple : conseiller en santé et sécurité, conseiller médical en pharmacie, agent de recherche dans des centres hospitaliers universitaires, etc.

¹⁴ Discussions informelles, mai et août 2011.

pas forcément les promesses de réciprocité des avantages entre les pays. Certains, comme Meyer (2001), argumenteront que les pays sources peuvent bénéficier de retours économiques, notamment par les transferts monétaires des réseaux transnationaux ou par les migrations de retour, ce qui pourrait servir de compensation à cette fuite. Ces retours économiques sont toutefois à nuancer, car les problématiques d'intégration de ces migrants très qualifiés témoignent également d'un « gaspillage des cerveaux » (« brain waste », cf. Iredale 1999).

De fait, cet enjeu éthique peut se retrouver exacerbé lorsque le pays d'accueil n'offre pas les conditions nécessaires à la reconnaissance des compétences de ces médecins. À ce sujet, les MDÉ au Québec représentent un cas complexe par rapport aux autres professionnels, leur processus d'intégration étant jalonné par une multitude d'étapes (voir infra) souffrant d'une carence de coordination entre les différents secteurs impliqués dans leur accès professionnel. Ceci complexifie énormément le processus de reconnaissance, chaque palier n'étant spécialiste que d'un aspect très précis, et peut même déboucher sur des incohérences (par ex., la reconnaissance des diplômes via les examens du Collège est relativement accessible, mais les places de résidence régies par les universités québécoises sont quasi inexistantes) (Bourgeault 2007; Boyd et Schellenberg 2007).

Aucun des médecins et intervenants rencontrés dans le cadre de cette recherche n'a remis en cause la présence d'un processus de validation des compétences – il s'agit somme toute de la protection de la population. Toutefois, lorsque des mécanismes de régulation excluent à long terme et n'offrent pas l'espace nécessaire afin de mettre en valeur ses compétences, nous pourrions ici parler de double enjeu éthique. Il s'agit ici non seulement de se préoccuper du recrutement de médecins diplômés à l'étranger, tel que proposé par le Code de bonne pratique de l'OMS, mais aussi de réfléchir sur la condition professionnelle de ces populations, une fois établies au pays. Au Canada, les difficultés de reconnaissance des médecins diplômés à l'étranger ont été amplement documentées et un consensus se dégage quant aux enjeux politiques associés et au fort corporatisme (Bourgeault 2007; Chicha 2009). Les migrants se trouvent donc confrontés à des réalités paradoxales : on déploie un ensemble de stratégies très convaincantes pour les inviter à s'établir tandis qu'en parallèle, une fois sur place, une série de mécanismes entre en jeu qui freinent leur intégration professionnelle. Cette incompréhension a amené Nafissa (Algérie, sans emploi au Québec) à constater que, somme toute,

*le Canada veut de l'immigration, mais ne veut pas de médecins, de professeurs... Il cherche une main-d'œuvre intelligente [pour des postes non qualifiés]*¹⁵.

S'intégrer professionnellement comme médecin n'est pas impossible, mais « c'est un parcours du combattant » pour lequel des ressources importantes sont requises (temps, argent, support personnel et persévérance).

Dans le cadre des politiques d'attraction et d'intégration des personnes immigrantes, nous constatons que l'accent est placé sur les compétences des individus ainsi que leur adaptabilité. Toutefois, leurs trajectoires d'emploi ne peuvent se comprendre uniquement à travers leurs caractéristiques personnelles. Cette rhétorique qui se veut éthique peut aussi s'interpréter à l'aune de l'idéologie néolibérale, où la flexibilisation et la précarisation des travailleurs teintent fortement le marché du travail actuel, flexibilisation qui prend dorénavant une envergure mondiale (Bauman 1999).

4.4 L'intégration professionnelle du point de vue institutionnel : reproduction de la culture organisationnelle et régulation du marché du travail

Le pouvoir professionnel n'est pas un pouvoir naturel, c'est un pouvoir socialement délégué (Bozzini et Contandriopoulos 1977: 35)

Comment comprendre le paradoxe entre le bien-fondé des politiques d'attraction des personnes immigrantes et l'application fragmentaire de celles-ci dans le cadre du processus d'intégration des pratiques organisationnelles sur le marché du travail québécois? L'analyse sociologique des fonctionnements sociaux d'entreprise menée par Sainsaulieu (1997 : 276) met en lumière :

« l'idée qu'une entreprise soit aussi une culture, c'est-à-dire une forme de sociabilité produite, transmise, partagée et renouvelée (...) dont la régulation n'est plus seulement liée aux interactions stratégiques de pouvoir et aux ajustements face aux pressions de l'environnement. »

¹⁵ Il s'agit en fait de représentations récurrentes (cf. observation participante, formation auprès de conseillers en emploi travaillant auprès de personnes immigrantes, 2009-2011).

Il faut donc ajouter l'univers des représentations. Cette culture commune déterminera qui en est membre ou pas (Bibeau et Corin 1995; Shuval et Bernstein 1997a).

Effectivement, sous l'apparente universalité des connaissances biomédicales, chaque contexte national intègre ses pratiques de façon particulière (Dumont et Zurn 2007a). Pour ce qui est de l'intégration professionnelle au Canada de ces médecins venus d'ailleurs, c'est par une série complexe de pratiques fragmentées que s'opère le processus de certification. Barer et Webber (1999) documentent plus de sept voies d'entrée distinctes pour l'accréditation en médecine au Canada, allant de l'étudiant (externat, résidence ou fellowships) aux permis de pratique restrictifs (comme professeur ou spécialiste). Au Québec, un nombre important d'instances officielles est impliqué dans l'une ou l'autre étape du processus d'accréditation des titres de médecin¹⁶. Il y a une fragmentation importante du processus de reconnaissance pour les MDÉ, avec une sur-spécialisation des services impliqués qui transparaît dans la fourchette des services offerts par le gouvernement et à l'égard des pratiques de recrutement. Ceci amène un parcours d'intégration cloisonné dans lequel personne n'est en mesure d'offrir une vision globale, ni de garantir l'accès à l'étape suivante créant un fort sentiment d'insécurité. L'incertitude et le stress qui en découle sont poignants dans les récits des MDÉ rencontrés : « J'ai choisi un risque ; je n'ai pas choisi quelque chose de palpable, là! » (Ana, Roumanie, résidente au Québec). Ce parcours cloisonné amène parfois aussi certaines contradictions entre les instances responsables d'une portion de la reconnaissance professionnelle. Par exemple, Juan, depuis le Mexique, a eu une promesse d'embauche provenant d'un hôpital québécois pour un poste de médecin de famille, via Recrutement Santé Québec. Mais, une fois immigré, le Collège des médecins du Québec lui apprend que sa formation n'est pas admissible pour pratiquer au Québec. Il a dû se réorienter et a entamé des études supérieures en santé (tout en travaillant à temps partiel au « service à la clientèle »).

La profession de médecin, associée en Amérique du Nord à un statut élevé et vecteur de prestige, dont les savoirs scientifiques sembleraient assez facilement transférables, se trouve à l'intersection de différentes structures conditionnant l'intégration (politiques migratoires, conditions d'accès à la profession, politiques d'intégration des personnes immigrantes, etc.). Le contexte de pratique de chacun des systèmes de santé est modulé par son histoire, sa

¹⁶ Collège des médecins du Québec, Collège Royal, Recrutement Santé Québec, ministère de l'Immigration, ministère de la Santé et des Services sociaux, la CRÉPUQ, les Universités.

culture, l'idéologie, les politiques et les ressources économiques disponibles (Sainsaulieu 1997; Shuval et Bernstein 1997a). À titre d'illustration, comment comprendre que la médecine familiale soit déclarée comme prioritaire par le Collège des médecins du Québec tandis que la reconnaissance des omnipraticiens diplômés à l'étranger est des plus complexes? Il faut compter de 5 à 10 ans avant qu'un omnipraticien diplômé à l'étranger ne puisse pratiquer de nouveau¹⁷, le dénouement de la démarche demeurant toujours très incertain. Sachant que la formation d'un médecin au Québec est d'une durée de 6 à 10 ans, n'est-il pas étrange que le processus d'accréditation pour un médecin formé à l'étranger équivaille à la même période? D'autant plus qu'il s'agit d'un secteur prioritaire considéré en pénurie.

De fait, les mécanismes de régulation sur le marché du travail, sous-jacents à la reproduction d'une culture organisationnelle, freinent ou excluent l'intégration effective de professionnels de la santé diplômés à l'étranger. Le modèle analytique de Sainsaulieu (1997) nous aide à souligner l'aspect dynamique du processus d'intégration professionnelle. D'une part, nous voyons l'élaboration de politiques d'attraction, d'autre part nous constatons les enjeux associés à l'application de celles-ci à travers des pratiques contraignantes de gestion des ressources humaines. Il s'agit bien ici non seulement de transférabilité des compétences, mais également de légitimation et d'accréditation à l'instar d'une culture organisationnelle dominante.

La légitimation est ici un élément clé permettant de mettre en lumière l'aspect dynamique du processus d'intégration professionnelle des MDÉ. Comprise comme l'ensemble « des processus sociaux qui permettent l'élaboration d'objectifs légitimes » (Sainsaulieu 1997 : 284), cette légitimation prend tout son sens dans la notion de « culture partagée » ou de « système de sens » (Bibeau et Corin 1995). De fait, « dirigeants, syndicats, corporatisme [...] peuvent s'efforcer d'imposer la domination de leurs propres valeurs » (Sainsaulieu 1997 : 284). Cette légitimation trouve écho dans une certaine idéologie partagée selon laquelle les compétences du migrant sont remises en question. Les résultats de notre enquête laissent voir que cette idéologie se retrouve de façon subtile dans différents discours dominants, prônant par exemple pour ces nouveaux arrivants la nécessité d'un deuil professionnel, la

¹⁷ Sommairement, pour les professeurs et certains spécialistes admissibles au permis restrictif, le processus est de 1 à 3 ans généralement; pour le médecin qui doit reprendre tout le processus de validation – qui doit faire la résidence [la résidence est l'équivalent de l'internat en France, NDR] au Québec –, la durée estimée est de 5 à 10 ans environ. Sauf exception, les omnipraticiens qui visent la médecine familiale doivent compléter leur résidence au Québec.

valorisation d'amorcer une carrière par le bas et de gravir les échelons par le mérite ou bien la nécessité de formations de mise à niveau généralisées. Les médecins rencontrés ont quasi systématiquement reçu de la part de conseillers en immigration ou de conseillers en emploi des discours assez négatifs par rapport à leur profession. Ici encore, les professeurs-chercheurs recrutés à l'étranger font majoritairement exception. Pour les autres, les discours officiels du gouvernement et des instances relayant ses positions sont plutôt pessimistes et les messages de « deuil de la médecine » et de « flexibilité professionnelle » sont très récurrents. À l'ambassade, on dira à Eduardo (Argentine, spécialiste au Québec) « de signer le décès de sa profession ». Lors d'une séance d'information du Ministère de l'Immigration, on dira à Isabelle (spécialiste en France, réorientée au Québec) « que la situation s'améliorait » pour les MDÉ et « que quand même on avait le droit de travailler puisqu'on avait le droit d'être préposée aux bénéficiaires ». Ces discours pourraient traduire des conseils bien intentionnés et relever de l'impuissance face à une situation où la reconnaissance est complexe, ou bien, inversement, exprimer implicitement une vision d'une médecine de "seconde zone" pratiquée à l'étranger¹⁸. Ce n'est pas l'ensemble des conseillers qui ont eu de tels discours, nous sommes conscients des défis pour ceux qui, « en première ligne », accueillent et orientent les MDÉ. Néanmoins, soulignons la portée de tels conseils, qui semblent inscrits dans un certain cadre idéologique institutionnalisé sinon même systémique (Chicha et Charest 2008).

Bourdieu (1980) a souligné la force de légitimation d'un groupe et son pouvoir d'inclusion et d'exclusion. La profession médicale, par le contrôle de l'adhésion des membres à sa corporation, représente bien ce phénomène. En France, l'historien Noiriel (2004) en brosse un aperçu, insistant sur l'évolution du protectionnisme de la profession qui a mené à des effets discriminants à l'égard des étrangers. En effet, le corporatisme est un frein important à l'intégration professionnelle : la complexité des démarches, leur coût et leur lourdeur peuvent freiner la requalification, sinon la bloquer. Ces questions sont abondamment documentées et critiquées pour ce qui concerne les MDÉ, les associations professionnelles n'auraient pas pour unique but de s'assurer de maintenir des standards de pratiques élevés, mais viseraient aussi à restreindre la compétition pour des postes de prestige (Dauphinee 2007). Un

¹⁸ À titre d'illustration, Yves Lamontagne, le président de l'époque, disait dans l'éditorial de la revue du Collège : « Des médecins à deux niveaux, pas plus qu'une médecine à deux vitesses! » (Lamontagne 2005).

médecin d'origine congolaise pratiquant au Québec depuis plus de vingt ans dira sur la question de la discrimination :

ce sont des réalités qu'on n'aime pas dire. C'est vrai que le Collège a le devoir [d'assurer] une médecine de qualité, mais est-ce que c'est détaché de toute émotion ou de tout préjugé? Moi je dis non.¹⁹

De fait, certains pays ou certaines provinces sont plus réceptifs que d'autres à reconnaître les compétences des MDÉ²⁰. Au Québec, le corporatisme et le cloisonnement administratif entre les instances qui régulent représentent un obstacle au processus de reconnaissance, dans lequel « chacun se renvoie la balle »²¹, entre les universités, le Collège et le gouvernement.

Les modes de recrutement des nouveaux membres lors de l'embauche constituent aussi une voie de légitimation du groupe. Des recherches sur les pratiques d'embauche ont montré que les personnes responsables du recrutement ont tendance à sélectionner des personnes faisant déjà partie de leur réseau de connaissances et étant du même groupe social qu'eux (Chicha 2002; Fortin 2002a; Liu 2007). Aussi, les "compétences sociales ou relationnelles" jouant dans l'évaluation des gestionnaires ou recruteurs, les nouveaux migrants se voient désavantagés, ne maîtrisant pas toujours les codes implicites de la culture organisationnelle du milieu. Cela pourrait expliquer en partie la plus forte proportion d'admissions en résidence de médecins originaires de pays occidentaux que nous avons évoquée plus haut.

Ainsi, la transférabilité des compétences des médecins diplômés à l'étranger n'est pas seulement modulée par leurs caractéristiques personnelles ou par le contenu des cursus universitaires. Les effets de la culture organisationnelle se manifestent à plusieurs niveaux. Le processus d'intégration professionnelle ne signifie donc pas seulement le rapprochement de l'individu et du marché du travail, cela implique nécessairement le fonctionnement des entreprises et des institutions ainsi que celui de la société dans son ensemble (Berset *et al.* 1999; Chicha et Charest 2008; Sainsaulieu 1997). Or, face à cet environnement institutionnel et à la culture organisationnelle dont est issu un ensemble de réglementations formelles, les acteurs en présence développent des stratégies, qui sont l'objet de la prochaine section.

¹⁹ Observation participante décembre 2009.

²⁰ Voir les annexes du document de l'OCDE qui explicitent les démarches d'accréditation des MDÉ selon les pays (Dumont et Zurn 2007).

²¹ Expression très fréquente dans le milieu, ici de Mehdi (médecin généraliste d'Algérie, réorienté au Québec, professionnel, champ de la santé).

4.5 L'intégration professionnelle du point de vue stratégique : pratiques de négociation et d'affinité

*Success comes in medicine from getting the respect of one's colleagues.*²² (Dr. B., old Chicago, USA) (Hall 1946: 35)

L'aspect dynamique et relationnel de l'intégration professionnelle est mis en évidence à travers la dialectique complexe entre, d'une part, le processus de régulation et de légitimation, et d'autre part les stratégies et négociations mises en branle par les acteurs face aux réglementations existantes (Sainsaulieu 1997). Berset et ses collègues dans une analyse portant sur la reconnaissance des compétences professionnelles des migrants vont dans ce sens :

« [L']adaptation n'est pas le simple rapprochement d'un nouveau contexte professionnel et d'un migrant, mais résulte d'ajustements mutuels incessants commandés aussi bien par des éléments propres à l'adaptation (organisation du travail, compétences) que par des éléments indirects (concurrence, marché). Le degré d'adéquation des personnes aux postes dépend directement de la capacité de négociation des parties en présence. » (Berset *et al.* 1999: 98)

Comme nous l'avons soulevé dans la première partie, sur le marché du travail québécois, on observe une intégration professionnelle très variable des MDÉ. Certains accèdent à des postes prestigieux, d'autres se réorientent vers des postes de niveau universitaire, tandis qu'une autre portion semble bloquée dans des emplois de « compromis », qui ne sont pas toujours valorisés socialement. Ceci soulève plusieurs interrogations quant aux parcours si hétérogènes pour un même groupe professionnel – dont, rappelons-le, le tiers des MDÉ au Canada ne travailleraient même pas dans le secteur de la santé (Boyd et Schellenberg 2007). Il ne s'agit pas seulement de capital humain et de compétences, mais bien aussi de stratégies informelles de négociation, d'affinités sélectives et de reconnaissance différentielle (Sainsaulieu 1977, 1997). Les identités, les savoirs et les alliances des acteurs influencent les trajectoires d'intégration professionnelle. Par un ensemble de processus de négociation et de reconnaissance, certains intégreront la gouverne des systèmes de santé et d'autres en seront exclus.

²² « En médecine, le succès vient en obtenant le respect de ses collègues ».

4.5.1 Stratégies informelles de négociation

La notion de « système social », dans lequel les pratiques informelles d'un groupe professionnel permettent une poursuite effective de ses objectifs, est ici très pertinente (Sainsaulieu 1997). Ce système social – ou réseau associatif – constitue un ensemble d'interactions entre acteurs reproduites au point d'établir des liens collectifs durables qui transforment les effets prévus par les régulations issues de l'organisation formelle. Dans notre recherche, une tendance de base se dégage des stratégies d'intégration professionnelle recensées : le plus souvent, les structures et ressources formelles sont initialement contactées, minimalement pour une prise de connaissance des possibilités et l'information de base (Collège des médecins, Ministère de l'Immigration, Recrutement Santé Québec). Les professeurs et les spécialistes qui sont en mesure d'obtenir un permis restrictif sont généralement dans ce cas de figure, mais cela ne garantit en rien l'absence de difficultés. Pour d'autres, dont les parcours sont plus sinueux et incertains, des stratégies (réseaux associatifs ou de soutien par les pairs) sont mises en place afin de surpasser ces réglementations contraignantes. Ici, « frapper à la bonne porte »²³ est crucial, afin que les démarches ne débouchent pas sur un « cul-de-sac » et une désemployabilité handicapante. Pour les MDÉ, la présence d'un mentor ou l'accès à un service d'orientation s'avère indispensable compte tenu de l'organisation complexe du milieu médical et de l'importance d'en manier les règles implicites (Canadian Task Force 2004). Il s'agit réellement d'un parcours d'initiés. Les résultats de notre recherche révèlent que la présence d'un mentor – soit un médecin immigrant qui est passé par un processus similaire de requalification – s'avère un élément clé pour ceux qui doivent élaborer des stratégies afin de refaire la résidence. Catiana nous dira que c'est grâce à des pairs qu'elle a pu comprendre le système d'admission en résidence « c'est très complexe! Et moi, justement, c'est grâce aux médecins étrangers que j'ai pu savoir » (Chili, en résidence). Compte tenu de la complexité des démarches, de leur fragmentation et de l'importance de manier les codes et pratiques, les ressources officielles ou celles de la communauté d'origine ne sont pas toujours en mesure de guider et d'orienter un MDÉ de façon effective.

Ainsi, ces stratégies informelles, acquises à travers le bouche-à-oreille, revêtent une importance capitale. Mentionnons à titre d'exemple l'importance de compléter un stage d'observation d'au moins un mois en milieu médical, idéalement quelques mois avant le

²³ Expression d'Eduardo, Argentine, spécialiste au Québec suite à un parcours du combattant de 6 ans pour la reconnaissance.

processus de demande d'admission pour la résidence en médecine. Cette information essentielle et non officielle²⁴ est amplement discutée sur des forums de discussion via Internet ou à travers le réseau de soutien constitué de mentors :

Ce n'est pas écrit, mais quand vous parlez à des médecins étrangers, tous sans exception vont chercher des stages d'observation, parce que tout le monde sait qu'entre avoir réussi tous les examens et être admis [en résidence], les stages d'observation sont comme un pas nécessaire. (Manuel, spécialiste en Colombie, en résidence)

Non documentées officiellement, ces stratégies paraissent, aux yeux de certains, des démarches souterraines, voire clandestines (Moulet 1992) :

S'il y a une information, et que cette information n'est pas diffusée au grand monde, si c'est secret [...] L'information, moi je dirais, n'a pas sa valeur d'être, vu qu'elle n'est pas diffusée [officiellement]. (Dany, Haïti, réorienté, études supérieures champ de la santé)

La prise en compte des réseaux sociaux et associatifs est une voie d'entrée féconde afin d'approcher les dynamiques d'intégration et de mettre en perspective les déterminants structuraux. Le réseau de soutien informel et la perception de l'accessibilité des ressources institutionnelles vont influencer les stratégies de négociation des MDÉ au cours de leur processus d'établissement.

4.5.2 Affinité sélective et reconnaissance différentielle

Les MDÉ évoluent dans des parcours dont les contours flous et dynamiques sont très complexes. Nos analyses révèlent une tension entre, d'un côté, les rapports d'affinité avec leurs pairs et, de l'autre, la recherche d'une reconnaissance institutionnelle qui pourrait faciliter leur intégration sur le marché du travail. Paradoxalement, ces rapports interpersonnels entre les MDÉ, aussi connus sous le terme d'« affinités sélectives » (Sainsaulieu 1977), compliquent le développement d'un espace de reconnaissance institutionnelle face à des mécanismes dominants de régulation du marché du travail. Notre terrain a soulevé deux éléments concrets de ce paradoxe. D'une part, il en résulte une difficulté accrue de construire un dispositif de reconnaissance collective sur le plan

²⁴ Par exemple, lors d'une séance d'information du Collège des Médecins en novembre 2009, le représentant mentionnait ne pas en connaître l'existence.

associatif²⁵. D'autre part, certains pourront même adopter des stratégies identitaires afin de ne pas se voir associés au groupe de MDÉ, particulièrement en résidence, craignant d'être stigmatisés par les professeurs :

Même si je suis encore étrangère – parce que ça ne se change pas –, mais moi j'affirme toujours que j'ai fini à l'Université [au Québec]. Parce qu'il y a quand même une discrimination qui se fait d'emblée entre les médecins étrangers qui commencent la résidence directement et un médecin qui finit ici les études [via l'externat]. [...] De la part des patrons, donc des médecins superviseurs. Ils sont d'emblée visés. Mais pas dans le sens d'être aidés : dans le sens de trouver leurs défauts, malheureusement. (Ana, Roumanie, en résidence)

Dans ce contexte paradoxal, les repères socioprofessionnels deviennent incertains, ce qui amène les professionnels à inventer de nouvelles façons de s'intégrer tout en diversifiant leurs stratégies.

Parallèlement, la reconnaissance différentielle selon les contextes met bien en lumière les asymétries des rapports de pouvoir mis en jeu par les acteurs ainsi que l'aspect circonstanciel de la légitimité accordée à un statut professionnel. En effet, comment expliquer qu'un médecin haïtien soit reconnu par ses collègues canadiens en Haïti, mais pas sur le sol québécois? « Ils n'avaient pas le choix », dira Joseph :

Quand on est sur place là-bas, tu es dans une autre structure et tu es dans une autre position. J'étais dans une position de chef. À ce moment, ils n'ont pas d'autres options que de négocier ou bien que de s'asseoir avec le chef. Parce qu'eux autres [les médecins québécois, les employeurs] ils n'ont pas besoin de vous ici [au Québec], ils ont besoin de vous là-bas. (Joseph, Haïti, réorienté, professionnel, champ de la santé, travaille à l'international)

Ainsi, les compétences voyagent, mais la réputation reste au pays. Une distinction intéressante est faite à ce sujet par Berset et ses collègues (1999 : 93) entre la transférabilité des diplômes des migrants, qui est en « fonction de l'évaluation de leur renommée », et la transférabilité de sa réputation professionnelle qui « dépend de l'étendue estimée du réseau professionnel dans lequel il est inséré ».

Un autre exemple de cette intégration relative se retrouve dans la reconnaissance informelle, au quotidien, par les collègues tandis que le médecin immigrant n'a pas réussi à négocier

²⁵ Les MDÉ représentent une catégorie regroupant des profils très hétérogènes, nous avons recensé au moins six associations distinctes de reconnaissance des droits des MDÉ au Québec, principalement spécialisées selon leur statut de pratique.

celle-ci dans la structure formelle. Le médecin diplômé à l'étranger pourra être embauché sur la base de ses compétences et connaissances, tandis qu'il ne réussit pas à se faire valoir formellement. Cela a des répercussions concrètes, par exemple sur les niveaux de rémunération :

Mes collègues [...] me considèrent comme médecin, ils savent que je suis médecin, et me demandent de travailler comme quelqu'un qui a tant d'années d'études derrière elle et tant d'expérience. Mes supérieurs, pareil. Mais je rentre dans des cases, que ce soit à l'université ou quand je suis payée par un hôpital, là, les ressources humaines ne reconnaissent absolument pas mon diplôme de médecin comme quoi que ce soit. Comme RIEN. (Véronique, France, réorientée, professionnelle, champ de la santé)

Certains compromis pourront naître de cette reconnaissance différentielle, telle que la relativisation de son identité professionnelle – c'est le cas de médecins se réorientant vers d'autres champs de pratique, en santé publique notamment²⁶.

4.6 Conclusion

La mobilité des professionnels de la santé sur le plan international représente un enjeu en santé mondiale, non seulement en ce qui concerne leur « fuite », mais aussi relativement aux conditions de leur reconnaissance professionnelle dans les pays d'accueil, provoquant parfois un double enjeu éthique. Les gouvernements canadiens et québécois, via des programmes politiques d'attraction et des mesures visant à favoriser l'intégration des personnes immigrantes, souhaitent accueillir des professionnels ayant un profil prometteur. Néanmoins, parallèlement, le système socio-sanitaire québécois favorise la reproduction d'une culture organisationnelle qui soutient un protectionnisme sur le marché du travail. Des rapports de pouvoir sont en jeu et mettent à l'écart des professionnels dont le profil ne correspond pas à la norme. Nous avons vu que les trajectoires d'intégration professionnelle des MDÉ sont très hétérogènes. Se requalifier professionnellement, ici comme médecin, ne dépend pas que des caractéristiques personnelles. D'autres facteurs tels que la connaissance de règles implicites acquise par les pairs, une origine occidentale, un profil hautement spécialisé, ou la capacité de mobiliser des ressources matérielles et relationnelles, jouent fortement en leur faveur. En ce sens, il apparaît opportun de revisiter le

²⁶ Les thèmes de la réorientation professionnelle et des stratégies identitaires seront développés dans le cadre de publications ultérieures.

postulat du capital humain selon lequel le migrant qui s'intégrerait le plus aisément sur le marché du travail serait le plus qualifié.

L'intégration professionnelle, comprise comme un processus relationnel configuré par une chaîne de stratégies de négociation et de reconnaissance différentielle, dépend de l'ensemble des acteurs en présence. Une perspective prenant en compte l'imbrication des niveaux d'analyse et l'enchevêtrement organisé « d'interactions, structures et culture » (Sainsaulieu 1997) permet de soulever les zones de tension et de forces associées à la gouvernance des systèmes de santé contemporains.

Dans ce contexte, les trajectoires socioprofessionnelles des MDÉ au Québec permettent d'illustrer la complexité du processus d'intégration ainsi que l'imbrication et l'interconnexion dialectique entre des phénomènes macrosociaux (telles les politiques, la culture et les représentations sociales) ou mésosociaux (comme les environnements institutionnels et associatifs) et des facteurs d'ordre microsociaux (telles les stratégies de négociation déployées par les MDÉ). Au Québec, dans ce monde néolibéral, les politiques publiques, tant de gestion des systèmes de santé, des ressources humaines que d'intégration des personnes immigrantes, continuent à être modulées à travers le prisme de l'individu et de son autonomie, tandis que les structures sociales et des cultures institutionnelles plus larges influencent leurs trajectoires d'intégration professionnelle. Cette recherche se veut une réflexion sur ces pratiques. Il apparaît opportun de réfléchir sur la nature des programmes d'intégration des personnes immigrantes sur le marché du travail québécois – dont la majorité sont centrés sur l'adaptation de l'individu – ainsi que la nécessité d'apporter des solutions de portée systémique (Chicha et Charest 2008). Une approche socio-anthropologique de la santé mondiale, à la fois locale et globale, prenant en compte les imbrications des niveaux d'analyse et visant à mettre au jour l'interrelation entre des jeux de pouvoir locaux et des inégalités sociales à l'échelle mondiale révèle les processus complexes à l'œuvre dans le cadre de trajectoires d'intégration professionnelle (Suárez-Herrera 2010; Suárez-Herrera *et al.* 2013).

Références

- ALLSOP J., BOURGEAULT I. L., EVETTS J., LE BIANIC T., JONES K. et WREDE S., 2009. « Encountering Globalization: Professional Groups in an International Context », *Current Sociology*, 57(4) : 487-510. DOI : [10.1177/0011392109104351](https://doi.org/10.1177/0011392109104351)
- BARER M. L. et WEBBER W. A., 1999. *Immigration and emigration of physicians to/from Canada*. Health Human Resources Unit Research Reports, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
- BAUMAN Z., 1999. *Le coût humain de la mondialisation*. Paris, Hachette Littératures.
- BERSET A., WEYGOLD S.-A., CREVOISIER O. et HAINARD F., 1999. « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants. Approche théorique », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 15(3) : 87-100. DOI : [10.3406/remi.1999.1693](https://doi.org/10.3406/remi.1999.1693)
- BIBEAU G. et CORIN E., 1995. « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale », in F. TRUDEL, P. CHAREST et Y. BRETON (éd.), *La construction de l'anthropologie québécoise*. Québec, Les Presses de l'Université Laval : 105-148.
- BOURDIEU P., 1980. *Le sens pratique*. Paris, Les Éditions de Minuit. DOI : [10.3406/arss.1976.3383](https://doi.org/10.3406/arss.1976.3383)
- BOURGEAULT I. L., 2007. « Brain Drain, Brain Gain and Brain Waste. Programs Aimed at Integrating and Retaining the Best and the Brightest in Health Care », *Canadian Issues/Thèmes Canadiens* : 96-99.
- BOYD M. et SCHELLENBERG G., 2007. *Réagrément et professions des médecins et ingénieurs immigrants*. Statistique Canada, Tendances sociales canadiennes.
- BOZZINI L. et CONTANDRIOPOULOS A.-P., 1977. « La pratique médicale au Québec : mythes et réalités », *Sociologie et sociétés*, 9(1) : 33-54. DOI : [10.7202/001488ar](https://doi.org/10.7202/001488ar)
- CANADIAN TASK FORCE OF INTERNATIONAL MEDICAL GRADUATE LICENSURE, 2004. *Report of the Canadian Task Force of International Medical Graduate Licensure*. Federal/ Provincial/ Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources, february.
- CARMS, 2011. *Rapports & Statistiques - Rapports des jumelages R-1 – 2011*. (en ligne), http://www.carms.ca/fre/operations_R1reports_11_f.shtml (consulté le 04-06-2012)
- CHICHA M.-T., 2002. « La gestion de la diversité: l'étroite interdépendance de l'équité et de l'efficacité », *Effectif*, 5(1) : 18-27.
- CHICHA M.-T., 2009. *Le mirage de l'égalité: les immigrées hautement qualifiées à Montréal*. Montréal, La fondation canadienne des relations raciales, septembre.
- CHICHA M.-T. et CHAREST É., 2008. *L'intégration des immigrants sur le marché du travail à Montréal : politiques et enjeux*. IRPP - Institute for Research on Public Policy/ Institut de recherche en politiques publiques.
- CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA (CIC), 2011. *Communiqué – La catégorie de l'expérience canadienne attire les meilleurs et les plus brillants au Canada*. CIC, Relations avec les médias. Ottawa. (en ligne), www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiques/2011/2011-11-02a.asp (consulté le 20-11-2011).
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), 2010. « Répartition des médecins inscrits au tableau selon le lieu d'obtention de leur diplôme en médecine », Montréal. (en ligne), <http://www.cmq.org>

- COMMONWEALTH MINISTERS OF HEALTH, 2003. *Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers*. Geneva. (en ligne), www.thecommonwealth.org/
- CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ), 2012. *Les professions réglementées*. Montréal. (en ligne), www.professions-quebec.org/
- DAUPHINEE W. D., 2007. « Credentials Recognition in Medicine. History, Progress and Lessons », *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*, printemps : 100-103.
- DUMONT J.-C. et ZURN P., 2007a. « PARTIE III. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », *Perspectives des migrations internationales 2007*, SOPEMI, OCDE : 171-244.
- FASSIN D., 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique », in HOURS, B. (éd.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala : 22-40.
- FORTIN S., 2000b. *Pour en finir avec l'intégration...* Document de recherche, série « Working Paper », Groupe de recherche ethnicité et société, Université de Montréal.
- FORTIN S., 2002a. *Trajectoires migratoires et espaces de sociabilité : Stratégies de migrants de France à Montréal*. Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Montréal.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 2009. *Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration professionnelle des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. (en ligne), www.msss.gouv.qc.ca/ (consulté le 29-04-2010)
- HALL O., 1946. « The informal organization of the medical profession », *The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d'Économie et de Science politique*, 12(1) : 30-44. DOI : [10.2307/137330](https://doi.org/10.2307/137330)
- IREDALE R., 1999. « The Need to Import Skilled Personnel: Factors Favouring and Hindering its International Mobility », *International Migration*, 37(1) : 89-123.
- IREDEALE R., 2001. « The Migration of Professionals: Theories and Typologies », *International Migration*, 39(5) : 7-26. DOI : [10.1111/1468-2435.00169](https://doi.org/10.1111/1468-2435.00169)
- LAHIRE B., 2012. *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Paris, Seuil.
- LAMONTAGNE Y., 2005. « Éditorial », *Le collège*, XLV(1) : 5.
- LIU E., 2007. *A descriptive study of employer's attitudes and practices in hiring newcomer job seekers*. CERIS, no.31. Policy matters, novembre.
- LOCHARD Y., MEILLAND C. et VIPREY M., 2007. « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *Revue de l'IRES*, 53 - 2007(1) : 83-110.
- MARCHAL B. et KEGELS G., 2003. « Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? », *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(S1) : S89-S101. DOI : [10.1002/hpm.720](https://doi.org/10.1002/hpm.720)
- MEYER J.-B., 2001. « Network Approach versus Brain Drain: Lessons from the Diaspora », *International Migration*, 39(5) : 91-110. DOI : [10.1111/1468-2435.00173](https://doi.org/10.1111/1468-2435.00173)
- MOULLET M., 1992. *Le management clandestin*. Paris, InterEditions.
- NOIRIEL G., 2004. « Professions de santé, professions protégées : un historique », *Migrations société*, 16(95) : 65-76.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2010. *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé - WHA63.16*. OMS.
- PARANT M., 2001. *Les politiques d'immigration du Canada: stratégies, enjeux et perspectives*. Les études du CÉRI, Centre d'études et de recherches internationales, Sciences Po.
- PICHÉ V., 2008. « Les travailleurs migrants, nouveaux non-citoyens du monde », *Possibles*, 32(3-4) : 41-51.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), 2010. *Tableau SM.25. Nombre de médecins et montant moyen selon le mode de rémunération, la classe des paiements, la catégorie de médecins, le groupe de spécialités et la spécialité. Données de 2009*. Québec, Services médicaux.
- SAILLANT F. et GENEST S. (éd.), 2005. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. St-Nicolas, Presses de l'Université Laval.
- SAINSAULIEU R., 1977. *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- SAINSAULIEU R., 1997. *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*. Paris, Presses de sciences po.
- SHUVAL J. T. et BERNSTEIN J. H. (éd.), 1997a. *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*. Westport, Connecticut, London, Praeger Publishers.
- SMITH M. P. et FAVELL A. (éd.), 2006. *The human face of global mobility : international highly skilled migration in Europe, North America and the Asia-Pacific*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers.
- SOW D. Un autre discours sur l'intégration des médecins diplômés à l'étranger est possible. Montréal. (en ligne), <http://doudousow.wordpress.com/2010/11/17/> (consulté le 20-09-2011)
- SUÁREZ-HERRERA J. C., 2010. *L'intégration organisationnelle de la participation: des enjeux locaux pour une santé publique globale*. Thèse de doctorat en Santé publique, dép. d'administration de la santé, Université de Montréal.
- SUÁREZ-HERRERA J. C., BLAIN M.-J. et BIBEAU G., 2013. « Perspectives socioanthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale », in J. L. KLEIN et M. ROY (éd.), *Pour une nouvelle mondialisation. Le défi d'innover*. Montréal, Presses de l'Université du Québec: 65-83.

CHAPITRE 5 - PROFESSIONAL JOURNEYS OF INTERNATIONAL MEDICAL GRADUATES IN QUEBEC: RECOGNITION, UPHILL BATTLES, OR CAREER CHANGE

Blain, Marie-Jeanne, Sylvie Fortin et Fernando Alvarez (sous presse 2015). "Professional Journeys of International Medical Graduates in Quebec: Recognition, Uphill Battles, or Career Change", *Journal of International Migration and Integration (JIMI)*, 25 p. <http://link.springer.com/journal/12134>

Abstract

In Quebec and Canada, immigration policies are designed to attract "the best and the brightest." Once migration occurs, however, the "brain waste" is challenging. This research focuses on the professional trajectories of international medical graduates (IMG) who migrate to Quebec. The main goal is to understand why certain individuals of a similar occupational group can easily access the doctoral profession while others cannot. Following a qualitative approach, and stemming from IMGs' perspectives, this article explores the interplay of economic, social and symbolic resources in a context of highly fragmented institutional resources and protectionism. We are critical of the individual-centered approaches that ignore social norms and constraints. If migrants are free to choose their paths and manner of integration, the "human capital" approach is limited in explaining the heterogeneous pathways within the same professional group. The current structure for professional recognition places unusual constraints on IMGs whereby some encounter more obstacles than others. The "battle" for professional recognition takes shape in a highly competitive context, one which – although presented as a neutral process – is underlain with ideological, relational and subjective currents.

Keywords: International medical graduates, highly qualified migrants, occupational integration, recognition, Quebec-Canada, employment resources

5.1 Introduction

The real power of the global mobility myth stems from its individualist faith; the idea that the human capital of education can take you where you want regardless of social structure or social reproduction. (Favell et al. 2006: 17)

What is the professional future of immigrant physicians in Quebec? This article explores the heterogeneity of their professional integration trajectories and their experiences in the labour market. Over the last few decades, Quebec and Canada have put policies in place aimed at attracting immigrants with highly valued skills. In 2006, more than 50% of recent immigrants held a university degree (Galarneau and Morissette 2008b). A growing proportion held medical degrees because, since 2002, medicine was no longer an inadmissible profession for selected immigrants (Gouvernement du Québec 2009). The current immigration selection practices are guided by the premise that a high human capital contributes to professional integration, favoring both a good salary and corresponding socioeconomic status (cf. Hawthorne 2007; Li 2008). This is contrasted by the fact that more than half of recent immigrants with university degrees work in a job requiring only a high school diploma (Li et al. 2006b). Those with medical degrees are no exception. Nevertheless, according to the human capital approach, professional difficulties in the labour market are due to a deficit of human capital: education, pre-migratory competencies and professional experience are the main indicators of a person's labour market outcomes (Grenier and Xue 2011). This article will examine a number of reasons why this approach doesn't explain the wide variety of pathways to employment integration for professional immigrants (Bourgeault and Neiterman 2013; Favell et al. 2006; Iredale 2001). Firstly, the human capital approach doesn't take into account the structural barriers that affect immigrants working in regulated occupations. The "transferability" of their human capital is limited by professional recognition (Berset et al. 1999). In Quebec and in Canada, the scarcity of initiatives and the limited reach of programs aimed at promoting professional recognition of these doctors have been criticized (Bourgeault and Neiterman 2013; Chicha and Charest 2008; Dauphinee 2003). Coordination between the institutional players involved, financial support, and, in some cases, bridging programs are significant factors of requalification (Baldacchino and Hood 2008; Bourgeault and Neiterman 2013; Sharieff and Zakus 2006). As such, we are faced with a paradox on the political level. On one hand, the accessibility of employment integration programs for newcomers is presented as a priority for the governments of Quebec and Canada. At the same time

however, the Department of Immigration insists on the individual immigrant's responsibility. It promotes professional "flexibility," suggesting that immigrants accept "a job other than the one [they are] seeking or one involving less responsibility, while [they] acquire Quebec experience or obtain training" (MIDI 2014c).

Taking this paradox as a point of departure, this article will examine the professional integration of international medical graduates (IMGs).¹ More specifically, we will consider the variety of pathways to employment integration for highly qualified immigrants within the same occupational group. How do some come to occupy positions as professors and researchers of medicine, family doctors, public health professionals or nurse assistants? From the point of view and the experiences of physicians who have immigrated to Quebec, this article will attempt to respond to this question by examining the pathways to professional integration, as well as the strategies and resources mobilized in this sociopolitical context.

As part of an anthropological study, this article emphasizes the relational and strategic character of professional integration processes that go beyond the individual and their personal characteristics. It involves society as a whole, including the functioning of corporations, institutions and state apparatus (Fournier and Bourassa 2004; Sainsaulieu 1997). In a labour market with numerous constraints and rules to determine access to the medical profession, IMGs are seen as actors who deploy a range of strategies to accomplish their objectives. The strategic capacity, however, is uneven as it takes place within a context of unequal power relationships and depends upon the individual's position (Sainsaulieu 1997).

Since the 1970s, an increasing number of studies focus on the influence of social networks on employment integration, examining the effect of the density of connections ("strong" or "weak" ties, cf. Granovetter 1973), or of the ethnic network on professional integration and mobility (Arcand et al. 2009; Geddie 2002; Li 2008; Potter 1999). For our part, because accessibility of services dedicated to foreign qualification recognition influences pathways to integration, we have examined the support resources at large, whether it be individuals or services offered in the locality.

¹ The IMGs in our study are all immigrants who hold degrees from outside Canada and the U.S. They were recruited from overseas by institutions in Quebec, or immigrated without a confirmed job beforehand.

Taking people's social networks into account allows us to gain perspective on the structural determinants, in addition to offering alternative explanations to the human capital approach which is based on "the 'universal' metric of skill and talent" (Favell et al. 2006: 17). Indeed, certain difficulties can be explained by groups who have networks that are "less well structured or less supportive" (Fortin and Renaud 2004). Furthermore, the level of support from social networks depends upon the type of information they contain, and that they can be both a resource and a responsibility (as shown by the family for example) (Grenier and Xue 2011; Li 2008; Potter 1999). With regards to immigrants' professional integration, Berset et al. (1999: 93) make a distinction between the transferability of degrees from one national context to another, which "depends on the evaluation of their renown," and the transferability of someone's professional reputation, which "depends on the estimated extent of their professional network." In other words, this article explores the possibility that immigrants benefit from varying symbolic² and relational resources (Fortin and Renaud 2004).

Our research highlights the fact that requalification as a doctor requires either a valued and competitive profile along with symbolic and social resources, or the capacity to work their way through a highly fragmented path with the help of a peer-support network. For IMGs in a process of a career transition, recognition of their professional background varies according to the resource people and counsellors they meet. We will see that career choices and strategies are not only attributable to intrinsic characteristics, the individual, personal values or culture. On the contrary, this article suggests that the structural context of professional recognition, the power relationships and the social and symbolic resources of migrants play a great influence on their possibilities to work in the medical field.

In this perspective, we aim to shed light on the complexity of the professional trajectories for the same occupational group with similar human capital: highly educated individuals with professional experiences in medicine, speaking French, but with a heterogeneous transferability of experiences and education. To do so, the article begins with a statistical overview and portrait of the local political setting with regards to professional integration. A methodological overview precedes the presentation and discussion of our results which are divided into three different scenarios: "Recognition: The invisible pathways of the recruited," "The uphill battle," and "The career change." Further discussion of this typology and IMGs'

² i.e. "social recognition of the group, of the place it occupies and the value of this place within a given milieu" (Fortin and Renaud 2004: 35).

perceptions of institutional resources closes the analyses, leading to our concluding remarks. Differences in IMGs' paths are highlighted in terms of resources consulted and strategies deployed. We also voice their shared concerns by including a few suggestions as to how to better the professional integration of these highly skilled migrants and close our remarks with the study limitations.

5.2 Integration into the Labour Market for an International Medical Graduate

5.2.1 Statistical Overview

The story of the taxi driver, it's an urban legend in my opinion, but they do often find themselves working as nurses, or for a pharmaceutical company, or they do... But to work as a doctor... [long silence] (Jean-Claude, France, one year recognition process)

Since 2002, the number of IMGs settling in Quebec as skilled workers has been increasing, rising from “about fifty in 2003 to more than 320 in 2008” (Gouvernement du Québec 2009: 8). There are currently 2481 IMGs who are licensed to practice in Quebec (11% of doctors) (CMQ 2014), the lowest rate in Canada (22% is the average) (CIHI 2009). There is no precise data regarding the number of IMGs who are not practicing medicine in Quebec – the declaration of one's profession is not systematically required in the immigration process (Bourgeault and Neiterman 2013) – but *l'Association Médecins d'Ailleurs* estimates this number at 3000 (Sow 2010).

The difficulties of professional integration for IMGs is well documented in Quebec (Bardai 2010; Chicha 2009) and in Canada (Bourgeault 2007; Bourgeault and Neiterman 2013; Dauphinee 2007; Foster 2008; Neiterman and Bourgeault 2012). Compared to other provinces, “the match rates of foreign-educated immigrants working in their corresponding occupation” is only 19% in Quebec - the lowest rate in Canada (average 33%) (Zietsma 2010b: 17). According to data analysis from the 2006 Canadian census, 44% of international medical graduates do not practice their profession (Zietsma 2010b). Analyses of the 2001 census showed similar results – nearly half of IMGs changed careers, and a quarter of these took positions unrelated to medicine or health care (Boyd 2013). It appears that IMGs from French or English speaking countries with similar educational systems were more likely to

practice as physicians, while immigrants who arrived after the 1990s from “developing countries” would encounter more difficulties (Boyd 2013; Zietsma 2010b). Additionally, it seems that admission to residency programs is easier for IMGs holding a degree from Europe (CaRMS 2013). It also seems that female IMGs have a higher likelihood of changing careers than their male counterparts. When they do work as doctors, female IMGs refer more frequently to the challenges placed on their family and couple (Bourgeault and Neiterman 2013). This could be the result of “family strategies” that prioritize one of the members of a couple during their employment integration pathway (Chicha 2012).

Our study echoes this general statistical overview as our results expose similar realities. A dynamic analysis of the career paths of the 31 IMGs we encountered reveals cross-cutting elements: professional downgrading and precariousness characterize most of their initial stages, followed by professional mobility. This was the case for two thirds of the IMGs we met, with the university professor-researchers being the main exception as we will see later. In light of this statistical tendency and general panorama, one of the aims of this study is to better understand IMGs’ experiences and strategies to establish themselves professionally. Moreover, documenting the pathways of migrants who succeed in practicing their profession is less common (cf. Misorowska 2012) and we hope that by shedding light on the facilitating trajectories encountered in our study, we can bring new insights to the complex professional paths of IMGs in Quebec.

5.2.2 Policies & Programs, Pathways & Resources for Professional Integration

You have to work harder than others. Are you not as good as others? It's not that you aren't as good - just, you don't think like the others. (Sayed, Algeria, family doctor in Quebec, five year process before professional recognition)

The policies put in place by governments as well as the programs to support immigrants’ professional integration, particularly for IMGs, have a strong influence on their occupational trajectories (Bourgeault 2007; Bourgeault and Neiterman 2013; Dumont and Zurn 2007b; Shual and Bernstein 1997a). The Government of Quebec has a responsibility to support the integration of newcomers, and in a spirit of partnership and decentralization it favours collaboration with the public, para-governmental, private and community sectors (Chicha and Charest 2008; Germain and Trinh 2010; MICC 2013d). Specifically for IMGs, the licensing

process is a provincial jurisdiction and, for some years now, several institutional bodies have combined efforts in order to clarify what steps will allow IMGs to obtain a practice permit and to specify the eligibility criteria. In Quebec there are at least six official institutions concerned: *Collège des médecins du Québec*, Royal College, *Recrutement Santé Québec*, the Ministry of Immigration, the Ministry of Health and Social Services, as well as universities. This does not include the myriad of services related to assessment such as the evaluation of International Health Graduates Centre, the employment-related services through *Emploi-Québec*, and various community organizations or associations.

As we will see more in detail, the pathways to integration are multiple, happen at “different speeds” and require varying investments of time and energy. For those who become requalified and practice medicine, there are several entryways (Barer and Webber 1999). In sum, the IMGs can access practice either as a student (clerkship, residency or fellowship) or under the restrictive practice permits (professor or specialist) - which means that the need for access to resources, or for establishing a support network, varies significantly. The length of the process is quite variable and depends on each entryway, ranging from some months to ten years (see end of the text: Table 1, Entryways to practicing and minimal length of process and Table 2, Resources consulted). Basically, for the professor-researcher working for a university or for the specialist physician admissible for a restrictive permit (filling a regional gap in an “*underserved area*”), the process of certification is considerably shorter (one to three years). These “**recruited**” respond to the medical manpower orientations, are sponsored by a medical institution³ and are considered to be a priority for the government. For other “requalified” IMGs, their experience is quite different: They spoke of an “**uphill battle**” (a three to ten year process)⁴.

There is also the category of **professional re-orientation**, and this process is a challenge as working in the health domain nearly always requires updating studies. Several strategies are employed, such as training, an interim job, entrepreneurship or redefining one’s expectations (Chicha 2009; Collins 2012; Shuval 2000; Türegün 2011). A change of career is experienced

³ Having an official letter of employment along with the sponsorship of an institution does not exempt individuals from difficulties (Blain et al. 2012). In our typology, the administrative definition of “recruited” on a restrictive permit does not exactly match ours. We have considered that a process of more than 3 years is an “uphill battle” as the respondent experienced greater difficulties to access medical practices.

⁴ A process of ten years is not unusual if the IMG was unable to pay for the College exam (high cost), or, if the admission process in residence was not successful the first time (Bardai 2010).

differently depending on pre-migratory plans and expectations, but also according to one's professional identity (Blain et al. 2014). This can be felt **positively** when the new profession is perceived as being in **continuity** with one's career, a feeling which is facilitated when the position is at the university level. In other cases, this represents a **compromise**, allowing one to work in the health field with a lesser time investment (various technical health degrees).

In sum, despite several advancements, a number of outstanding issues remain. On one hand, the journey towards professional recognition is made up of a complex series of fragmented practices in which numerous institutional players intervene - often in a vacuum, which can prove problematic in terms of the continuity of these journeys (Blain et al. 2012). On the other hand, multiples paradoxes, both political and structural, endure. For example, family medicine is a priority matter for the *Collège*, but at the same time the accreditation process for general practitioners trained abroad is longer and more complex than other IMGs. For the majority of GP's, they must complete the entire medical school program in Quebec, even though they have already graduated as physicians abroad. In addition to this, a significant proportion of IMGs who have successfully completed the "upgrade training" established by the Ministry of Health and Social Services⁵ were refused by medical schools when applying for residency (in Ontario and British Columbia, these training programs guarantee a place in residency). Medical graduates from abroad continue to face structural obstacles as well as experience institutional or systemic discrimination (Boyd 2013; Chicha 2009). Despite these issues being well-documented and criticized, the individual centered-approach, whereby an individual enters into a neutral and egalitarian market, continues to plague both political discourse and selection processes (Hawthorne 2007; Piché and Renaud 2002).

5.3 Methodology

The results presented here stem from an anthropological study⁶ conducted in Quebec (2009-2012), guided by an interactionist approach and inspired, on the conceptual level, by

⁵ Put in place in 2011, and offered by the *Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé* (www.cedis.ca). "In 2012, nine of the twelve candidates who successfully finished the upgrade training had obtained a residency position, but in 2013 only half of the candidates were selected" (CDPDJ 2013).

⁶ Approved by the ethics committees for research at the *CHU Ste-Justine* and the University of Montreal.

organizational sociology and the sociology of health (Sainsaulieu 1997; Shuval 2000). The main goal is to document the complex processes at work in pathways to professional integration – particularly the strategies and resources used by IMGs in the labour market. In these analyses, in operational terms, we distinguished the formal and informal support resources mobilized by IMGs in their strategies for professional integration. Formal or institutional resources (public, para-governmental) include programs or services put in place and financed by the government,⁷ such as *Recrutement Santé Québec*, *Emploi-Québec*, universities, hospitals, etc. We also include professional regulatory bodies in this category. Informal resources include services offered within associations or from members of a community. These are non-institutionalized services that depend upon the organization of the environment or upon the direct support of other people. These include IMG peer groups, family, and friends.

The inclusion criteria for the main population of this study are:

- Holding a degree in medicine completed outside Canada or the US, and work experience as a physician prior to migration
- Born outside of Canada and living in Quebec between 3 and 10 years
- Speaking French (functional level)
- Either employed (as a doctor or in another profession), seeking employment or studying

The area of residence in Quebec was not a criterion of inclusion or exclusion, nor was the immigration category, country of origin or of graduation. Indeed, a diversity of profiles of IMGs (working as physicians or not) was sought with more or less equal distribution between Western and non-Western countries, men and women.

Our primary source of data is comprised of 31 semi-structured interviews with IMGs, based on their professional life stories pre and post immigration (average length of 1h45)⁸. Different themes were explored in the interview guide through professional life narratives such as: pre-migratory trajectories (choice of their profession, migration projects, advice received), professional integration paths (schooling and professional experiences abroad and in Quebec, support & services consulted, perceptions of their actual work), perceptions related

⁷ Since the issue is the accessibility of institutional services, “formal private resources” are not addressed, even if they were sometimes consulted (for ex. private teachers [French language or medicine], preparatory training for exams through the American Kaplan Institute).

⁸ Interviews were conducted by MJ Blain in different contexts, chosen by the respondent (in their homes, workplaces, coffee shop or in Blain’s university office).

to their professional trajectories (importance of their profession, vision of career transition, accessibility of services, etc.), plans and visions of the future.

5.3.1 Description of the Main Population (31 IMGs)

The 15 women and 16 men included in this study range in ages between 33 and 55, speak French (although some work in an English speaking environment). All are landed immigrants (as selected immigrants, family class, or refugees) and most came to Quebec in the 2000s (length of stay on average was 6 years). The IMGs are from a diversity of countries of origin and of graduation⁹ (see Table 3. Regions of Graduation).

Western Europe	8
Eastern Europe	3
Latin America	9
The Antilles (Cuba & Haiti)	3
Maghreb	4
Sub-Saharan Africa	4

Prior to migration, all had worked in the medical field, most of them as general practitioners (GP), others as specialists or as university teachers and researchers (see Table 4. Pre-migratory Career).

Table 4. Pre-migratory Career in Medicine (N=31)

University Teacher-Research	Specialist	General Practitioner (GP)	GP in Health Management or Public Health
5 (16%)	6 (19%)	13 (42%)	7 (23%)

Table 5 shows that at the time of our study, half of the respondents (15) – “the requalified” – had returned to a medical career (or were actively engaged in doing so) in Quebec. The other half (16) had made career changes (See Table 5. Main Occupation in Quebec). Most (14/16) of the latter category remained in the health field. Of those, the majority (11) were in the non-

⁹ For three participants, their birth country was different from the country of graduation. We focused on the latter, because the process of recognition in Quebec is based on the place of study.

clinical health sector (for example as pharmaceutical consultants, positions in health and safety, or as research professionals in public health, etc.). One person had chosen to study in Social Science (higher education level) and one remained without professional experience in Québec.

Table 5. Main Occupation in Quebec (N=31)

MEDICINE	University Teacher-Research	5
	Specialist	2
	Family Doctor	3
	Residents	4
	Intensive Licensing Process	1
CAREER CHANGE	Non-Clinical Health - University level (Employed)	6
	Non-Clinical Health - University level (Studying)	5
	Clinical Health - Technician	3
	Social Science (Studying Higher Education)	1
	No professional Experience in Quebec	1

In order to highlight these life stories, secondary data was also collected to better understand the formal and informal organization of health settings and the support resources for the IMG. Eleven non-directive interviews were conducted with institutional actors: people in charge of hiring in clinical settings (2), representatives from employment assistance organizations (5), members of IMG associations (2), an immigration consultant (1), and a support resource for residents (1). To better understand the first impressions of IMGs, the evolution of official discourses as well as the resources consulted, we conducted non-directive interviews with eleven IMGs in Quebec who had either immigrated very recently (less than two years) or were planning to. These IMGs¹⁰ were not included in our main population because of the required amount of time for requalification. We also engaged in ethnographic observation sessions (associative activities within the medical sector, training for employment counselors, information sessions at the *Collège des médecins*, etc.) to better our comprehension of the many challenges met by IMGs as well as to understand their outlook on these challenges in different settings.

¹⁰ Four women and seven men, from Western Europe (1), Eastern Europe (2), Latin America (4), Antilles (1) and Africa (3).

Different methods were combined to recruit IMGs and the institutional actors. We advertised through our personal and professional networks as well as within relevant organizations that agreed to send their members the recruiting poster (IMG associations, Clinical Research Centre, Community Immigrant Services organization, etc.). For their part, key stakeholders were mostly contacted directly. The snowball method completed the recruitment.

5.3.2 Analysis

The 31 semi-structured interviews were taped and fully transcribed, while the observations and the 22 non-directives interviews were annotated in a notebook. Interpretive content analysis and critical anthropology guided our analytical approach (Massé 2010; Paillé and Mucchielli 2008). Professional life narratives were analyzed from pre-established themes from the interview guide while others emerged during the fieldwork (inductive method). Additionally, the occupational integration paths were analyzed and the typology was highlighted in relation to the political context, the categories of immigration, and the demographic profiles of respondents (Demazière and Dubar 2004). Secondary data allowed us to put the main analyses into perspective, confirming or sometimes bringing new light to the representations and points of view of the IMGs.

5.4 Results: Resources and Strategies

In the following section, we highlight three scenarios, among which the mobilization of formal and informal resources is heterogeneous: the “recruited” who achieve recognition easily, those who face an “uphill battle” and those who “change careers.”

1) The Invisible Pathway of the “Recruited”: Professor-Researchers with Symbolic Resources

I once attended a convention in Montreal [...] and so.., I met [the director of some department in a hospital in Montreal] [...] [When I got back to France] I spoke with [him] and said: “Listen, I would consider...” [...] and he said: “Well, come whenever you like, we’ll have an interview.” So I came, I met everyone, and I liked it. (Paul, France, short professional recognition process)

Who are the IMGs who had simple and quick journeys, sometimes lasting only a few months before accessing the medical workforce in Quebec? In our study, there were five professor-researchers and one family doctor (6/31), recruited from France¹¹, all of whom were on restrictive permits. Their professional status in Quebec was perceived as a form of professional mobility, an improvement in practice conditions. The resources used by these IMGs who were easily integrated into the labour market are part of the mainstream: University hospital centres, medical professional corporations such as the *Collège des médecins*, and *Recrutement Santé Québec*. Often, there is no particular strategy: the IMG sends a CV, has an interview with a department head met at an international convention, or goes through the process with *Recrutement Santé Québec*. Jean-Claude's process is a good illustration:

I started to look around a bit, to explore and ask how I should go about it [...] I contacted the guy at the agency [Recrutement Santé Québec]. He said [by phone]: "You have to apply. Send a CV to the Collège des médecins, and if it's accepted, we'll try to set things in motion" [...] my CV was accepted, and then it went back to the agency and he said: "Now we'll have to have an interview, a videoconference" [...] [to] determine where I should go. [...] So, that's it, I figured it out on my own. I could see that the process seems well structured. (Jean-Claude, France)

In a context of globalization where hyper-specialization is valued, migrants incorporated into prestigious and competitive sectors - specialists well recognized in their field and who had enjoyed favorable contexts in the pursuit of their research projects - find themselves being courted by hospital and academic institutions.

Taking advantage of strong symbolic and social resources, the transferability of their degrees and reputation (Berset et al. 1999) happens easily – transnational networks having high value in the research milieu. Moreover, most of them still hold a position at the time they are hired, so they don't have to struggle with the image of the "unemployed immigrant" (also, it is a common strategy that after moving to Quebec they maintain an overseas affiliation).

However, some nuances must be added to this positive picture. Three female professor-researchers who were "recruited" experienced more obstacles and had a longer process of recognition - approximately two years, rather than just a few months. For example, Françoise, had to "fight in order to gain respect." Although today she is a professor, she began with a status that was far less interesting...

¹¹ Before the application of France-Quebec's arrangement of mutual recognition signed in 2009 - the tendency may have intensified since then.

But that's when I really felt like an immigrant. [...] I started with basic tasks, secretarial work, I really did everything... senior clerk, and then I started to get somewhere... But I was okay with the apprenticeship. And so I had to leave a certain status and recognition behind, and found myself here, like nobody. (Françoise, France)

In short, there is an apparent absence of a support network for IMGs who quickly enter into practice - in particular, male professor-researchers and graduates from francophone Europe. Their processes happen via official institutional resources and direct contacts with key individuals in organizations that could hire them. For the IMGs recruited, the balance of power seems different than for others “requalified” in medicine. Jean-Claude (France) mentions that: “the only period of uncertainty was when I didn’t yet have the date of my evaluation period,” while others will explicitly say that they are in a “position of strength” (Pierre, France).

2) The Uphill Battle

I fought hard to get where I am now - I wouldn't want other IMGs to have to go through what I did. It was really, really hard. You can't really imagine... the stress, the depression and everything... [...] I don't know what I would have done if I hadn't got this position (silence). (Claudia, Colombia, in residency)

The uphill battle, especially for access to residency, is far and above the scenario that has been most documented in literature about the professional integration of IMGs. The process is complicated - success at one stage doesn’t necessarily guarantee success at the next - and usually lasts more than six years. Access to a practice permit happens via multiple filters (Crutcher et al. 2011). The average rate of success for the admission of IMGs into residency in Quebec between 2010 and 2014 was 26% (CMQ 2014), even if they had obtained prior equivalencies for their degrees through the *Collège des médecins du Québec*.¹²

In our study, nine (9/31) IMGs went through the uphill battle, all from different origins (none from France). In contrast to those who were able to gain formal recognition and practice relatively quickly, the uphill battle requires IMGs to draw upon multiple strategies and resources. For example, three specialists (male graduates from Argentina, Colombia and Algeria) experienced challenges despite having access to a restrictive permit that characterized them as “recruited” according to the *Collège’s* administrative definition. These specialists fall under our typology of an “uphill battle” considering the arduous nature and

¹² For a critical look about the residency positions left vacant, see: (CDPDJ 2010e).

length of time of their process¹³. This is the case of Eduardo (Argentina), who today is a medical specialist after a six-year long process in order to be recognized. He went back to graduate studies in health, and had to use transnational mobility strategies in order to maintain an active practice and maintain his permit eligibility. Lahcen (Algeria) had to give up both teaching and his subspecialty since research is underfunded in Algeria, preventing him from pursuing a position as a university professor. He opted to practice his specialty in an underserved area in Quebec that still brings him satisfaction.

In sum for the uphill battle, access to formal resources - the *Collège*, or *Recrutement Santé Québec* - is not enough. Information - the right, strategic information - is crucial. It requires an insider's view, and even the information seems "underground" (Blain et al. 2012). The support resources most frequently cited by respondents are IMG peers, family, and sometimes IMG associations.

A recurrent element in their professional life stories therefore is the support of IMG peers. This mutual support allows them to gain access to strategic information regarding the formal and informal aspects of the licensing process, etc. According to them, the individuals who had to travel the same road are in the best position to offer guidance - more so than other doctors who received their degree in Quebec, generalized support resources for employment integration or other immigrants who are not physicians.

Catiana (Chile) is one of these, now in her final year of residency. After consulting several official resources that gave her contradictory information (*Recrutement Santé Québec*, Department of Immigration, and the *Collège des médecins*), she met an IMG from Colombia "who had been here for a few years and knew the system really well." This person would play a central role in her journey. "She helped me so, so much. Her and other foreign doctors that I met here in the information session [at the *Collège*], she helped me more than any organization." Indeed, an inappropriate action or the lack of awareness of "alternative ways" can cause IMGs to lose precious months, stuck in limbo, without official status or economic resources.

¹³ Three others specialists initially admissible to a restrictive permit changed their careers (two female graduates from France and Ukraine and one male from Russia). Their situations are explained mainly by the information they received at the beginning about the complexity of the process. Discouraged, they waited too long and lost admissibility to the restrictive permit.

It also helps to ally oneself with IMGs who have a positive vision of the process (Neiterman and Bourgeault 2012). The warning that there are difficulties ahead is considered positive advice, as opposed to the message that one will have to mourn one's profession. Manuel (Colombia, in residency) says:

When you know other [IMGs], you share study materials and everything, you share some of the anxiety, the stress... you discover that you're not alone and that other people are experiencing the same stress and... you can help each other a lot. And from an emotional point of view, it's really... helpful [...] So... I think there's kind of a collective support that's represented by the other foreign doctors we meet in the process.

How do these doctors meet each other? Most of them cross paths after their arrival in Quebec, taking advantage of every opportunity to connect: in university libraries, community centers, or IMG associations. They could also meet during exams, over information sessions at the *Collège*, or through “friends of friends.”

Besides the support of their IMG peers, **support from their family** in almost all cases (moral or economic) is of utmost importance. Differing from other studies in which this support was often to the woman's detriment (putting her career on hold by giving priority to her partner's career or to child support) (Bernstein and Shuval 1999; Bourgeault and Neiterman 2013; Chicha 2012; Shuval and Bernstein 1997a), many female physicians focused on their careers with the support of their partners in our study.

Economic resources are also fundamental - both because of the time required (several years) and because of the costs associated with formal requalification.¹⁴ In Ontario, doctors Sharieff and Zakus (2006) noted that many IMGs had to take survival jobs during their process of requalification, and that their limited financial resources worked against them because of the high costs associated with the process. A temporary job, even in the health field, can prove equally likely to be a stepping stone as a dead end. It is a recurring strategy – and often – an economic necessity. Still, for those who have worked in this field, the desire to remain close to one's area of expertise can, paradoxically, distance them from practicing medicine and diminish the amount of time available for licensing. In Quebec, no significant financial aid exists that might help IMGs get through these years. The need to study full time

¹⁴ For all types of pathways, with the exception of the restrictive permit, there are fewer exams and the cost of the evaluation period is covered by the government (in successful cases). We should add that once in residency, IMGs are salaried like any resident.

or to prepare for the Collège's exams without any official status (at least as a student) is a difficult experience for many. Sayed (now a family doctor) calls this period "the black hole." In short, economic resources, and by extension the support provided by the family, allow IMGs to dedicate themselves full time to the certification process and to speed it up. In other cases, these resources allow IMGs to travel outside of Canada in order to maintain an active medical practice, which is a fundamental aspect of their employability.

3) The Career Change

In the course of its work, it became clear to the members of the Working group that, despite all the candidates' efforts and the efforts of various others stakeholders concerned with the professional integration of IMGs, a significant number of them will never be able to join the medical profession in Quebec. (Gouvernement du Québec 2009: 14)

In our study, sixteen (16/31) IMGs had changed careers at the time of the interviews. They have heterogeneous profiles and journeys, are of different origins, and the number of men and women are equivalent.¹⁵ Most of them (12/16) are in the university sector, three in technical sectors and one has had no professional experience in Quebec. How did they choose their career? Who gave them guidance? The following section focuses on their experiences.

Among those who changed career, all but two¹⁶ opted to further their studies upon their arrival, particularly after pessimistic discourses from official authorities, or after experiencing survival jobs. In fact, more than half of IMGs who changed their career excluded themselves "off the bat" from the process of professional recognition as doctors, either right from the beginning or after encountering a stumbling block at one step or another during the process. In these cases, the arduousness, the complexity, the advice received from institutional representatives (immigration or employment) or from people in their social network dashed all hopes of being able to become a physician in Quebec.

Véronique is one of these - when confronted with "discouraging" messages from the Collège and immigration representatives about her professional future as a physician in Quebec, she

¹⁵ In our study, no men (and only 2 women) with a degree from France chose a new career.

¹⁶ Fahim (Russia) who already had a new career before his migration; and Nafissa (Algeria), without experience in Quebec, who was working as a nurse in France and is considering technical college.

decided to do a Master's degree. Or Didace, who took several small jobs before enrolling in a technical college. Returning to school is a very common strategy, as it is for so many immigrants who face obstacles in the labour market (Germain 2013; Piché and Renaud 2002).

Who are these people and what influenced their choices? A strong tendency emerges from our data: the choice of career happens most often via "an inner journey," without consulting formal resources. The decision is made following personal reflection: the IMG weighs the possibility of pursuing their specialty in a different way, of giving added value to their background experience if they ever return to the country of origin or if, one day, they apply for residency. This solitary journey may be the result of an "independant" self-image, of the "self-made-man," in which consulting an organization or a counselor could represent a quest for help: "Is it because I was never used to having any assistance? Maybe, it's not my first instinct to see if anyone can help me" (Fahim, Russia, changed careers, university level).

We spoke earlier about the symbolic recognition of professor-researchers. Among the IMGs who changed careers, we observe a **remarkably varied recognition** of their professional backgrounds. It changes according to the person and the institution to which they address themselves and within a background of "professional flexibility" that is scattered throughout official discourse (Blain et al. 2014). Their skills are valued very differently and vary from a recognized professionalism (university level) to a high level of professional downgrading. Also, returning to school in Quebec (as an undergraduate, a graduate or in a technical program) requires different levels of investment. Orientation and recognition tend to vary according to the sector. For example, the *Emploi-Québec* counselors recommended a technical training course for Leandro and Didace. Financial support during their studies and the near-certainty of finding employment after graduation was important to them. On the other hand, several graduate programs (Masters) give recognition to the level of studies in medicine "as an equivalent of an undergraduate degree in health" (Isabelle, changed careers, France). Among those who changed careers at the university level, most IMGs directly consulted a department that offered graduate programs in health. These IMGs mentioned several positive aspects such as: Feeling that their medical degree was acknowledged, being in a professionalized sector, and having a direct contact to a department chair.

Finally, within this career changing group of IMGs, there is no notable difference between genders. The choices made however are often explained by familial responsibilities.

Nevertheless, in a subjective way, the “recruited” women or those in the “uphill battle” seem to experience more personal challenges (with their spouse or family) and speak more of the “sacrifices needed to be made”¹⁷. Moreover, as in a recent study regarding the career changes of highly qualified immigrants in Montreal (Germain 2013), the IMGs from our study who chose this path mostly went about their process alone, drawing upon informal support. Can this underuse of formal resources be explained by their lack of accessibility or adaptation? We will attempt to unearth some answers to these questions as we move forward.

5.5 Discussions

5.5.1 Resources... and Recognition

While most studies pertain to exclusion, migrants who easily access the labour market are somehow “invisibilized”. The *Comité Echavé’s* report¹⁸, which focused on finding solutions for the integration of IMGs, doesn’t even address the situation of physicians with “restrictive permits” (specialists or professor-researchers) – and considers that “recruitment works relatively well” (Gouvernement du Québec 2009: 7). Migrants of all origins can access the medical practice in Quebec - the diversity of countries of graduation testifies to this fact. Still, professional recognition is clearly easier for certain groups, such as the IMG graduates from francophone Europe. This leads us to consider the conclusions of the Canadian statistical study in which: “foreign credentials of immigrants are racialized, since the market value of foreign credentials varies depending on the racial background of the immigrants” (P. S. Li 2008: 307). In other words, the transferability of degrees is unequal (Berset et al. 1999). Indeed, this sheds light on a process of social and organizational reproduction (Sainsaulieu 1997) in which employers tend to recruit people from the same group as themselves (Chicha 2002; Eid 2012). Those who don’t ‘fit in,’ those who don’t correspond to the “norm” or who don’t master “the codes” are considered problematic (Fortin et al. 2011; Sainsaulieu 1997). Monique (France), now a professor, is in contact with other IMGs in her department and points out that she had “the right skin colour and the right accent”. She compares herself to

¹⁷ Questions related to gender issues were not an initial focus of our research. Nevertheless, many women spontaneously shared the difficulties and challenges that arose in their personal life during the interviews. Our findings suggest that this dimension should be explored further.

¹⁸ *Working group to facilitate integration for international medical graduates from outside Canada and the United States*, also called “Comité Echavé,” created in 2006 by the Council of Ministers; it included 13 institutional representatives (health, education, employment, and immigration).

other IMGs who are victims of negative perceptions about their medical competencies and considers herself “lucky” to have had the support of her colleagues.

Even though institutional resources play a central role in IMGs’ formal recognition, our results show that the support for IMGs who are not easily recognized lies more in proximal and informal resources. This includes their families or IMGs of all origins, mainly encountered after coming to Canada. More positively, institutional resources can indirectly favour the creation of support networks, providing a space for exchange. Formal and informal resources can therefore be in dynamic interaction.

As for the peer network composed of IMGs of all origins, it allows IMGs to access strategic information and to receive moral support. The relevance of contacts is crucial. Sharing the medical profession and immigrant status are more important than the ethnic network itself. It means joining together with peers or mentors, both physicians and immigrants in this journey, which we might call initiatory. What these IMGs who offer support have in common is that, whether general practitioners or specialists, they are from all origins, and are either in the process of becoming recognized professionally or are further along in their journey. A pan-ethnic or trans-ethnic solidarity (Meintel 1993b) occurs in which the fact of being an immigrant is more important than the national origin, and this unites them in the face of the difficulties of integration. Notwithstanding, their professional challenges are so particular that the “professional diaspora” (Neiterman and Bourgeault 2012) supplants this pan-ethnic solidarity. Thus, in contrast to the immigrant network that could lead to survival jobs (Geddie 2002; Li 2008), the mobilization of the IMG peer network is central to their requalification. More pointedly, the nuance may be found in the fact that the IMG peer network is made up of “weaker ties” (less intimate, requiring less reciprocity of services) than ethnic networks (Granovetter 1973; Li 2008).

Other nuances also become apparent. For example, the role given to IMG support networks is different for recruited physicians, while for those who face an uphill battle this role can become “invisibilized” once they are in residency - once they’re in the “mainstream.” For recruited physicians this strategy is simply secondary, since their formal contacts are already enough. For residents, contrarily to those who are actively engaged in an uphill battle, once they are in residency some may distance themselves from this identity as an IMG in order to avoid the negative perceptions associated with IMGs, or to avoid being negatively “labeled” (Blain et al. 2014). Thus, paradoxically, the activation of a peer network is key to gaining a

residency position and benefiting from moral support (as Neiterman and Bourgeault 2013 have shown), but once they are in residency or beginning a professional practice, it could mean “keeping a low profile,” or trying not to be identified as a “trouble maker.” On the positive side, it could mean trying to make a good impression and showing “that one will be a good team player,” while in a more equivocal way this might mean distancing oneself from negative preconceptions associated with IMGs.

All in all, the centrality of IMGs social and symbolic resources invites us to move past a mechanical vision of the social network. For the recruited IMGs, both social and symbolic resources allow for an advantageous transferability of their degree and reputation. Those facing an uphill battle however need to access a very specific support network composed of IMG peers. It is a matter of accessing a mobilizable network, but also of observing its’ composition; simultaneously the strength of social reproduction of the group is maintained through the control of membership, and corporatism is one mechanism among others.

5.5.2 Perceptions of IMGs: Are Institutional Resources Adapted and Accessible?

Well, you get the impression of being in a huge administrative machine in which you don't know where to go, nor whom to talk to. (Pierre, France, professor)

The IMGs we spoke to don't question the validity of the process of professional validation to access the medical practice, especially with regards to the principle of protecting the population. Still, the lack of clarity (or even transparency) is criticized: “Things are not said clearly” (Danika, France, professor), “There's no transparency! It's really a case by case basis!” (Perard, Haïti, changed careers), “We came with signed contracts, and didn't see that there was a small loophole in the contract (...) that there was a sentence that invalidated it completely” (Pierre, France, professor).

Additionally, the impersonality and the feeling of being unwelcome affected several of them. This aspect was touched upon by everyone. The representatives of the *Collège* refer to the website or to the IMG information session where it is systematically stated “that we do not respond to personal questions” (observations 2011-2012). These concerns about the impersonal official services have been addressed elsewhere (Action Travail 2009). For IMGs this seems heightened. “The Collège, well, that was really a prison door” (Monique, France,

professor); “they always sent me to the website” (Catiana, Chile, in residency); “the Collège, there’s no solution” (Eduardo, Argentina, specialist), etc. The Recrutement Santé Québec service, however, was mentioned positively by some IMGs who consulted it which may be because of the feeling of accessibility and because it does not occupy a decision-making position, but is rather a facilitator.

The discontent linked to the use of official services contrasts sharply with the feeling of being supported by colleagues (for the recruited as well as for those facing an uphill battle). There is a feeling of being supported by colleagues, but not by the *Collège* as an “entity.” Pierre, speaking about the difficult time his partner (also an IMG) lived through, gives a potent example:

I tell you, the doctors around us tried to do something [...], but the doctors in general, as a social group, and their organizations - the Collège and the unions - there it was an inertia. I'm not saying we were rejected, but we definitely got a sense of inertia.
(Pierre, France, professor)

As for the consultation of formal resources, some IMGs confided that they had the impression at times that the counselor who should have been helping orient them didn't know any more than they did themselves. The overspecialization of services - wherein knowledge is limited to one particular field of expertise - and the imperviousness of different steps of the process is a challenge for front-line resources. Catiana, who did the rounds of the various resources dedicated to IMGs, gives us a glimpse:

there was the meeting with that one lady, who was supposed to know everything. She had no idea! [...] But the person at Immigration [who referred me to her] told me that she was there to help foreign doctors... it was like she was all mixed up [...]. I didn't have confidence anymore, so that was the end of my relationship with governmental organizations. [...] From that moment on, I only did things with other foreign doctors
(Catiana, Chile, in residency).

In contrast, in cases where the person changed careers, institutions and organizations are non-specialized resources.¹⁹ Some consulted formal resources, such as *Emploi-Québec* or organizations offering services related to employment integration. Nevertheless, in addition to the message of professional flexibility that affected several IMGs, our data shows that these services were not always adapted to the profile of highly qualified immigrants - despite the goodwill of those involved. The type of population served could explain this lack of adaptation

¹⁹ With the exception of the Career transition program offered by the organization CREMCV (identified by the *Comité Echavé* in 2009, too recent for our participants). (www.cremcv.com)

of services. *Emploi-Québec* works mainly with the less educated segment of the population (with the exception of immigrants) (Action Travail 2009). At the same time, the government is promoting the decentralization of integration measures for immigrants and organizations from the community sector are offering specialized services for immigrants. These are not always consulted however for various reasons: The IMGs might think that *Emploi-Québec* is a standard and appropriate entryway, for all Quebecers, while their counselors don't always refer to external resources. This echoes multiple studies describing the lack of coordination between resources that work with immigrants, and the way in which this affects the transmission of information (D. Germain 2013; Action Travail 2009; Chicha and Charest 2008).

5.6 Conclusion

I never understood whether it was a problem of power or of will.
(Pierre, France, professor-researcher in Quebec)

To answer the question “what distinguishes the integration pathways of IMGs in terms of resources consulted and strategies deployed,” there are a few different points to consider. A dynamic perspective on the process of professional integration highlights the interaction between individual, institutional, and structural factors. The patterns of integration that we observed and the analysis of professional life stories show that physicians recruited from francophone Europe are more likely to be recognized - men in particular. They have no particular strategy of integration - the mobilization of formal resources is enough. On the contrary, those who face an uphill battle must multiply their strategies. In their case, the presence of a very specific support network of IMG peers of all origins who help them in this initiatory journey seems to make all the difference in their being able to gain access to residency positions. Although formal resources are essential for their professional recognition, these are not considered central - unlike informal support resources (IMG peers, family, friends, and IMG associations). Finally, those who change career will have a “solitary” journey. A return to studies is a common strategy to allow them to find a job in their field. Depending on the sector in which they choose a new career, their professional background as a physician recognized to varying degrees.

The individual characteristics of IMGs can influence their pathways to professional integration. Still, the structural context of recognition, the policies in place, the available programs as well as the organizational practices play a decisive role. Immigration policies and measures to help the integration of immigrants continue to be centered on the individual's capacity, and this tendency seems to have intensified in the past few years. The observation that the pathways of the "recruited" are easier allows us to also observe the ongoing transformation of immigration policies, with a strong emphasis placed on "economic performance." This discourse, rooted in the relationship between an individual with a particular human capital and a specific need in the job market, in which doctors have to be "operational from day one," leaves out many IMGs. Paradoxically, several institutions in Quebec continue to recruit from overseas (passively or actively) while IMG doctors who are already living in Quebec are not able to practice (Bourgeault and Neiterman 2013).

All in all, the current structure for professional recognition places unusual constraints on IMGs with some encountering more obstacles than others. The "battle" for professional recognition takes shape in a highly competitive context, one which - although presented as a neutral process - is underlain with ideological, relational and subjective currents. Social and organizational reproduction separates out subjects who are not part of "the norm," or those who have not mastered "the codes" (Sainsaulieu 1997; Fortin et al. 2011). This double ethical challenge, brain drain coupled with brain waste, is critical (Blain et al. 2012; Bourgeault 2007) and demands innovative solutions that involve all players, with cooperation and coordination across sectors, shared and undiluted responsibilities.

Initially, it was not our goal to generate recommendations. However, the IMGs experiences shed light on some concerns we would like to voice. For example, IMGs call for more coherence within the different steps of the complex professional integration process along with more feedback, communication, as well as personalized guidance. The length of the process and the importance of time sensitive actions represent another critical point, in light of the high financial cost associated with this "long journey" (no economic support is provided before acceptance into residency). Furthermore, we observe how the structural differences of certain university medical programs impact the admissibility of some IMGs (especially for non-Western graduation countries). For example, a slight variation in an overseas medical program, either in courses or in time, could impose a six to eight year residency upon the

IMG (for an initial gap of a few months). A question arises: How can we benefit from their professional expertise more quickly?

Qualitative in design, this study's results aim at a better understanding of the challenges that await IMGs and the processes entailed. In no way can our results be expanded to a "representative mode" although the diverse pathways that we have explored may contribute to a better understanding of wider population studies in this field. The plurality of graduation countries can also be seen as limitation. But again, the focus on one or two countries would not have allowed us to highlight some of the exceptional trajectories. A variety of countries were privileged as the portrait of contemporary immigration in Quebec. Lastly, the immigration period chosen (mostly in the mid-2000s) can also be seen as limiting. And as are all studies that look upon ongoing topics we would advocate for a longitudinal study on the professional integration of highly trained migrants. With regards to IMGs, numerous measures have been implemented in recent years. Nevertheless, our informal interactions both with IMGs who have recently immigrated and with employment counselors (secondary population) give indications that the situation may have evolved but remains complex.

Acknowledgements: Thank to the [Social Sciences and Humanities Research Council](#) of Canada, to the CHU Sainte-Justine *Foundation & Foundation of stars*, to the department of Anthropology at the University of Montreal for their support, as well as to all the participants. Our gratitude to Vincent Duclos for his attentive reading of the first draft, and to the reviewers of JIMI whose constructive comments helped to substantially improve the manuscript.

Table 1. Entryways to Practicing Medicine for IMGs and Minimal Length of Process

	Some Steps (not exhaustive*)	Minimal Length**
1	<ul style="list-style-type: none"> • As STUDENT: Clerkship (externat) • Preliminarily (2 - 3 yrs.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Exams through the Collège des médecins ○ Clinical Observation period (optional) & letters of recommendation from Quebec ○ Request admission to a medical program • Clerkship (2 yrs.) • Residency (4 - 5 yrs.) 	8 - 10 yrs.
2	<ul style="list-style-type: none"> • As STUDENT: Residency • Preliminarily (2 - 3 yrs.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Exams through the Collège des médecins ○ Clinical Observation period (optional) and letters of recommendation from Quebec ○ Request admission to a medical program • Residency (4 - 5 yrs.) 	6 - 8 yrs.
3	<ul style="list-style-type: none"> • As INTERNATIONAL STUDENT : Fellowship (only possible if not permanent resident) • Request admission to a medical program • Fellowship • It is sometimes requested to return to the country of origin to practice and do the restrictive permit application process in Quebec later 	3 - 6 yrs.
	<ul style="list-style-type: none"> • RESTRICTIVE PERMIT : as University Teacher-Researcher • Letter of employment from University Hospital/Faculty of medicine • Exams through the Collège des médecins • Clinical evaluation period 	1 - 2 yrs.
5	<ul style="list-style-type: none"> • RESTRICTIVE PERMIT : as Specialist (in "underserved area") • Registration with Recrutement Santé Québec • Letter of employment from an institution • Exams through the Collège des médecins • Clinical Evaluation period 	2 - 3 yrs.
	<i>For a local student in medicine in Quebec: Pre-clinical and clerkship (4 - 5 yrs.) + residency (4 - 5 yrs.)</i>	8 - 10 yrs.

* This table offers a non exhaustive overview of the different steps. For details: Collège des médecins du Québec (www.cmq.org) or Recrutement Santé Québec (<https://recrutementsantequebec.ca>)

** Minimal length: the process could be longer, this period represents the shortest amount of time required before medical practice.

Table 2. Resources Consulted by IMGs in our Study

PROFESSIONAL PATHWAYS		PRELIMINARY GUIDANCE (before migration or upon arrival)	AS STUDENT (residency/ clerkship)	RESTRICTIVE PERMIT (university professor-researcher/specialist)	CAREER TRANSITION
<i>General Length of Process</i>		n/a	6 - 10 years (uphill battles)	1 - 3 years (regular) More than 3 years (included in uphill battles in our analyses)	depending on the career
SUPPORT RESOURCES (NOT EXHAUSTIVE)*					
FORMAL	Canadian Embassy abroad or Bureau du Québec à l'étranger	Mandatory (M)			
	Ministry of Immigration	M	O (for referral)	O (for referral)	O (for referral)
	Collège des médecins du Québec	Optional/mention by IMG (O)	M	M	O (for referral)
	Royal College / College of family physician	O	M	M	
	Recrutement Santé Québec	O	O (for referral)	M	O (for referral)
	University (admissions) / CaRMS		M		
	Medical Council of Canada (MCC) / Physician Credential Registry of Canada (PCRC)		M	M	
	University (faculty of medicine) / University Hospital Center (Human Resources)			M	O (if other profession)
	Ministry of Health (Régie assurance maladie du Québec -RAMQ)		M	M	
	Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CÉDIS)		O		
	Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval (CESSUL) (was offering preparation for the exam until mid- 2000s)		O		
	Emploi-Quebec		O (for referral)		O

	Employment support, non-profit organization (Immigrant integration services)		O (for referral)		O
	Non-profit org. (Immigrant integration services): mandate to offer preparation for the exam (until mid- 2000s, Hirondelle)		O		O
	Non-profit org.: mandate to offer service or transition career (CREMCV, since 2009)				O
	University admission, College or Technical School				O
INFORMAL	IMGs Associations	O	O	O (for Uphill battles)	O
	Informal Network of IMGs	O	O	O (mention exceptionally)	O (mention rarely)
	Informal Network of Local Colleagues			O	
	Private Resources (as Kaplan)	O	O	O (for Uphill battles)	
	Informal Group in Facebook (or other Forum)	O	O	O (mention as "giving advice" for other IMGs)	O
	Family & Friends	O	O	O (for Uphill battles)	O

Legend

Mandatory	M
Optional/mention by IMG	O

Not included in the analysis: private resources (for ex. Kaplan, French private teacher, etc.)

Not included: Pathway through fellowships (no IMG in our study is in this category)

*The resources consulted shown here were documented in the course of our study. Other resources may have been put into place such as a "new" orientation period for IMGs at McGill University. Furthermore, the government can financially support an orientation initiative (or program) for IMGs for a given period only.

References

- Action Travail des femmes (2009). La reconnaissance des diplômes et des compétences : difficultés et impacts chez les femmes immigrantes. Rapport de recherche-action. (pp. 130). Montréal.
- Arcand, S., Lenoir-Achdjian, A., & Helly, D. (2009). Insertion professionnelle d'immigrants récents et réseaux sociaux: le cas des Maghrébins à Montréal et Sherbrooke. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 34(2), 373-402.
- Baldacchino, G., & Hood, M. (2008). Challenges faced by Internationally Educated Health Professionals on Prince Edward Island: Stories and Voices. A Research Report for IEHP Atlantic Connection. (pp. 69). Charlottetown, Prince Edward Island: IEHP Atlantic Connection Internationally Educated Health Professionals Initiative (IEHPI), Health Canada.
- Bardai, A. (2010). *L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants*. Université de Montréal, Montréal.
- Barer, M. L., & Webber, W. A. (1999). Immigration and emigration of physicians to/from Canada. *Health Human Resources Unit Research Reports* (pp. 28). Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
- Bernstein, J. H., & Shuval, J. T. (1999). Gender Differences in the Process of Occupational Integration of Immigrant Physicians in Israel. *Sex Roles - A Journal of Research*, 40(1-2), 1-23.
- Berset, A., Weygold, S.-A., Crevoisier, O., & Hainard, F. (1999). Qualification-déqualification professionnelle des immigrants. Approche théorique. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 15(3), 87-100.
- Blain, M.-J., Fortin, S., & Alvarez, F. (2014). Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 30(3&4), 139-162.
- Blain, M.-J., Suárez-Herrera, J. C., & Fortin, S. (2012). L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale. *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (5), 1-16
- Bourgeault, I. L. (2007). Brain Drain, Brain Gain and Brain Waste. Programs Aimed at Integrating and Retaining the Best and the Brightest in Health Care. *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*(printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger"), 96-99.
- Bourgeault, I. L., & Neiterman, E. (2013). Integrating International Medical Graduates: The Canadian Approach to the Brain Waste Problem. In T. Triadafilopoulos (Ed.), *Wanted and Welcome? Policies for Highly Skilled Immigrants in Comparative Perspective* (pp. 199-217). New York: Springer.
- Boyd, M. (2013). Accreditation and the Labor Market Integration of Internationally Trained Engineers and Physicians in Canada. In T. Triadafilopoulos (Ed.), *Wanted and Welcome? Policies for Highly Skilled Immigrants in Comparative Perspective* (pp. 165-197). New York: Springer.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2009). International Medical Graduates in Canada : 1972 to 2007. (pp. 25).
- Canadian Resident Matching Service (CaRMS) (2013). 2013 R-1 Match. Table 50: IMGs by Region of Graduation. www.carms.ca Accessed 15-11-2013.
- Chicha, M.-T. (2002). La gestion de la diversité: l'étroite interdépendance de l'équité et de l'efficacité. *Effectif*, 5(1), 18-27.

- Chicha, M.-T. (2009). Le mirage de l'égalité: les immigrées hautement qualifiées à Montréal. (pp. 136). Montréal: La fondation canadienne des relations raciales.
- Chicha, M.-T. (2012). Discrimination systémique et intersectionnalité : la déqualification des immigrantes à Montréal. *Canadian Journal of Women and the Law/Revue Femmes et Droit*, 24(1), 82-113, doi:10.3138/cjwl.24.1.082.
- Chicha, M.-T., & Charest, É. (2008). L'intégration des immigrés sur le marché du travail à Montréal : politiques et enjeux. *Choix IRPP* (Vol. 14, pp. 62): IRPP - Institute for Research on Public Policy/ Institut de recherche en politiques publiques.
- Collège des médecins du Québec (CMQ) (2014). Statistiques. Les médecins du Québec - Répartition au 31 décembre 2013. www.cmq.org. Accessed 23-10-2014.
- Collins, J. (2012). *New normalising: A grounded theory of the transition for migrant health care professionals*. Dublin City University, Dublin.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (CDPDJ) (2010e). File : MTL-018303. Investigation on its own initiative of the Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, in accordance with section 71(1) of the Charter of Human Rights and Freedoms. In Gouvernement du Québec (Ed.), *Respondents : Ministère de la Santé et des Services sociaux -and- Collège des médecins du Québec -et- Université de Montréal -and- Université Laval -and- Université de Sherbrooke -and- Université McGill. Persons in charge of the investigation : Diane Archambault, Nicolae-Dan Tanoviceanu* (pp. 17). Montréal.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (CDPDJ) (2013). Les médecins formés à l'étranger toujours victimes de discrimination. Communiqué. www.cdpdj.qc.ca/fr/medias/Pages/Communique.aspx?showItem=584. Accessed 02-10-2013.
- Crutcher, R., Mann, P., Baumber, J., Hofmeister, M., & Armson, H. (2011). The merging of cultures. The Alberta international medical graduate program experience. In E. H. Waugh, O. Szafran, & R. A. Crutcher (Eds.), *At the Interface of Culture and Medicine* (pp. 296). Edmonton, Alberta: University of Alberta Press.
- Dauphinee, W. D. Integrating International Medical Graduates into Health Care Delivery in Canada: Attempting to Resolve Years of Discontinuity between Immigration Policy and Implementation Strategies in the Field. In *International Medical Workforce Collaborative 7th Annual Conference, Oxford, UK, 2003* (pp. 7)
- Dauphinee, W. D. (2007). Credentials Recognition in Medicine. History, Progress and Lessons. *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*(printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger"), 100-103.
- Demazière, D., & Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. St-Nicolas: Les Presses de l'Université Laval.
- Dumont, J.-C., & Zurn, P. (2007b). PART III. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In *International Migration Outlook 2007* (pp. 161-228): SOPEMI, OECD.
- Eid, P. (2012). Les inégalités 'ethnoraciales' dans l'accès à l'emploi à Montréal : le poids de la discrimination. *Recherches sociographiques*, 53(2), 415-450.
- Favell, A., Feldblum, M., & Smith, M. P. (2006). The human face of global mobility: a research agenda. In M. P. Smith, & A. Favell (Eds.), *The human face of global mobility : international highly skilled migration in Europe, North America and the Asia-Pacific* (pp. 1-25, Comparative urban and community research, Vol. 8). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Fortin, S., & Renaud, J. (2004). Stratégies d'établissement en contexte montréalais : une diversité de modalités? In J. Renaud, A. Germain, & X. Leloup (Eds.), *Le racisme et la*

- discrimination : les tensions et les défis d'une société plurielle* (pp. 31-59). Ste-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Fortin, S., Rietmann, M., Duclos, V., avec la collaboration de, Maynard, S., Blain, M.-J., et al. (2011). Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins? In F. Kanouté, & G. Lafortune (Eds.), *Familles québécoises d'origine immigrante. Les dynamiques de l'établissement* (pp. 11-27). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Foster, L. (2008). Foreign trained doctors in Canada: Cultural contingency and cultural democracy in the medical profession. *International Journal of Criminology and Sociological Theory*, 1(1), 1-25.
- Fournier, G., & Bourassa, B. (Eds.). (2004). *La précarité professionnelle: effets individuels et sociaux. Entretiens du CRIEVAT-Laval avec Serge Paugam*. Saint-Nicolas: Les Presses de l'Université Laval.
- Galarneau, D., & Morissette, R. (2008b). Immigrants' education and required job skills. (pp. 5-18): Statistics Canada, Perspectives.
- Geddie, K. (2002). Licence to Labour : Obstacles Facing Vancouver's Foreign-Trained Engineers. *Research on Immigration and Integration in the Metropolis. Working Paper Series* (Vol. no 02-21. November 2002, pp. 39): Vancouver Centre of Excellence.
- Germain, A., & Trinh, T. (2010). L'immigration au Québec. Un portrait et des acteurs. (pp. 38). Montréal: Centre Metropolis du Québec. Immigration et métropoles.
- Germain, D. (2013). *Le parcours de réorientation professionnelle d'immigrantes hautement qualifiées à Montréal: une étude exploratoire*. Université de Montréal,
- Gouvernement du Québec (2009). Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration professionnelle des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec. In Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (Ed.), (Vol. juin 2009, mis en ligne le 15 janv. 2010, pp. 26): Gouvernement du Québec.
- Granovetter, M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380
- Grenier, G., & Xue, L. (2011). Canadian Immigrants' Access to a First Job in Their Intended Occupation. *Journal of International Migration and Integration*, 12(3), 275-303.
- Hawthorne, L. (2007). Foreign credential recognition and assessment: an introduction. *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*(printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger), 3-13.
- Iredale, R. (2001). The Migration of Professionals: Theories and Typologies. *International Migration*, 39(5), 7-26.
- Li, C., Gervais, G., & Duval, A. (2006b). The dynamics of overqualification: Canada's underemployed university graduates. Analysis in Brief. In Income Statistics Division (Ed.), (pp. 18): Statistics Canada.
- Li, P. S. (2008). The role of foreign credentials and ethnic ties in immigrants' economic performance. *Canadian Journal of Sociology*, 33(2).
- Massé, R. (2010). Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé. *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(1), 1-15.
- Meintel, D. (1993b). Transnationalité et transethnicité chez des jeunes issus de milieux immigrés à Montréal. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 9(3), 63-79.
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI) (2014c). Immigrate and Settle. Obstacles encountered by immigrants looking for a job. www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/en/immigrate-settle/permanent-workers/official-immigration-application/obstacles-job.html.

- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) (2013d). Un Québec fort de son immigration. Plan d'action pour la francisation et l'intégration des personnes immigrantes (pp. 5): Gouvernement du Québec.
- Misiorowska, M. (2012). *Les trajectoires socioprofessionnelles des nouveaux arrivants, travailleurs qualifiés au Québec. Qu'est-ce qu'une "intégration réussie"?*, Université de Montréal, Montréal.
- Neiterman, E., & Bourgeault, I. (2012). Conceptualizing Professional Diaspora: International Medical Graduates in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 13(1), 39-57, doi:10.1007/s12134-011-0192-6.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd., Collection U Sciences humaines et sociales). Paris: Armand Colin.
- Piché, V., & Renaud, J. (2002). Immigration et intégration économique: peut-on mesurer la discrimination? In R. Côté, & M. Venne (Eds.), *L'annuaire du Québec 2003* (pp. 146-152). Québec: Éditions Fides.
- Potter, S. (1999). *The Social Resources or Immigrants: Effects on the Integration of Independant and Family Class Immigrants to Toronto, Canada from South Asia*. University of Toronto, Toronto.
- Sainsaulieu, R. (1997). *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement* (2e éd. revue et mise à jour). Paris: Presses de sciences po.
- Sharieff, W., & Zakus, D. (2006). Resource Utilization and Costs borne by International Medical Graduates in their Pursuit for Practice License in Ontario, Canada. *Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly*, 22(2), 110-115.
- Shuval, J. T. (2000). The reconstruction of professional identity among immigrant physicians in three societies. *Journal of Immigrant Health*, 2(4), 191-202.
- Shuval, J. T., & Bernstein, J. H. (Eds.). (1997a). *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*. Westport, Connecticut, London: Praeger Publishers.
- Sow, D. (2010). Un autre discours sur l'intégration des médecins diplômés à l'étranger est possible. <http://doudousow.wordpress.com/2010/11/17/un-autre-discours-sur-l%E2%80%99integration-des-medecins-diplomes-a-l%E2%80%99etranger-est-possible/>. Accessed 12-05-26.
- Türegün, A. (2011). What Do Immigrants Do When They Can't Practise Their Professions? Immigrant Professionals in the Ontario Settlement Service Sector. In R. U. Mehrunnisa A. Ali (School of Early Childhood Education, Ed.), (pp. 43). Toronto: CERIS – The Ontario Metropolis Centre.
- Zietsma, D. (2010b). Immigrants working in regulated occupations. *Perspectives on Labour and Income* (Vol. 11, no 2, Catalogue no. 75-001-XIE, pp. 28): Statistics Canada.

CHAPITRE 6 - ÊTRE MÉDECIN ET IMMIGRANT AU QUÉBEC : UNE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE MALMENÉE

Blain, Marie-Jeanne, Sylvie Fortin et Fernando Alvarez (2014). « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée », *Revue Européenne des migrations internationales (REMI)*, 30(3&4) : 139-162. <http://remi.revues.org/7021>

Résumés

Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée

Au Québec et au Canada, les politiques d'immigration visent à attirer « les meilleurs et les plus brillants ». Les médecins font partie de cette élite transnationale et leur « fuite » soulève des enjeux éthiques dans les zones mal desservies. Or, un second enjeu éthique apparaît au pays hôte : leur reconnaissance professionnelle parcellaire. Elle soulève là encore de nombreux défis pour ces médecins, dont celui d'une identité professionnelle malmenée, qui reste pourtant peu documentée. Le caractère dynamique et relationnel de l'identité professionnelle est mis en relief, mais surtout, la puissance des conditions d'appartenance qui oblige à une flexibilité professionnelle et parfois au retrait de la profession ou du pays ; la notion de pouvoir et celle de reconnaissance sont au cœur de ces processus identitaires. Dans cet article les auteurs posent un regard critique sur les approches centrées sur l'individu qui ignorent les normes et les contraintes sociales.

Being a Physician and an Immigrant in Quebec: A Professional Identity Mistreated

In Quebec and Canada, immigration policies are designed to attract “the best and the brightest.” Physicians are part of this transnational elite and the “brain drain” raises ethical issues in under-served areas. A second ethical issue appears in the host country: Their fragmented professional recognition. In this interplay for recognition, the identity of doctors is often mistreated. Our starting point is the testimony of migrants; the dynamic and relational nature of professional identity is emphasized, but more importantly, the force of the conditions membership that require professional flexibility and, at times, the withdrawal of the profession or country. The notion of power and recognition is at the heart of identity processes. We take a critical approach to the individual-centered approaches that ignore social norms and constraints.

Ser médico e inmigrante en Quebec: una identidad profesional menospreciada

Tanto en Quebec como en Canadá, las políticas de inmigración aspiran a atraer « los mejores y los más brillantes ». Los médicos forman parte de esta élite transnacional y su « fuga » pone en juego problemas éticos en las zonas mal atendidas. Un segundo problema ético aparece en el país de acogida: el reconocimiento profesional parcelario. Nuestro punto de partida es el testimonio de los migrantes. En este esfuerzo para obtener el

reconocimiento, la identidad de los médicos se ve, a menudo, menospreciada. El carácter dinámico y relacional de la identidad profesional se discute, pero sobretodo, la fuerza de las condiciones de pertenencia que imponen una flexibilidad profesional y a veces el abandono de la profesión o del país. El concepto de poder y de reconocimiento está en el centro de los procesos de identidad. Partimos de una mirada crítica hacia las perspectivas enfocadas sobre el individuo, las cuales hacen abstracción de las normas y de los impedimentos sociales.

6.1 Introduction

But science and skill do not make a physician; one must also be initiated into the status of physician; to be accepted, one must have learned to play the part of a physician in the drama of medicine. (Becker et al. 2007 [1961]: 4)

Les politiques d'immigration sont conçues pour attirer les candidats « les meilleurs et les plus brillants » dans un contexte de forte compétition internationale visant ces *cerveaux mobiles* (CIC 2011). À l'instar de l'Australie, des États-Unis ou de l'Europe, le Canada s'inscrit dans ce « marché mondial des compétences médicales » (Séchet et Vasilcu 2012a). Si la « fuite » des médecins soulève des enjeux éthiques dans les zones mal desservies selon l'OMS (2010), la question de leur reconnaissance professionnelle se pose aussi au Québec et au Canada (Blain et al. 2012). En effet, les stratégies destinées à attirer une migration permanente qualifiée relèvent d'une politique gouvernementale qui les incite à s'établir, mais une fois sur le territoire, les médecins sont confrontés à de multiples défis entravant leur intégration professionnelle¹. Cette situation est d'autant plus critique que la province du Québec fait face à une pénurie de médecins.

Leurs compétences, pourtant hautement valorisées initialement, sont reconnues de façon variable. Au Canada, les démarches de reconnaissance professionnelle des diplômés

¹ La reconnaissance du titre de médecin varie d'un pays à l'autre et dépend des politiques en vigueur, des mécanismes corporatifs et du marché de l'emploi (Dumont et Zurn 2007a; Shuval et Bernstein 1997a). Au Canada, elle relève du pouvoir de la province. Le Québec affiche le plus bas pourcentage de diplômés internationaux en médecine par rapport aux autres provinces : 12 % pour 25 % en moyenne pour l'ensemble du Canada (ICIS 2013). Dans les pays de l'OCDE, ce taux est de 18 %, dont la France (17 %), les États-Unis (24 %), le Royaume-Uni (33 %) (Dumont et Zurn 2007a).

internationaux en médecine (DIM)² peuvent être très contraignantes. Pour un migrant universitaire, et plus particulièrement pour les diplômés en santé comme les médecins, l'objectif de poursuivre sa carrière dans le pays hôte peut éventuellement se réaliser³, mais s'il n'appartient pas à une filière académique prestigieuse, en tant que professeur et chercheur, sa démarche relèvera du « parcours du combattant » (Chicha 2009)⁴. Aux niveaux gouvernemental et institutionnel, les politiques visant à attirer des migrants ainsi que les mesures et programmes destinés à favoriser l'intégration socioprofessionnelle des personnes immigrantes⁵ mettent l'accent sur l'individu, ses caractéristiques personnelles et sa capacité d'adaptation (Chicha et Charest 2008). Cette vision idéaliste de l'intégration des migrants, selon laquelle leur capital humain et leurs choix détermineraient leurs trajectoires individuelles, fait cependant abstraction des normes et des contraintes sociales (Smith et Favell 2006).

Par-delà les enjeux d'ordre sociopolitique, que signifie être médecin et immigrant au Québec au regard de leur carrière? À la différence d'études qui s'inscrivent dans un courant psychosocial où un fort engagement professionnel constituerait un facteur déterminant dans la poursuite d'une carrière (Remennick et Shakhar 2003), notre recherche porte sur le caractère relationnel et stratégique du processus d'intégration socioprofessionnelle et, dans cet article, sur l'identité professionnelle. Notre approche s'inspire des travaux de Sainsaulieu (Sainsaulieu 1977b, 1997) en sociologie des organisations et de Shuval (2000) en sociologie de la santé, tout en privilégiant une approche anthropologique, ancrée dans les expériences de vie des personnes rencontrées et les pratiques observées.

² Les termes « médecin diplômé à l'étranger », « diplômé international en médecine » (DIM) ou « médecin diplômé hors Canada et États-Unis (DHCEU) » sont considérés ici comme synonymes. Les DIM de notre enquête sont tous migrants et diplômés hors Canada et États-Unis. Ils ont été recrutés par des institutions depuis l'étranger ou ont migré sans emploi confirmé.

³ 2 435 DIM ont leur permis de pratique au Québec (CMQ 2013). Ils seraient 3 000 non reconnus selon une association de DIM (Sow 2010).

⁴ Au Québec, à compétence égale, un migrant qui accède à un emploi a les mêmes privilèges qu'un natif. La citoyenneté ou le statut migratoire n'a pas d'effet sur le salaire perçu par les DIM une fois en poste (on notera que la médecine est l'une des professions les mieux rémunérées au Québec). Sommairement, la durée du processus pour acquérir le permis restrictif (professeurs et spécialités en demande) est de un à trois ans ; pour l'obtention du permis régulier, le DIM doit compléter sa résidence au Québec (formation postdoctorale, équivalent à l'internat en France), et le processus est de cinq à dix ans. Sauf exception (tel *l'arrangement de reconnaissance mutuelle* France-Québec signé en 2009), les omnipraticiens doivent choisir la procédure d'attribution du permis régulier (Blain *et al.* 2012).

⁵ Inscrits dans la politique québécoise, il s'agit de programmes pour favoriser l'intégration des personnes immigrantes, particulièrement des nouveaux arrivants ; un volet de ces derniers concerne la reconnaissance professionnelle et l'intégration au marché du travail. Ces mesures sont appliquées par des institutions gouvernementales ou des organismes communautaires financés par le gouvernement (Chicha et Charest 2008).

Nous verrons comment au cours de ces démarches complexes visant la reconnaissance professionnelle, l'identité professionnelle des médecins est bien souvent malmenée. Les conditions d'appartenance formelle à la profession médicale déterminent fortement les trajectoires d'intégration des diplômés internationaux en médecine, bien au-delà de leur vocation et de leur engagement. Le caractère dynamique et relationnel de l'identité professionnelle, sa fluidité et ses limites est mis en relief, mais surtout, dans le cas des médecins, la puissance des conditions d'appartenance, qui obligent à une flexibilité professionnelle et parfois au retrait. À partir de témoignages de migrants, nous explorons *l'identité professionnelle pour soi*, puis les aspects relationnels de l'identité, c'est-à-dire *les conditions d'appartenance et la catégorisation*. Enfin, nous soulevons les différentes *stratégies* mobilisées par les migrants, lesquelles varient selon les contextes. En conclusion, nous soulignons le rôle central des notions de pouvoir et de reconnaissance au coeur des processus identitaires (Sainsaulieu 1977b, 1997) avant de poser un regard critique sur les approches centrées sur l'individu.

6.2 Contexte de la recherche

6.2.1 Méthodologie

Les résultats présentés sont le fruit d'une recherche doctorale en anthropologie menée au Québec (2009-2012)⁶ qui relève d'une démarche phénoménologique et interactionniste. L'objectif principal est de documenter les processus complexes à l'œuvre au cours des trajectoires d'intégration socioprofessionnelles, et plus spécifiquement les stratégies et ressources mobilisées par des DIM sur le marché du travail.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de trente et un médecins diplômés à l'étranger (quinze femmes et seize hommes), âgés de trente-trois à cinquante-cinq ans et parlant français. Tous sont immigrants ayant un statut régularisé comme résident permanent (de catégories diverses : sélectionnés, réunification familiale ou réfugiés), ils vivent au Québec depuis six ans en moyenne. Les lieux d'origine et les pays d'obtention du diplôme de

⁶ Recherche menée par Marie-Jeanne Blain, sous la direction de Sylvie Fortin et Fernando Alvarez. Nous remercions le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et la Fondation du CHU Sainte-Justine pour leur appui, ainsi que tous les répondants. Notre enquête a été approuvée par les comités d'éthique à la recherche du CHU Sainte-Justine et de l'Université de Montréal.

médecine sont très variés⁷. Les régions d'obtention du diplôme de médecine sont⁸ : Europe de l'Ouest (huit), Europe de l'Est (trois), Amérique latine (neuf), Antilles (Cuba et Haïti) (trois), Maghreb (quatre) et Afrique subsaharienne (quatre). Les entretiens étaient centrés sur les récits de vie professionnelle pré et post-migratoire. Avant la migration, les deux tiers travaillaient en tant qu'omnipraticiens (vingt sur trente et un), parmi ces derniers, sept travaillaient dans la santé publique ou l'administration; l'autre tiers était composé de professeurs (cinq) ou de médecins spécialistes (six). Au moment de l'enquête, quinze ont intégré la profession médicale au Québec (ou s'apprêtaient à le faire). Ceux-ci, que nous nommons les « requalifiés », ont obtenu des postes de professeurs (cinq), médecins spécialistes (deux), médecins de famille (trois), étaient en résidence (quatre) ou en démarches pour l'obtention du permis de pratique comme médecin (un). L'autre moitié (seize) a changé de carrière et s'est réorientée vers des professions non médicales. À l'exception d'une personne qui s'est dirigée vers des études supérieures en sciences sociales et d'une autre sans expérience professionnelle au Québec, tous se sont « réorientés » dans le domaine de la santé, soit dans le milieu non clinique⁹ – nommés « réorientés niveau universitaire en santé » : postes de niveau universitaire suite à des études supérieures (six) ou aux études supérieures en santé non clinique (cinq) –, soit en santé clinique comme techniciens (trois). Au cours de leurs trajectoires d'intégration professionnelle, les deux tiers des « réorientés » ou « requalifiés » ont occupé un emploi déqualifié, les professeurs faisant majoritairement exception.

Ce corpus a été complété par des entretiens informels menés auprès de vingt-deux personnes, dont onze acteurs institutionnels (responsables de l'embauche, représentants d'organismes d'aide à l'emploi, d'associations de DIM, etc.) et onze DIM très récemment immigrés ou projetant d'immigrer¹⁰. Nous avons aussi réalisé des observations ponctuelles dans le milieu associatif médical, dans le milieu communautaire (au sein d'associations pour la reconnaissance des DIM ou d'organismes d'aide à l'emploi dédiés à l'intégration des nouveaux arrivants) ainsi que lors de réunions d'information du Collège des médecins s'adressant aux DIM.

⁷ À l'instar du portrait de l'immigration au Québec, la même diversité était souhaitée dans notre étude.

⁸ Pour trois répondants, le pays de naissance est différent du pays d'obtention du diplôme. Ce dernier a été retenu, alors que le processus de reconnaissance au Québec ne tient compte que du lieu des études.

⁹ Par exemple, conseiller dans le secteur pharmaceutique, en santé et sécurité, en bioéthique, professionnel de recherche, etc.

¹⁰ Compte tenu du temps de requalification requis, sont exclus de notre population principale ces migrants très récents (moins de deux ans). Les échanges informels permettaient de recueillir leurs premières impressions.

6.2.2 Des processus d'intégration socioprofessionnelle complexes

Les difficultés d'intégration professionnelle des DIM sont bien documentées au Québec (Bardai 2010; Chicha 2009), mais la question qui concerne la réorientation de carrière de migrants très qualifiés et leurs processus décisionnels reste encore peu explorée. Au Canada, les DIM se distinguent d'autres groupes occupationnels par la complexité et la fragmentation des démarches de reconnaissance professionnelle (Blain *et al.* 2012). En plus d'être touchés par le chômage, les diplômés internationaux en santé, et spécialement les médecins, ont un accès plus limité à leur profession – 45 % des DIM seraient réorientés dont plus du tiers dans des postes qui ne sont ni liés à la médecine ni aux soins de santé (Boyd et Schellenberg 2007) –, et connaissent une déqualification importante. Ils se requalifient plus lentement comparativement à d'autres professions dont les diplômes ont été obtenus à l'étranger (Galarneau et Morissette 2004).

Aucune étude statistique n'a encore été publiée au Québec concernant les différences d'intégration professionnelle selon l'origine nationale des DIM. Cependant, des pistes se dégagent de données canadiennes indiquant que les DIM originaires de pays francophones ou anglophones occuperaient un poste de médecin en plus forte proportion (Boyd et Schellenberg 2007) tandis que l'admission en résidence¹¹ semble favorisée pour les DIM diplômés de pays occidentaux (CaRMS 2013). L'invisibilité statistique et le peu de précision des données sur les DIM au Québec ne permettent cependant pas de donner plus de détails.

En cas de non-reconnaissance professionnelle, les migrants peuvent suivre une nouvelle formation, accepter un emploi transitoire, se diriger vers l'entrepreneuriat, redéfinir leurs attentes, rentrer au pays d'origine, ou encore aller dans un pays tiers (Chicha 2009; Collins 2012; Shuval 2000). En ce qui concerne les DIM, il a été fréquemment observé que pour se rapprocher de leur profession ceux-ci tentent d'occuper un poste dans le secteur de la santé ou dans la recherche. Néanmoins, le fait de travailler en santé clinique dans un poste autre que la médecine implique un retour aux études ainsi que des démarches de reconnaissance

¹¹ La réussite de la résidence au Québec (formation postdoctorale équivalant à l'internat en France) est obligatoire pour l'obtention du permis régulier de pratique pour les DIM non admissibles au permis restrictif comme spécialiste ou professeur. Les résidents reçoivent un salaire durant leur formation. Les places en résidence sont contingentées, certaines spécialités plus que d'autres. Le taux moyen de réussite à l'admission des DIM au Québec entre 2010 et 2013 est de 30 % (CMQ 2013), même s'ils ont obtenu au préalable une équivalence de leur diplôme par le Collège des médecins du Québec. Le fait que plusieurs universités préfèrent laisser des postes de résidents vacants suscite de vifs débats dans le milieu pour la reconnaissance des DIM, « les facultés de médecine [...] répliquèrent qu'elles préféreraient laisser les postes vacants, estimant que les médecins DHCEU n'ayant pas été jumelés ne possédaient pas les "qualités requises" » (CDPDJ 2010d: 2).

auprès de l'ordre professionnel concerné, parmi vingt-quatre professions réglementées en santé (CIQ 2012)¹². De plus, compte tenu du cloisonnement des champs professionnels, rien ne garantit au DIM que l'emploi transitoire soit un tremplin vers la médecine, même si travailler dans un poste en santé peut permettre de mettre à profit ses compétences, de se familiariser avec le système de santé québécois ou simplement d'exercer une profession apparentée à celle exercée auparavant.

6.2.3 Identité et stratégies identitaires

Pour Sainsaulieu (1977b), la reconnaissance de l'identité s'inscrit dans un ordre établi qui s'ancre dans « l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir ». Il en résulte une identité « pour soi » et une identité « attribuée » qui peuvent être en désaccord et seront négociées par les acteurs en présence (Dubar 1995; Goffman 1975; Sainsaulieu 1977b). L'identité n'étant jamais donnée une fois pour toutes, la notion d'identification serait plus juste ; elle met en relief son caractère construit dans lequel des enjeux de pouvoir sont sous-jacents (Gallissot 1987). Cette conception permet de dépasser l'aspect psychologique de l'identité et de tenir compte des dimensions liées aux conditions d'appartenance et à la catégorisation. Les stratégies identitaires quant à elles se situent au confluent des dimensions micro et macrosociales. Elles sont influencées par les situations d'interaction, mais ne dépendent pas uniquement de ces dernières – voir les stratégies de « résistance au stigmat » (Goffman 1975) ou le « revirement du sens de l'épreuve » (Fournier et Bourassa 2004). Cette capacité stratégique, cette possibilité de faire des essais et erreurs, est inégalement répartie et dépend des relations de pouvoir et de la position de chacun des acteurs (Sainsaulieu 1977b), de ses ressources sociales et symboliques (Berset *et al.* 1999; Fortin et Renaud 2004).

La profession procure un sentiment d'appartenance à une communauté partageant un ensemble de normes et de valeurs (Dubar 1995; Shuval 2000). Suite à un long processus de socialisation, la profession médicale, même subdivisée en plusieurs spécialités, peut procurer ce sentiment de partager une culture professionnelle commune (Becker *et al.* 2007 [1961]; Good et DelVecchio Good 1993). Une étude récente menée auprès de DIM luttant pour la reconnaissance de leur titre de médecin au Canada propose même l'existence d'une « diaspora professionnelle », au sein de laquelle l'identité professionnelle de médecin

¹² À la différence de la France, par exemple, où un DIM peut exercer comme « praticien associé » ou infirmière (Dumont et Zurn 2007a).

rassemble des individus d'appartenances, de cultures et de langues diverses (Neiterman et Bourgeault 2012). Selon ces auteures, l'identité professionnelle antérieure de ces médecins ainsi que les incertitudes entourant leur avenir dans le milieu médical canadien les unissent et contribuent à créer une communauté d'entraide composée de DIM de toutes origines. Dans le cadre de notre recherche, l'identité de DIM transparaît notamment pour ceux qui ont un « parcours du combattant » pour la reconnaissance. Dans leurs cas, l'appui des pairs s'avère central pour parvenir à une reconnaissance professionnelle, non seulement pour faire face à la lourdeur et à la difficulté des démarches à entreprendre, mais aussi pour mettre en œuvre des stratégies efficaces – par exemple l'accès à des informations non officielles essentielles comme les stages d'observation préalables à la résidence (Blain *et al.* 2012). Toutefois, dans notre recherche nous mettons en lumière une situation pour le moins paradoxale, puisque certains DIM se distancient de cette identité de groupe.

Des recherches menées auprès de médecins immigrants ont mis en évidence des liens entre les notions d'identité professionnelle et d'engagement (*professional commitment*) (Remennick et Shakhar 2003; Shuval 2000; Shuval et Bernstein 1996). Un médecin très engagé et très lié émotionnellement à sa profession chercherait davantage à être reconnu après son arrivée au pays hôte. Remennick et Shakhar (2003) évoquent une identité professionnelle peu malléable, à l'exemple de DIM reconvertis en physiothérapeutes, mais se définissant toujours comme médecins malgré leurs nouveaux statut et rôle. Nos résultats soulignent au contraire que l'identité professionnelle des médecins s'avère flexible dans certaines situations, en particulier s'ils puisent dans des ancrages identitaires antérieurs, c'est-à-dire dans les cas où ils se considéraient polyvalents et avaient occupé au préalable des fonctions hors du domaine de la médecine clinique ou, dans d'autres cas, s'ils ont le sentiment de poursuivre leur spécialité médicale à travers une nouvelle carrière au Québec. Au reste, comme nous le verrons, nos résultats indiquent que cette flexibilité identitaire trouve ses limites lorsque le DIM se réoriente au Québec dans une profession technique. Par ailleurs, la notion d'engagement telle qu'avancée par Remennick et Shakhar (2003) ne peut à elle seule expliquer des phénomènes d'auto-retrait de la profession médicale qui ont été documentés (Belkhodja *et al.* 2009; Chicha et Charest 2008; Hachimi Alaoui 2007). En effet, le fort corporatisme décourage plusieurs migrants à entamer des démarches de reconnaissance de leurs acquis professionnels, en dépit de leur sentiment de vocation professionnelle vis-à-vis de la médecine. En ce sens, la perspective que nous retenons est celle de Judith Shuval (2000) : la notion d'engagement peut éclairer certaines stratégies

d'intégration professionnelle, mais ce phénomène complexe doit être analysé à la lumière des conditions structurelles d'accès à la profession médicale.

6.3 L'identité professionnelle pour soi

Être médecin, ce n'est pas juste avoir un diplôme, c'est viscéral, c'est au fond de nous. (Véronique¹³, France, réorientée niveau universitaire en santé)

Ces médecins ont choisi leur profession pour différentes raisons : l'influence d'un moment clé vécu durant l'adolescence, un proche œuvrant dans le milieu médical, le besoin de se sentir utile, l'attrait pour les aspects scientifiques ou humains, etc. La formation est exigeante et longue et, même si certains pressentaient les nombreux défis associés à une intégration au système médical québécois, peu ont laissé de plein gré leurs carrières, quels que soient leurs motifs d'immigration. En effet, au cours du processus d'immigration, tout médecin doit signer une lettre déclarant qu'il est informé des difficultés d'accès à la profession médicale au Québec¹⁴. Bien qu'informés de cette situation, au moment de migrer, certains pensent se faire une place malgré tout, d'autres sont prêts à mettre leur profession « en berne » tandis que d'autres désirent tenter leur chance avec la possibilité de repartir si l'expérience ne leur convient pas.

Quant à la vision de leurs trajectoires, dans la catégorie des « requalifiés », il y a ceux pour qui cela représente une mobilité professionnelle, « les recrutés ». Ce sont dans notre population d'enquête les professeurs (et un spécialiste), tous recrutés depuis la France qui ont immigré munis d'une lettre d'embauche provenant d'un établissement québécois et qui ont bénéficié d'une reconnaissance relativement rapide du Collège des médecins (un à deux ans environ). Pour les autres « requalifiés », que nous nommons « les batailleurs », cela s'est fait au prix de démarches intenses, semées d'embûches. Le processus est éprouvant tant du point de vue humain que financier et s'étale sur plusieurs années (entre trois et dix ans) : via l'obtention du permis restrictif comme spécialiste ou suite à la résidence. Pour ces derniers, il peut y avoir des « compromis » professionnels (un spécialiste opte pour la médecine familiale ou un professeur surspécialisé devient simple spécialiste).

¹³ Les noms sont des pseudonymes.

¹⁴ *Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis* (www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/dcs/D04.pdf).

Dans le groupe des « réorientés », deux tendances se dégagent. Certains vont insister sur la continuité de leur carrière dans leur nouvelle profession. Cette perception de continuité se fera soit via une valeur ajoutée accordée à la spécialité ou au domaine d'expertise exercé avant la migration (la santé publique par exemple), par un intérêt particulier que l'on avait (comme la bioéthique), ou par la poursuite d'un projet qui commençait à se former avant leur départ (comme la médecine alternative). Pour d'autres, le changement de carrière représente un choix de compromis, par manque d'option, par « résignation » selon Chicha (2009). Il s'agit d'adopter une carrière dans le domaine de la santé qui requiert un bref investissement de temps et un emploi convenable à court terme (les techniques en santé).

6.3.1 L'identité fluide

Ce n'est pas évident que si tu changes de pays, ton statut professionnel change aussi. Dans ta tête, tu cherches à garder toujours le même statut : « Si je suis médecin ici, pourquoi pas là-bas? » (Leandro, omnipraticien en Colombie, réorienté technicien en santé)

Le processus identitaire est dynamique et l'individu peut réinterpréter à tout moment sa trajectoire et modifier conséquemment ses stratégies professionnelles. La vision de soi peut changer au fil du temps et les médecins rencontrés nous en donnent maints exemples. La médecine clinique peut devenir secondaire tout en conservant ses acquis comme professionnel en santé (sans la clinique) ou le DIM peut s'identifier à une nouvelle profession. Türegün (2011) parle de reconstruction professionnelle et Shuval (2000) de nouvelle identité professionnelle. Dans notre recherche, nous avons identifié deux cas de figure en ce qui concerne la réorientation, l'une positive et l'autre ambiguë, voire même négative.

Cette reconstruction apparaît positive pour ceux dont une professionnalité est reconnue et qui puisent dans des ancrages identitaires antérieurs, c'est-à-dire ceux qui avaient exercé des fonctions hors de la santé clinique avant la migration ou qui éprouvent un sentiment de continuité de leur spécialité. C'est le cas des DIM occupant des professions de niveau universitaire en santé publique, bioéthique, santé et sécurité au travail, etc. « *Je me sens valorisée comme professionnelle* », dira Carmen (Venezuela). Ils ont davantage le sentiment de poursuivre leur carrière, que ce soit en exerçant différemment leur spécialisation ou en travaillant dans un domaine qui leur est familier, auquel ils s'identifiaient déjà avant la migration. Ces répondants ont entrepris ou complété des études supérieures qui ont pu

donner une valeur ajoutée à leur formation médicale de base. Plusieurs ont mentionné avoir été embauchés précisément parce qu'ils sont (étaient) médecins. Un sentiment de continuité et de reconnaissance de leur expertise est ressenti. Néanmoins même pour ces répondants, la précarité d'emploi ou le sentiment de ne pas être rémunéré à leur juste valeur peut mettre un bémol à ce relatif « confort identitaire ».

La reconversion dans des postes techniques nous permet de cerner les limites de la flexibilité identitaire. Le sentiment de malaise est particulièrement exacerbé pour les DIM ayant fait un choix de compromis en technique de la santé et dont le nouveau rôle ne donne pas accès à une autonomie décisionnelle et à une reconnaissance de leur professionnalité. L'acquisition d'une nouvelle identité professionnelle en technique de la santé peut impliquer une « régression » difficile à accepter (Collins 2012). En effet, l'individu puise dans ses ressources, mais est contraint par des limites, notamment structurelles; le choix professionnel « par résignation » en témoigne. L'identité de médecin se cristallise lorsque cette nouvelle identité professionnelle leur est étrangère ou lorsque leurs interactions quotidiennes rappellent ce qui a été perdu (Vapor et Xu 2011). Les migrants rencontrés ne semblent pas avoir intégré de façon positive ce nouveau statut, peut-être parce qu'il s'agit d'un choix de compromis afin de poursuivre a minima dans le domaine de la santé ou encore, du fait que la profession n'est pas de niveau universitaire. Sofia, spécialiste en Ukraine et étudiante en techniques infirmières depuis un an et demi, en témoigne : « J'ai compris que ce n'était pas un bon choix. [...] Ce n'est pas mon niveau. Je peux faire plus. J'ai des connaissances plus larges et je ne vais pas me respecter dans le niveau d'infirmière ». Elle envisage d'interrompre ses études pour entamer le processus de reconnaissance comme médecin, quatre ans après son arrivée au Québec.

Se retrouver dans une filière technique, non valorisée, dans une structure décisionnelle où le médecin agit encore souvent comme figure centrale – malgré la professionnalisation des autres carrières en santé (Dussault 1985b) – pourrait exacerber l'identité vocationnelle de médecin et le malaise lié au sentiment de ne pas être à sa place. L'identité peu malléable des médecins reconvertis comme physiothérapeutes en Israël trouve ici écho (Remennick et Shakhar 2003). Leur difficulté à se réorienter, attribuée par les auteures à un fort engagement vis-à-vis de la médecine, s'explique également, selon nous, par leur professionnalité non reconnue. La capacité limitée de poser un jugement clinique pourra s'avérer frustrante pour des médecins aujourd'hui techniciens en santé. Par exemple, Véronique qui avait envisagé d'être infirmière s'est ravisée : « Si je me trouve face à un

médecin qui prescrit quelque chose et que moi, en tant que médecin, quand même, je ne suis pas tout à fait d'accord, je risque d'avoir des problèmes pour vivre ça, et donc je n'ai pas voulu choisir cette voie-là » (France, réorientée niveau universitaire en santé). À l'instar des résultats de Vapor et Xu (2011 : 218), cette transition professionnelle de médecin à infirmière, de « “thinker” (prescribing orders) in medicine to a “doer” », suscite des émotions négatives : une baisse d'estime de soi, de la gêne, une perte d'identité et une difficulté à renoncer au rôle de médecin. Ces DIM techniciens sont constamment rappelés « à la personne qu'on aurait aimé être, la personne qu'on était » (Sayed, Algérie, médecin de famille au Québec). Citons Sofia, réorientée comme technicienne en santé, qui rapporte l'expérience d'un ami autrefois chirurgien :

Il m'a dit : « Quand je travaille comme préposé dans le département de chirurgie [il était chirurgien], le cœur déchire dans ce moment, parce qu'il fait la même chose que j'ai faite, mais je ne peux pas regarder dans le dossier, je ne peux rien faire... c'est dur ». Et il retourne à la maison chaque fois déçu... et chaque fois il recommence... (Sofia, spécialiste en Ukraine, réorientée technicienne en santé)

6.3.2 Stratégies d'ajustement de la vision de soi et relativisation

Et je pense que... je suis toujours médecin, en tout cas, profondément. (Isabelle, spécialiste en France, réorientée niveau universitaire)

Les stratégies déployées par les DIM « réorientés » nous semblent constituer des « stratégies de protection identitaire », c'est-à-dire des façons de donner sens à son parcours, de le réinterpréter. Un sens est donc donné à l'occupation de ces emplois, et l'identité est ajustée en conséquence. En cas de non-reconnaissance, deux stratégies sont mobilisées. Le DIM pourra se considérer toujours médecin, malgré tout, ou bien il pourra relativiser son nouveau rôle professionnel en mettant l'accent sur la dignité de tout travail ou la priorité accordée à la famille.

Une stratégie récurrente consiste à maintenir son identité professionnelle, malgré sa non-reconnaissance au Québec. Carmen, réorientée, a réfléchi à cette question : « Parfois je m'entends dire “je suis médecin au Venezuela”. Mais je ne suis pas médecin au Venezuela, je suis médecin simplement, tu comprends? »

Ils insistent sur le fait qu'ils sont toujours médecins, mais ailleurs. Il y a un poste en attente au pays d'origine, ou bien ils y maintiennent leur permis de pratique valide s'ils décident une

migration de retour. « Je sais que si je retourne en France, je vais exercer – si je veux » (Isabelle). Certains peuvent également se dire qu'il est toujours possible de travailler à l'international et « on n'aura rien perdu » (Leandro). Pour les DIM réorientés, cette capacité de se dire et de se voir toujours médecin, par-delà les frontières, permet de maintenir une vision de soi, malgré l'identité attribuée localement.

Dans les cas où l'emploi occupé représente une déqualification importante, l'accent est mis sur la valeur du travail, qui permet de faire vivre dignement sa famille, de vivre de façon autonome (voir Vapor et Xu 2011). Sayed sans emploi durant une certaine période, vivant de prestations de dernier recours du gouvernement, nous dira qu'un jour il en a « eu marre » et qu'il a accepté n'importe quoi :

J'ai dit : « C'est quoi le travail? ». On m'a dit : « Du travail physique. Êtes-vous capable? ». « Oui, je suis capable ». [...] Bien je suis allé prendre des cartons! Puis c'est tout. Et je ne suis pas mort. Et je n'ai pas honte de le dire, au contraire, j'en suis fier. (Sayed, Algérie, aujourd'hui médecin de famille)

D'autres relativisent leur position, concluant qu'ils ont fait un travail comme tout immigrant « typique », accédant à un emploi déqualifié en début de parcours. Ainsi, « la carrière de l'immigrant » (Hachimi Alaoui 2007) permet de relativiser sa position professionnelle. « Je le prends déjà beaucoup moins personnel », confiera Isabelle (France, réorientée) ; « je n'étais pas une exception », évoquera Françoise (France, agente de recherche avant d'être professeure). On peut aussi comparer sa situation à ce qu'elle aurait été ailleurs, soit parce que l'on connaît des amis médecins ayant migré dans un pays tiers et « qui n'ont même pas réussi à trouver un poste comme professionnel » (Carmen), soit en se remémorant les difficultés ou le « stress » vécus au pays d'origine.

Une autre façon encore de relativiser sa situation professionnelle est de mettre en avant d'autres aspects positifs de sa vie, particulièrement la vie familiale. Ainsi, tout peut bien aller, sauf la vie professionnelle. La migration peut être au centre d'un projet familial plus large et alors, les aléas professionnels sont minorés par le bien-être de la famille (Blain 2006; Vapor et Xu 2011).

6.4 Conditions d'appartenance et catégorisation

6.4.1 Contraintes d'appartenance et « auto-retrait »

Il faut le vouloir, mais il faut aussi en avoir les moyens. (Angèle, Burkina Faso, réorientée niveau universitaire en santé)

Les contraintes de la reconnaissance professionnelle sont nombreuses. Même si l'on souhaite poursuivre sa carrière, encore faut-il traverser un processus exigeant et onéreux, dont l'issue est plus qu'incertaine. Ces professionnels de la santé pourront alors opter pour un retrait du champ de la médecine, une migration de retour ou dans un pays tiers (Collins 2012).

Dans le cadre de notre recherche, un important phénomène d'« auto-retrait » face aux démarches très contraignantes a été constaté, soit dès le départ, soit suite à un blocage à l'une des étapes du processus de reconnaissance. C'est le cas de plus de la moitié des médecins réorientés. Par exemple, Isabelle (spécialiste en France) n'a jamais entamé de démarches pour être médecin au Québec : « je ne veux pas repasser des examens et en plus refaire [des] années d'études ». Pour Didace (République démocratique du Congo) et Rosalie (Burkina Faso), c'était « une décision qui était déjà prise », la lettre signée à l'ambassade au cours du processus d'immigration – la déclaration du médecin DHCEU – quant à la très grande difficulté d'exercer la médecine au Québec les a immédiatement découragés. Pour Nafissa (Algérie, sans emploi au Québec), le processus est trop cher et trop long : « Même si on a la volonté, on n'a pas les moyens. Donc, j'ai opté pour femme au foyer. Je ne suis pas satisfaite, sincèrement, je me sens comme... j'ai perdu tout ». D'autres ont amorcé le processus, mais ont abandonné l'idée suite à un blocage, dont Carmen (Venezuela) qui réalise ne pas pouvoir se dédier simultanément à son emploi actuel et au processus d'accréditation, ce qui impliquerait d'étudier à temps plein (et sans ressource). Elle décide de donner la priorité à sa famille et à la stabilité financière.

D'un autre côté, dans les cas où l'identité vocationnelle est forte et qu'aucune voie de reconnaissance ne se présente, l'option du retour au pays d'origine, dans un pays tiers ou dans une autre province canadienne est fréquemment évoquée. La quasi-totalité des répondants l'a spontanément exprimée, soit pour témoigner de leurs réflexions, soit pour relater l'expérience de collègues DIM. Les requalifiés exerçant la médecine au Québec aujourd'hui se souviennent avoir examiné la possibilité d'un retour au pays lorsque le

processus semblait sans issue. Eduardo (Argentine) y a pensé quand tout allait mal : « j'étais complètement déçu [...] je voulais rentrer ». Presque tous les professeurs étaient prêts à quitter s'ils n'avaient pu pratiquer. Et s'il n'avait pas commencé sa résidence dans sa spécialité, Manuel (Colombie) aurait migré avec sa conjointe dans un pays tiers. Pour d'autres, il s'agit de se donner « une sorte de délai raisonnable » (Mehdi, Algérie, réorienté niveau universitaire en santé), de conserver l'option ouverte de quitter le Québec s'ils ne trouvent pas l'emploi idéal et stable.

Or, c'est lorsque trois éléments spécifiques sont réunis qu'un malaise apparaît : une identité vocationnelle forte, la non-reconnaissance des acquis professionnels et l'impossibilité de mettre en œuvre des « voies de contournement » ou « de sortie ». En effet, pour les DIM non reconnus qui considèrent leur profession comme centrale et qui sont en quelque sorte « bloqués », la situation est particulièrement insatisfaisante. C'est le cas de plusieurs migrants originaires de pays où la situation économique ou politique est instable, telle Nafissa (Algérie, sans emploi au Québec) qui sent avoir tout perdu ou Didace (République démocratique du Congo, réorienté technicien en santé) qui trouve « très dur et très douloureux » de ne pas avoir la possibilité de « recycler sa formation honorablement ». Nos analyses vont dans le sens de la recherche de Belkhodja et ses collègues (2009) portant sur l'intégration professionnelle de diplômés internationaux en santé. Ne pas être en mesure d'être reconnu comme médecin et se sentir « coincé » dans le pays d'accueil peut entraîner un sentiment de double échec :

« Comme ils ont tout laissé dans leur pays d'origine pour venir au Canada, il n'y a pas de retour possible. Ils se sentent coincés. Ils ne peuvent pas retourner dans leur pays [d'origine], recommencer à zéro et admettre la faillite, mais ils n'arrivent pas à s'intégrer professionnellement ici [au Canada]. Ils ressentent l'échec des deux côtés » (Belkhodja *et al.* 2009: 38).

La médecine considérée ou non comme une vocation ne coïncide pas d'emblée avec les démarches de reconnaissance entreprises une fois immigré au Québec. Le contexte de la reconnaissance joue beaucoup plus fortement que l'identité pour soi. En effet, nous avons observé un phénomène de retrait récurrent, qui se manifeste par l'auto-exclusion des démarches de reconnaissance ou par une émigration du Québec. Il est clair que les DIM luttant pour être reconnus ont leur profession à cœur, d'autant plus que devenir médecin implique de nombreuses années d'investissement à plusieurs niveaux (personnel, financier, etc.). Toutefois, « ne pas entrer dans la lutte » ou ne plus se dire médecin ne signifie pas

nécessairement une absence de vocation. En outre, la réorientation professionnelle entraîne clairement des stratégies identitaires, telles que la relativisation, la valorisation du nouveau poste comme professionnel ou l'accent porté sur la valeur du travail. Les cas où aucune stratégie de protection identitaire n'est possible peuvent entraîner un deuil professionnel particulièrement difficile à vivre. Le DIM choisira alors de demeurer dans le pays hôte pour des raisons autres que celles liées à sa carrière, avec un choix professionnel impliquant un certain sacrifice, assumé avec plus ou moins de bonheur.

6.4.2 L'identité attribuée

Explorer l'identité est indissociable de la reconnaissance et de l'attribution identitaire. Sauf exception pour la carrière universitaire, les DIM ont quasi systématiquement reçu des jugements a priori plutôt négatifs quant à leurs possibilités de pratiquer la médecine. S'agit-il de remarques implicites visant les compétences des personnes immigrantes ou de discours qui découlent de situations complexes où de nombreux acteurs institutionnels interviennent, souvent en vase clos (Blain *et al.* 2012)? Nous pouvons difficilement trancher. Il est toutefois frappant de constater que selon « la porte où l'on frappe » – d'où l'importance d'un réseau de contacts ou d'une bonne stratégie initiale –, les conseils vont orienter les DIM soit vers des filières très déqualifiantes (niveau non spécialisé ou technique) soit vers la reconnaissance d'une certaine professionnalité (niveau universitaire).

6.4.2.1 L'exception : la carrière universitaire

Moi je suis en position de force, on peut dire. En tout cas, je suis un des rares spécialistes dans mon truc, personne ne va venir m'embêter. (Pierre, professeur, démarches de six mois depuis la France pour la reconnaissance)

Pour certains médecins, spécialement les professeurs-chercheurs, venir au Québec représente une mobilité socioprofessionnelle ascendante ou une amélioration de leur « qualité de vie », en particulier quant à la charge de travail ou aux possibilités de mener leurs recherches. Ces professeurs ont bénéficié de conditions de recrutement particulières. Il ne s'agit pas seulement de conditions d'accès à la pratique – le processus d'obtention du permis restrictif comme professeur étant beaucoup plus simple et rapide –, mais aussi de reconnaissance et de démarches concrètes menées par les institutions pour les attirer et les

retenir. Ces médecins, tous recrutés en France, hommes comme femmes¹⁵, sont des spécialistes reconnus dans leurs disciplines. Ils bénéficient de ressources symboliques et relationnelles (Berset *et al.* 1999; Fortin et Renaud 2004) tels le prestige international, les contacts établis à travers des congrès internationaux, mais aussi le fait d'être insérés dans des filières académiques valorisées.

6.4.2.2 « Fais le deuil de la médecine », « Sois flexible »

Dans tous les endroits que j'étais, ils m'ont dit à l'ambassade [...] : « Voilà, il faut signer le décès de votre profession ». Et je l'ai signé! Et quand je rentre ici [au Québec], je n'avais pas de travail. Bien, ils m'ont dit [au gouvernement] : « il faut être flexible »... Donc, c'est quoi être flexible? Chauffer un taxi? Non, je trouve ça... un peu dénigrant pour... C'est quoi être flexible? (Eduardo, Argentine, spécialiste au Québec suite à un parcours du combattant de six ans).

Les discours officiels du gouvernement et des organisations relayant ses positions sont peu encourageants à l'égard des diplômés internationaux en médecine. C'était d'autant plus fréquent avant 2002, lorsque la médecine était une profession exclue de la catégorie des immigrants sélectionnés¹⁶, mais aujourd'hui, les messages de « deuil de la médecine » et de « flexibilité professionnelle » demeurent toutefois fort présents. En effet, à moins d'être recrutés par une institution hospitalière depuis l'étranger, les médecins candidats à l'immigration sont informés par l'intermédiaire de l'ambassade, puis par les représentations du ministère de l'Immigration au Québec qu'il sera très difficile d'exercer leur métier et qu'aucune garantie ne peut leur être donnée concernant l'obtention d'un permis de pratique ou d'un accès à la résidence en médecine pour les DIM devant suivre cette voie pour la reconnaissance professionnelle. Près des deux tiers des répondants, exerçant aujourd'hui comme médecin ou non, tant avant 2002 qu'après, ont reçu explicitement ce type de message¹⁷. Certains représentants vont relayer le message de façon un peu moins équivoque, comme en témoigne Eduardo. Ces messages officiels qui informent les médecins

¹⁵ La situation des femmes serait à investiguer davantage, les parcours de ces professeures ont été plus longs et précaires.

¹⁶ Seuls les professeurs pouvaient être sélectionnés avant 2002. Il était toutefois possible de migrer via d'autres catégories d'immigration (par exemple, famille, réfugié, conjoint du requérant principal) et de faire les démarches d'accréditation une fois établi.

¹⁷ Les migrants entrés au Canada avec un visa d'immigration temporaire comme professeur ou étudiant ont été moins exposés à ce type de message, contrairement à ceux qui ont dès le départ fait les démarches comme résident permanent.

des difficultés qui les attendent et qui les encouragent à une certaine flexibilité professionnelle peuvent en réalité découler d'une réalité structurelle particulière (qui résulte d'un corporatisme fort). Ils peuvent témoigner d'un sentiment d'impuissance de la part des conseillers et viser à aider le nouvel arrivant à ne pas se faire d'illusions. Ils peuvent en revanche également découler d'une idéologie implicite qui considère que le médecin diplômé à l'étranger ne s'adaptera pas aisément au contexte québécois, qu'il n'est pas « à niveau », voire même qu'il est un « médecin de seconde zone »¹⁸.

Par exemple, lors d'une réunion d'information sur les professions réglementées, un représentant du ministère de l'Immigration a déclaré à un médecin spécialiste : « que la situation s'améliorait [...] et qu'on avait tout de même le droit d'être préposé aux bénéficiaires » (Isabelle). Plus généralement, pour tous les chercheurs d'emploi nouveaux arrivants, la position officielle du ministère de l'Immigration est d'inciter à la flexibilité professionnelle « en acceptant un emploi autre que celui visé ou comportant des responsabilités moindres, le temps d'acquérir une expérience québécoise ou de suivre une formation » (MIDI 2014a: 1). Ces messages de flexibilité et de « deuil professionnel » peuvent aussi être véhiculés par des conseillers en emploi. Lorsque Sayed affirme être médecin à son conseiller, ce dernier lui répond « *oublie ça!* ». On déclare à Pérard et Nafissa : « vous êtes médecins, on ne peut rien faire pour vous », ou encore à Isabelle, « il faut que vous fassiez le deuil de votre métier, vous ne serez plus jamais médecin ».

Ce type de message qui est adressé par des organismes officiels n'est pas sans effet sur la réalisation du projet professionnel. Certains des médecins concernés jugent cependant que le parcours sera difficile, mais pas impossible. Pour d'autres, tout espoir de travailler un jour en tant que médecin est perdu et aucune démarche n'est même entamée : « J'étais prévenue que l'on ne voulait pas de moi » (Véronique), « la porte est fermée avant même d'entrer [...] moi, ça m'a beaucoup affectée » (Carmen). Sayed nuance le message reçu lors de son entretien d'immigration à l'ambassade canadienne : on ne lui a pas dit que c'était impossible, mais « presque impossible ». Il ajoute « quand je suis arrivé ici [au Québec], je ne rêvais pas, non. J'ai été m'inscrire à des cours d'informatique » (Sayed, Algérie, médecin de famille au Québec).

¹⁸ « Des médecins à deux niveaux, pas plus qu'une médecine à deux vitesses! » dira en 2005 le président du Collège des médecins (Lamontagne 2005: 5).

Bien que ce type de propos ne reflète pas la position de tous les conseillers, il semble néanmoins s'inscrire dans un contexte idéologique institutionnalisé (Chicha et Charest 2008). Pourtant, un emploi transitoire peut s'avérer être autant un tremplin qu'un cul-de-sac. Alors que le temps constitue un facteur central pour la réalisation du projet de requalification des médecins, les conseils obtenus en début du parcours jouent un rôle essentiel (Chicha 2009). L'accumulation de démarches inappropriées et menant à l'échec peut décourager sinon bloquer le chercheur d'emploi (Blain 2006).

6.4.2.3 Reconnaissance différenciée selon les contextes

Il est manifeste que la reconnaissance du bagage professionnel des DIM varie selon les contextes ou selon la personne à laquelle ils s'adressent. Un médecin par exemple sera reconnu dans son pays d'origine par ses collègues canadiens en santé internationale, mais pas sur le sol québécois. Au Québec, selon l'endroit où le DIM se dirige, les conseillers ou les responsables des ressources humaines accorderont plus ou moins de valeur à ses acquis professionnels, lui conseillant de suivre une voie déqualifiante, ou au contraire de se diriger vers des filières où son diplôme est davantage valorisé.

Vers quelle profession s'orienter si l'on est médecin diplômé à l'étranger et que l'on ne peut pas exercer? En plus des conseils prônant le deuil et la flexibilité professionnelle, une orientation couramment proposée est celle d'un emploi du même domaine, en santé. Dans ce contexte, deux éléments sont à considérer.

D'une part, étant donné que les professions en santé clinique sont réglementées, se réorienter dans ce champ implique un retour aux études et des démarches de reconnaissance vis-à-vis de l'ordre professionnel concerné. En outre, exercer d'autres emplois en santé implique quasi nécessairement une profession « subordonnée » à la médecine, sauf si le DIM envisage des études de maîtrise ou de doctorat et l'abandon de la pratique clinique. En effet, « historiquement, cette structure a pris la forme d'une hiérarchie d'occupations dans laquelle la médecine occupe une position structurellement dominante » (Dussault 1985b: 588), tant symboliquement que du point de vue de la rémunération.

Il ressort des entretiens que des conseillers – agent d'immigration, conseiller en emploi ou responsable des ressources humaines – orientent de façon récurrente les médecins étrangers vers des postes tels que préposés aux bénéficiaires ou infirmières. Il peut s'agir de

conseils avertis, permettant d'accéder à une situation professionnelle moins incertaine que la médecine. Pour les DIM consultant des organismes chargés de l'emploi, de telles orientations vers des postes techniques peuvent aussi s'expliquer par la structure des programmes gouvernementaux qui priorise l'intégration en emploi rapide et le recyclage professionnel de courte durée (Chicha et Charest 2008).

Du point de vue des intéressés, un sentiment de non-reconnaissance domine. Ce dernier résulte de l'inadéquation entre ce qu'on leur propose et leur identité de médecin et ce, d'autant plus que le poste de préposé aux bénéficiaires – « *l'échelon le plus bas* »¹⁹ –, semble parfois la seule option envisageable dans le secteur de la santé. De nombreux DIM ont connu ce type de reconnaissance parcellaire :

Et là, un représentant d'un établissement [de santé] m'avait dit : « Ah, préposée aux bénéficiaires, c'est tout ce que je peux vous proposer. Votre diplôme ne vaut rien »... Oui. On est humiliés en fait. (Véronique, France, réorientée niveau universitaire en santé).

À la différence des situations que nous venons de décrire, des responsables de programmes d'études supérieures à l'université (deuxième cycle) proposent d'autres options dans le but de mettre à profit les compétences des migrants. Certains programmes d'études supérieures reconnaissent le niveau de scolarité du diplôme de médecine, tels que bioéthique, santé publique, santé et sécurité au travail, etc. En contraste, l'accès au premier cycle universitaire s'avère généralement plus complexe en raison du contingentement des programmes en sciences de la santé (tels que sciences infirmières, nutrition ou ergothérapie). Dans notre enquête, les DIM réorientés qui occupent aujourd'hui des postes de niveau universitaire ont tous complété des études supérieures au Québec qui leur ont permis de mettre à profit leurs compétences et d'accéder à des postes mieux rémunérés.

Pourquoi une telle différence dans les orientations suggérées par des conseillers à ces DIM? Entre un poste de préposé aux bénéficiaires et celui de conseiller en santé publique dans une agence reconnue, il existe un écart important en termes de salaire, de prestige, de responsabilité et de reconnaissance sociale. La source des conseils reçus, le type de ressources consultées et par ricochet, le réseau d'informations des DIM, ont une forte influence sur les trajectoires professionnelles; à ce titre, les ressources sociales et symboliques sont déterminantes.

¹⁹ Expression de Claudia (Colombie, en résidence au Québec).

6.5 Stratégies de présentation de soi

6.5.1 Identité professionnelle contextuelle : dire ou ne pas dire que l'on est médecin

Non jamais! Jamais! Jamais! Même maintenant, personne ne sait à l'hôpital que je suis médecin. (Leandro, omnipraticien en Colombie, réorienté technicien en santé)

À qui dira-t-on que l'on est médecin lorsqu'on occupe un emploi qui s'en éloigne? « *Si je suis préposée aux bénéficiaires, comment mes collègues pourraient réagir s'ils l'apprenaient?* ». « *Et devrais-je le mentionner pour l'obtention d'un emploi d'agent de recherche?* ». Dans le cas des DIM concernés, on observe différentes façons de se présenter face à des situations où la question de dire ou ne pas dire que l'on est médecin se pose.

Pour les nouveaux arrivants, ne pas faire état de la profession antérieure afin de ne pas être écarté d'un poste pour lequel ils seraient jugés surqualifiés est une stratégie courante (Blain 2006; Chicha 2009). Belkhodja et ses collègues (2009) mentionnent que certains diplômés internationaux en santé « dévalorisent leur curriculum vitae » afin d'augmenter leurs chances d'obtenir un emploi. Les données de l'enquête vont dans le même sens. Ainsi une conseillère a dit explicitement à Isabelle (France) de ne mettre « nulle part sur son CV » qu'elle est médecin, si elle voulait trouver un emploi. Et nombreux sont ceux à avoir usé de cette stratégie. Par exemple, Sayed (Algérie), qui a travaillé dans une manufacture au début de sa trajectoire, dit avoir « appris à ne pas dire [qu'il était] médecin parce qu'on ne [le] prenait jamais » ou Yanet (Cuba), préposée aux bénéficiaires durant les premières années au Québec : « Mais je n'ai pas dit que j'étais médecin, parce que j'avais peur qu'à cause de mon statut de médecin ils me bloquent ».

Qu'est-ce qui distingue les DIM réorientés qui révéleront qu'ils sont médecins à leurs employeurs ou à leurs collègues de ceux qui l'omettront? Dans notre enquête, le niveau d'emploi et le statut professionnel du poste font la différence. En effet, dans les cas de « forte déqualification » (Chicha 2009), c'est-à-dire pour l'obtention d'un emploi exigeant peu d'études, les stratégies d'omission de son statut de médecin sont courantes, par exemple pour ceux qui ont travaillé comme manœuvre, préposé aux bénéficiaires, et parfois dans une profession technique en santé. De façon similaire, la recherche de Vapor et Xu (2011) indique que des médecins réorientés, employés comme infirmier(ères) préfèrent « rester incognito » vis-à-vis des collègues pour éviter de subir des préjudices ou même des formes de discrimination. Le changement de rôle et de statut pourrait être difficile à comprendre pour

l'entourage professionnel et entraîner des relations de travail délicates. Ainsi, durant ses études de technique en santé, Sofia ne confiera qu'elle est médecin qu'à quelques collègues de classe proches, mais pas à ses professeurs : « Je ne le dis pas parce que je pense que ça peut... avoir un effet au contraire négatif ».

À l'inverse, dans le cas de professions pour lesquelles leurs acquis professionnels constituent des avantages qui favoriseront leur embauche, le fait d'être médecin ne leur portera pas préjudice, au contraire. C'est le cas de ceux qui travaillent ou ont travaillé dans la recherche, ou de ceux qui ont amorcé une carrière suite à des études supérieures au cours desquelles leur bagage de médecin pouvait être valorisé. À cet égard, Eduardo atteste même que « ça a aidé au début » que ses collègues sachent qu'il est médecin.

En bref, la présentation de soi sera faite de façon stratégique, selon les avantages ou les risques liés au fait de se dire médecin, selon le contexte, et plus particulièrement, selon le niveau du poste convoité. Le médecin ne tait donc pas son statut parce qu'il a « honte » d'exercer un emploi déqualifié et qu'il souhaite préserver une image positive de soi, mais plutôt pour se protéger vis-à-vis des collègues ou des employeurs, aux yeux desquels être médecin pourrait sembler étrange ou incompréhensible.

6.5.2 « Ne pas faire de vagues »

Il y a ce regard, de... « Ah! [Vous les DIM] vous êtes faibles! Vous êtes mauvais! » (Catiana, Chili, en résidence)

Les DIM insérés dans la filière médicale mobilisent une autre stratégie pour gérer leurs relations avec leurs collègues et leurs supérieurs, en particulier au cours de la période de résidence : « ne pas faire de vagues », être « profil bas » afin de ne pas être étiqueté comme un élément perturbateur et risquer l'exclusion du groupe ou du programme. C'est une réalité pour tout résident qu'il soit diplômé du Québec ou d'ailleurs, toutefois celle-ci semble très marquée pour les résidents DIM²⁰. Plus de la moitié des répondants présents dans la filière médicale ont mentionné spontanément ce type de stratégie²¹. En effet, l'accès à la résidence survient suite à un parcours sélectif et exigeant en termes de temps et énergie. Si près du

²⁰ Une étude met en lumière que les résidents DIM reçoivent plus de sanctions disciplinaires que ceux diplômés au Canada (Belluz 2012a).

²¹ Phénomène aussi constaté pour les aspirants à la résidence. Tous les DIM qui témoignent dans le reportage *Médecins sans résidence*, de Bellange (2010) « ont refusé de parler à la caméra, par peur de représailles de l'establishment médical » (www.onf.ca/film/medecins_sans_residence).

but, on serait tenté de croire qu'ils sont pratiquement reconnus comme médecin, que la réussite de la résidence est quasi assurée. Cependant, jusqu'à la fin de la résidence, ils vivent dans l'incertitude : l'exclusion du programme est toujours possible et le taux d'échec et de prolongation des études pour les DIM est plus élevé que pour les diplômés nord-américains en médecine (CMQ 2010c). Différentes stratégies en découlent.

Ces médecins diplômés à l'étranger pourront tenter de déjouer ces a priori négatifs attribués aux DIM lorsqu'il est possible de se présenter différemment. Catiana (Chili) qui a changé d'orientation en cours de résidence se sent avantagée du fait que ses superviseurs la considèrent comme « préalablement intégrée au système ». Elle se dit chanceuse – tout en considérant la situation injuste pour les autres DIM – que son patron ne l'associe aux DIM. De son côté, Ana qui a débuté par l'externat, se présente aux autres durant sa résidence comme diplômée de « telle » Université au Québec et non comme DIM pour ne pas être évaluée négativement :

Même si je suis encore étrangère – parce que ça ne se change pas –, mais moi j'affirme toujours que j'ai fini à l'Université [au Québec]. Parce qu'il y a quand même une discrimination [de la part des superviseurs] qui se fait d'emblée entre les médecins étrangers qui commencent la résidence directement et un médecin qui finit ici les études. [...] Ils sont d'emblée visés. Mais pas dans le sens d'être aidés, dans le sens de trouver leurs défauts, malheureusement. (Ana, Roumanie, en résidence)

Bien que l'expérience de la résidence ne soit pas vécue négativement par tous les DIM, elle implique un changement de statut et un ajustement de l'identité professionnelle. « Il faut se remettre dans la peau de l'étudiant » dit Sayed, et se couler dans le moule où les relations de pouvoir changent, parfois avec des professeurs plus jeunes que soi. D'autres résidents disent explicitement qu'ils ont appris à ne pas faire de vagues, « à ne rien dire ». Ana rapporte par exemple qu'en cas de désaccord avec un patron lors de sa résidence, elle se retient d'exprimer son opinion, même si son expérience antérieure comme médecin l'inciterait à débattre. « Il faut un contrôle mental pour ne pas exprimer à travers notre visage ce qu'on pense ». Pour elle, si l'on veut réussir, il faut « résister » et avoir « beaucoup d'humilité », et « surtout ne pas entrer dans des divergences d'opinions ».

Pour les nouveaux médecins en poste ou pour ceux qui sont passés par un stage d'évaluation pour l'obtention du permis restrictif, on constate une stratégie similaire, mais dans une version positive : le DIM met en avant l'humilité et l'importance d'acquérir de nouvelles connaissances, de s'adapter à un nouveau système. Les interviewés disent ainsi

que « j'ai fait l'éponge » (Jean-Claude), « que je m'adapte, que j'observe et que je me taise » (Monique). À l'instar d'Ana, ils attendront de se sentir appuyés et d'obtenir le soutien d'un réseau de collègues avant d'exprimer leurs idées, surtout si elles sont différentes.

Kamila Saieed (2011), qui a témoigné de sa trajectoire d'intégration professionnelle en Alberta comme DIM, fait allusion au « syndrome de la langue liée » des DIM (*tongue-tied syndrome*), où la perte de confiance en soi durant sa résidence l'amenait à se retirer des interactions. Selon Crutcher et ses collaborateurs (2011), des différences culturelles pourraient expliquer le peu d'interactions des résidents DIM avec leurs professeurs. Des incompréhensions découleraient de cet écart entre le système de santé canadien – qui s'attend à ce que les résidents développent une pensée critique quant au processus de décision clinique – et plusieurs DIM, pour qui la déférence au professeur et la nécessité d'acquiescer avec modestie feraient partie de leur culture. Nous estimons que cette réalité peut être analysée différemment. Les modalités d'interactions peuvent certes être influencées par certaines caractéristiques personnelles du DIM, mais elles peuvent aussi représenter une réaction à un contexte. Dans notre enquête, de nombreux témoignages recueillis évoquent cette « loi du silence » afin d'éviter d'être perçu comme un élément perturbateur ou de se protéger par crainte d'être mal évalué ou interprété. S'agit-il là d'une réaction stratégique dans le but d'éviter une stigmatisation potentielle (Goffman 1975)?

6.6 Conclusion

Les choix et les stratégies professionnelles ne sont pas uniquement attribuables à des qualités intrinsèques, à des valeurs ou à la culture. Le contexte structurel encadrant les possibilités de reconnaissance, les relations de pouvoir ainsi que les ressources sociales et symboliques des migrants modulent les possibilités de s'intégrer dans la filière médicale (Berset *et al.* 1999; Fortin et Renaud 2004). Les trajectoires des DIM enquêtés illustrent combien l'identité constitue un processus interactif et dynamique qui laisse place à la négociation entre les acteurs en présence. Elles montrent également que cette capacité stratégique n'est pas également distribuée (Sainsaulieu 1977b). Outre les médecins déjà engagés dans des trajectoires prestigieuses et compétitives avant la migration, qui sont toujours en poste lorsqu'ils sont recrutés, les médecins ont presque tous rencontré des obstacles et ont été exposés à des discours leur suggérant de réévaluer leurs attentes, une

plus grande « flexibilité », pouvant aller jusqu'au « deuil » de la médecine. En somme, la capacité stratégique des DIM est contrastée dans un contexte où la mobilisation de ressources sociales et symboliques est centrale.

L'identité *pour soi* n'explique que de façon très parcellaire les trajectoires d'intégration professionnelle. Les conditions d'appartenance et l'attribution identitaire influencent les trajectoires et entraînent des stratégies de retrait de la profession ou du pays, de négociation identitaire et de relativisation. Du point de vue identitaire, les DIM réorientés dans des techniques en santé peuvent taire leur ancien statut de médecin afin de se protéger des réactions négatives de collègues ou d'employeurs, tandis que ceux qui cherchent à s'intégrer dans « l'establishment médical » se distancient parfois de l'identité de groupe DIM qui pourrait les stigmatiser. Paradoxalement, tandis que les DIM aspirant à la résidence doivent compter sur le soutien de leurs pairs afin d'élaborer des stratégies complexes pour s'intégrer au système médical québécois, cette identité de groupe pourrait les défavoriser, particulièrement en situation de militance pour la reconnaissance.

La lutte pour la reconnaissance professionnelle prend forme dans un contexte hautement compétitif, dont les règles requièrent une vision de l'intérieur. Affiché comme un processus neutre, il apparaît au contraire que le caractère idéologique, relationnel et subjectif le sous-tend. Dans quelle mesure le « capital humain » peut-il expliquer des trajectoires si hétérogènes au sein d'un même groupe professionnel? La reproduction sociale et organisationnelle écarte les sujets qui ne reflètent pas « la norme » (Sainsaulieu 1997). Face à cela, les médecins déploient un ensemble de stratégies pour se protéger, pour retrouver un certain équilibre en regard de leurs nouveaux choix professionnels ou pour éviter d'être stigmatisés. L'identité *pour soi* apparaît dès lors comme un élément relativement réducteur pour expliquer des trajectoires d'intégration, tout comme les caractéristiques personnelles des migrants. Être diplômé international en médecine et s'intégrer dans le système médical est possible au Québec, mais le plus souvent leur identité professionnelle est malmenée et leur trajectoire parsemée d'épreuves et d'incertitudes.

Références

- BARDAI, ANAS (2010). *L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants*. Maîtrise en Administration des services de santé, Université de Montréal, Montréal, 114 p. [en ligne] [<http://hdl.handle.net/1866/4549>] (consulté le 17-05-2011)
- BECKER, HOWARD SAUL, BLANCHE GEER, EVERETT C. HUGHES ET ANSELM L. STRAUSS (2007 [1961]). *Boys in white: student culture in medical school*. 10e éd., Transaction Publishers, New Brunswick (USA)/London (UK), 456 p.
- BELKHODJA, CHEDLY, ÉRIC FORGUES, ISABELLE GABOURY, JOSÉE GUIGNARD NOËL, BONIFACE BAH, CHRISTIANE NKOLO ET NADA TAWIL (2009). *L'intégration des diplômés internationaux en santé francophones dans les communautés francophones en situation minoritaire. Rapport final de recherche*. Consortium national de formation en santé & Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 63 p. [en ligne] [www.risf.ca/donne/docs_rapport/Rapport%20CNFS%20diplomes%20internationaux.pdf] (consulté le 14-05-2012)
- BELLANGE, TETCHENA (2010). « Médecins sans résidence ». In *La Tête de l'emploi*, ONF. Montréal. [en ligne] [http://www.onf.ca/film/medecins_sans_residence/] (consulté le 04-08-2011)
- BELLUZ, JULIA (2012a). « Why do IMGs see more discipline cases? », *The Medical Post*, 48 (6), p. 8-13.
- BERSET, ALAIN, SERGE-ALEXANDRE WEYGOLD, OLIVIER CREVOISIER ET FRANÇOIS HAINARD (1999). « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants. Approche théorique », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 15 (3), p. 87-100.
- BLAIN, MARIE-JEANNE (2006). *Trajectoires socioprofessionnelles et processus identitaires en contexte de migration: de la Colombie au Québec (dans les Laurentides)*. maîtrise en anthropologie, Université de Montréal, Montréal, 215 p.
- BLAIN, MARIE-JEANNE, JOSÉ CARLOS SUÁREZ-HERRERA ET SYLVIE FORTIN (2012). « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(5), publication en ligne: 27 nov. 2012, p. 16. [en ligne] [<http://anthropologiesante.revues.org/973>] (consulté le 27-11-2012)
- BOYD, MONICA ET GRANT SCHELLENBERG (2007). *Réagrément et professions des médecins et ingénieurs immigrants*. Statistique Canada, Tendances sociales canadiennes, 11 p.
- CANADIAN RESIDENT MATCHING SERVICE (CARMS) (2013). « 2013 R-1 Match. Table 50: IMGs by Region of Graduation ». [en ligne] [www.carms.ca] (consulté le 15-11-2013)
- CHICHA, MARIE-THÉRÈSE (2009). *Le mirage de l'égalité: les immigrées hautement qualifiées à Montréal*. La fondation canadienne des relations raciales, Septembre, 136 p. [en ligne] [http://www.cc-femmes.qc.ca/documents/MTChicha_MirageEgalite.pdf] (consulté le 10-01-2009)
- CHICHA, MARIE-THÉRÈSE ET ÉRIC CHAREST (2008). *L'intégration des immigrés sur le marché du travail à Montréal : politiques et enjeux*. Choix IRPP, IRPP Institute for Research on Public Policy / Institut de recherche en politiques publiques, 62 p. [en ligne] [<http://www.irpp.org>] (consulté le 08/10/2008)
- CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA (CIC) (2011). *Communiqué – La catégorie de l'expérience canadienne attire les meilleurs et les plus brillants au Canada*. CIC – Relations avec les médias, 1 p. [en ligne] [www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiques/2011/2011-11-02a.asp] (consulté le 20-11-2011)

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2010c). « Prolongations : comparaison entre les résidents DHCEU et les résidents non-DHCEU du contingent régulier des cohortes 1994 à 2007, dans des programmes de formation postdoctorale en médecine familiale ou spécialisée, au 30 juin 2009 ». Montréal. [en ligne] [www.cmq.org]
- (2013). « Statistiques. Les médecins du Québec - Répartition au 31 mai 2013 ». Montréal. [en ligne] [www.cmq.org]
- COLLINS, JOHN (2012). *New normalising: A grounded theory of the transition for migrant health care professionals*. Doctor of Philosophy en School of Education Studies, Dublin City University, Dublin, 222 p. [en ligne] [http://doras.dcu.ie/16777/] (consulté le 19-05-2012)
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE DU QUÉBEC (CDPDJ) (2010d). « Dossier: MTL-018303. Enquête de la propre initiative de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, en vertu de l'article 71 1° de la Charte des droits et libertés de la personne ». In *Parties en cause : Ministère de la Santé et des Services sociaux -et- Collège des médecins du Québec -et- Université de Montréal -et- Université Laval -et- Université de Sherbrooke -et- Université McGill*. Responsables de l'enquête : Diane Archambault, Nicolae-Dan Tanoviceanu, ed. Gouvernement du Québec. Montréal, p. 16. [en ligne] [www2.cdpdj.qc.ca/communiqués/Documents/Communication_resolution_COM_559_5_1_1_Arial.pdf] (consulté le 02-01-2011)
- CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ) (2012). « Les professions réglementées ». Montréal. [en ligne] [www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/visualiser/id/62]
- CRUTCHER, RODNEY, PEGGY MANN, JOHN BAUMBER, MARIANNA HOFMEISTER ET HEATHER ARMSON (2011). « The merging of cultures. The Alberta international medical graduate program experience », in Earle H. Waugh, Olga Szafran et Rodney A. Crutcher (éd.), *At the interface of culture and medicine*, University of Alberta Press, Edmonton, Alberta, p. 296.
- DUBAR, CLAUDE (1995). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. 2e éd., Armand Colin, Paris, 276 p.
- DUMONT, JEAN-CHRISTOPHE ET PASCAL ZURN (2007a). « PARTIE III. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », *Perspectives des migrations internationales 2007*, SOPEMI, OCDE, p. 171-244. [en ligne] [http://www.who.int/hrh/migration/2007_rapport_annuel_mmigrations_internationales.pdf] (consulté le 20-11-2008)
- DUSSAULT, GILLES (1985b). « Les effectifs sanitaires au Québec (Chapitre 27) », in Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (éd.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. , Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, Québec, p. 587-603. [en ligne] [http://classiques.uqac.ca/contemporains/dussault_gilles/effectifs_sanitaires_qc/effectifs_sanitaires_qc.pdf] (consulté le 27-06-2012)
- FORTIN, SYLVIE ET JEAN RENAUD (2004). « Stratégies d'établissement en contexte montréalais: une diversité de modalités? », in Jean Renaud, Annick Germain et Xavier Leloup (éd.), *Le racisme et la discrimination : les tensions et les défis d'une société plurielle*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy, p. 31-59.
- FOURNIER, GENEVIÈVE ET BRUNO BOURASSA (éd.) (2004). *La précarité professionnelle: effets individuels et sociaux. Entretiens du CRIEVAT-Laval avec Serge Paugam*. Les Presses de l'Université Laval, Saint-Nicolas, 101 p.

- GALARNEAU, DIANE ET RENÉ MORISSETTE (2004). *Les immigrants sont-ils perdants?*, Statistique Canada, Perspective, no. 75-001-XIF au catalogue, 17 p. [en ligne] [<http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/75-001/archive/f-pdf/5026942-fra.pdf>] (consulté le 10-06-2006)
- GALLISSOT, RENÉ (1987). « Sous l'identité, le procès d'identification », *L'Homme et la Société*, 83, p. 12-27.
- GOFFMAN, ERVING (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps (traduit de l'anglais par Alain Kihm)*. Les Éditions de Minuit, Paris, 175 p.
- GOOD, J. BYRON ET MARY-JO DELVECCHIO GOOD (1993). « Learning Medicine. The construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School », in Shirley Lindenbaum et Margaret Lock (éd.), *Knowledge, Power and Practice. The anthropology of Everyday Life*, University of California Press, Berkeley, p. 81-107.
- HACHIMI ALAOUI, MYRIAM (2007). *Les chemins de l'exil : les Algériens exilés en France et au Canada depuis les années 90*. L'Harmattan, Paris, 200 p.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2013). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012*. 158 p. [en ligne] [www.cihi.ca] (consulté le 24-06-2007)
- LAMONTAGNE, YVES (2005). « Éditorial », *Le collègue*, XLV (1), p. 5. [en ligne] [<http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Dossier-bulletin-05hiver-p12.pdf>] (consulté le 20-12-2008)
- MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION (MIDI) (2014a). « Immigrer et s'installer. Obstacles rencontrés par les immigrants pour trouver un emploi », Gouvernement du Québec. [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/apprendre-quebec.html] (consulté le 23-06-2014)
- NEITERMAN, ELENA ET IVY BOURGEAULT (2012). « Conceptualizing Professional Diaspora: International Medical Graduates in Canada », *Journal of International Migration and Integration*, 13 (1), p. 39-57. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.1007/s12134-011-0192-6>] (consulté le 19-05-2012)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010). *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé - WHA63.16*. OMS, 14 p. [en ligne] [www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf] (consulté le 12-09-2011)
- REMENNICK, LARISSA ET GILA SHAKHAR (2003). « You Never Stop Being a Doctor: The Stories of Russian Immigrant Physicians Who Converted to Physiotherapy », *Health*, 7 (1), p. 87-108.
- SAIEED, KAMILA (2011). « Kamila's reflection », in Earle H. Waugh, Olga Szafran et Rodney A. Crutcher (éd.), *At the interface of culture and medicine*, University of Alberta Press, Edmonton, Alberta, p. 296.
- SAINSAULIEU, RENAUD (1977b). « Identités collectives et reconnaissance de soi dans le travail », in Renaud Sainsaulieu (éd.), *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, p. 302-343.
- (1997). *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*. 2e éd. revue et mise à jour, Presses de sciences po, Paris, 476 p.
- SÉCHET, RAYMONDE ET DESPINA VASILCU (2012a). « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Norois*, 2 (223), p. 63-76. [en ligne] [www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=NOR_223_0063]
- SHUVAL, JUDITH T. (2000). « The reconstruction of professional identity among immigrant physicians in three societies », *Journal of Immigrant Health*, 2 (4), p. 191-202.

- SHUVAL, JUDITH T. ET JUDITH H. BERNSTEIN (1996). « The dynamics of professional commitment: Immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel », *Social Science & Medicine*, 42 (7), p. 965-974.
- (éd.) (1997a). *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*. Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, 200 p.
- SMITH, MICHAEL P. ET ADRIAN FAVELL (éd.) (2006). *The human face of global mobility : international highly skilled migration in Europe, North America and the Asia-Pacific*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ, 314 p.
- SOW, DOUDOU (2010). « Un autre discours sur l'intégration des médecins diplômés à l'étranger est possible ». Montréal. [en ligne]
 [http://doudousow.wordpress.com/2010/11/17/un-autre-discours-sur-l%E2%80%99integration-des-medecins-diplomes-a-l%E2%80%99etranger-est-possible/]
- TÜREGÜN, ADNAN (2011). *What Do Immigrants Do When They Can't Practise Their Professions? Immigrant Professionals in the Ontario Settlement Service Sector*. Ryerson University) Mehrunnisa A. Ali (School of Early Childhood Education, CERIS – The Ontario Metropolis Centre, décembre, 43 p. [en ligne]
 [http://ceris.metropolis.net/wp-content/uploads/pdf/research_publication/working_papers/wp85.pdf] (consulté le 19-05-2012)
- VAPOR, VICTOR R. ET YU XU (2011). « Double Whammy for a New Breed of Foreign-Educated Nurses: Lived Experiences of Filipino Physician-Turned Nurses in the United States », *Research and Theory for Nursing Practice*, 25 (3), p. 210-226. [en ligne]
 [www.ingentaconnect.com/content/springer/rtnp/2011/00000025/00000003/art00007] (consulté le 19-05-2012)

Partie III : Discussion et conclusion

CHAPITRE 7 – DISCUSSION : PROJET THÉORIQUE ET APPORT EMPIRIQUE

Dans ce décentrement du regard, enfin, la place de l'ordre social se relativise, devenant, non plus la norme, mais un moment et une part d'un processus où alternent et se confondent ordres et désordres (Agier 2013: 84)

7.1 Introduction

La discipline anthropologique est traversée par de nombreux courants théoriques, accordant une primauté variable aux facteurs explicatifs relevant des niveaux microsociaux ou macrosociaux. Des courants structuralistes ou fonctionnalistes, en passant par l'influence de la phénoménologie et du postmodernisme, l'anthropologie a résisté au « désenchantement » en proposant une anthropologie engagée, portant un regard critique aux grands enjeux contemporains (Bibeau 2009; Genest et Copans 2000). « Réinventer l'anthropologie? » face à la globalisation nous propose Francine Saillant et ses collaborateurs. « Il n'y a pas de fin de quoi que ce soit » renchérit-elle, « mais bien une anthropologie qui se fait, se renouvelle, se recommence avec les travers de son héritage et les variations d'échelle qui s'intègrent à ses méthodes. C'est la façon de concevoir l'objet qui change, parce que cet objet se situe dans un monde qui change; c'est aussi la façon de s'y engager et prendre parole qui change » (Saillant 2009: 19). La discipline se transforme de l'intérieur, elle fait face à un aggiornamento théorique où nos concepts et outils s'adaptent aux nouvelles réalités (Agier 2013; Augé 1994, 2010; Saillant 2009). Michel Agier évoque ce contexte historique contemporain qui a mené à « une crise générale des grands paradigmes », relativement aux 1) transformations des représentations de l'individu (soit l'individualisation accélérée des destins et la montée de l'individualisme comme modèle social); 2) la formation et l'imposition progressive de l'échelle mondiale et la redéfinition d'un « nous collectif »; 3) les multiples troubles et conflits associés à la question des frontières (paradoxe entre leur effacement et leur présence plus qu'imposante). Face à ces transformations, Michel Agier, avec d'autres, propose une anthropologie réflexive, ancrée dans le « présent du terrain, générale, ouverte et pluridisciplinaire » (Agier 2013: 82). Une anthropologie du changement, où une analyse contextuelle et réflexive propose un cadre d'analyse de l'imprévisibilité, une compréhension des logiques d'action depuis un point de vue pragmatiste « ici et maintenant, de qui s'y trouve impliqué ».

Inspirée par cette posture analytique et méthodologique, ce chapitre discute au plan théorique : 1) de l'intérêt d'une combinaison d'échelles analytiques, soit une contextualisation analytique de réalités empiriques observées à une échelle microsociale (Agier 2013; Desjeux 2006; Massé 2005, 2010). Cette combinaison d'échelles met en exergue l'approche du capital humain sous-jacente aux politiques d'immigration au Canada et au Québec. Elle permet de relever des ambiguïtés et tensions (idéologiques) de ces politiques. 2) De l'intérêt d'une approche réflexive, d'une « écriture empathique »¹ et d'une posture critique sur des enjeux contemporains liés aux phénomènes migratoires et l'établissement de migrants très qualifiés en Occident.

Avant d'aller plus loin, rappelons les trois grands questionnements qui ont orienté la recherche.

- 1) Qu'est-ce qui distingue les trajectoires si hétérogènes pour un même groupe professionnel (avec un intérêt particulier pour ceux qui sont « invisibles » dans les recherches, c'est-à-dire, les migrants qui ont intégré leur profession)?
- 2) Quel est le vécu de ces migrants (comment les choix professionnels ont été faits; comment ont-ils vécu leur établissement, comment font-ils sens de leurs réalités)?
- 3) Comment comprendre leurs trajectoires professionnelles à travers les politiques publiques (d'immigration ou liées à l'emploi). Quelles sont les ressources formelles et informelles consultées, les personnes qui les ont orientées et les conseils reçus.

Ces questionnements de départ ont été documentés depuis les expériences et points de vue des acteurs, mais mis en perspective avec le contexte sociopolitique, démarche propre à la discipline anthropologique; embrassant du même souffle une science de la proximité et de la réflexivité (Agier 2013; Augé 2006; Bibeau 2009, 2012; Saillant 2009). À ces questionnements, un ensemble d'éléments méritent d'être étayés. Ce chapitre approfondit notre projet théorique, soutenu par des exemples empiriques. Dans la première partie, en dialogue avec cet aggiornamento théorique soulevé par Michel Agier, nous discutons de la porosité des frontières disciplinaires et de la combinaison de niveaux d'analyse grâce à des outils conceptuels intégrateurs. Ce projet théorique donne le fil directeur à la suite de cette discussion, où sont approfondis les paradoxes et tensions entre les politiques et les pratiques. Nous terminons sur l'intérêt de la combinaison d'échelles d'observations pour saisir la complexité des trajectoires d'établissements de médecins diplômés à l'étranger :

¹ Expression d'Agier (2013).

entre ressources, stratégies et reconnaissances. Avant de conclure, quelques éléments relatifs à la portée et aux limites de cette recherche sont soulevés.

7.2 *Projet théorique*

Le comportement individuel n'est ni tout à fait déterminé, ni tout à fait libre, il s'inscrit dans un débat permanent qui autorise justement l'innovation. L'acteur n'est plus la marionnette d'un système social dont il ne possède nulle conscience. Doté d'une capacité réflexive, il est libre de ses décisions dans un contexte qui n'est pas sans l'influencer. La condition humaine est faite d'autant d'imprévisible que d'inéluctable. (Le Breton 2004: 47)

Un nombre important de recherches ont été menées sur la question de l'intégration des personnes immigrantes au sein des sociétés d'accueil. Or, tandis l'intensification des migrations et la présence de nouvelles formes de mobilités complexifient les enjeux liés à l'intégration professionnelle, un intérêt grandissant en sciences sociales vise à appréhender les phénomènes de mobilité de façon plus dynamique (Levitt et Jaworsky 2007; Pellerin 2011) et à considérer avec prudence les concepts utilisés qui pourraient implicitement enfermer une catégorisation essentialisée (Fassin 2002; Glick Schiller *et al.* 1995; Nedelcu 2010). C'est le cas du concept même de migrants qui, comme l'évoquaient déjà l'anthropologue Glick Schiller *et al.* en 1995, pourraient être remplacé par « transmigrants », sans prédéterminer de la nature des appartenances et des liens sociaux, entre ici et là-bas. Pour des questions méthodologiques et politiques (nous intéressant aux politiques locales), l'accent s'est porté sur les « migrants » établis au Québec. Pourtant, leur forte mobilité (tant régionale, nationale qu'internationale), amène à considérer l'intérêt de poursuivre des recherches sur les stratégies de mobilités (professionnelle ou familiale) de ces migrants et leurs liens sociaux transnationaux. Le phénomène de globalisation a mené à redéfinir les outils de notre répertoire disciplinaire. Une « anthropologie de la mobilité » à travers des terrains multi-sites par exemple permet le décroisement des frontières nationales et conceptuelles (Monsutti 2005; Tarrus 2000, 2001, 2010) (ce type de terrain pourrait nourrir d'autres recherches sur la mobilité internationale de professionnels de la santé). La prise en compte des réseaux locaux et transnationaux, dont les réseaux de soutien, est une avenue également explorée (Montgomery *et al.* 2010), mais notre recherche n'a cependant abordé que

l'aspect local. L'avenue que nous avons tenté de mettre à profit est l'analyse d'une situation locale, en lien avec le contexte global. C'est l'idée que nous développons plus en profondeur ici.

La porte d'entrée méthodologique peut être l'individu, tandis que cette échelle d'observation microsociale peut être articulée avec le niveau macrosocial, les contextes économiques, politiques et historiques. Les courants théoriques fonctionnalistes ou structuralistes qui considèrent l'individu comme un agent inactif, reproduisant passivement les structures qui le dépassent, sont très peu présents dans les travaux contemporains. En considérant la structure et l'agent comme codépendants, cette approche permet de mettre en évidence la complexe interrelation entre les structures et le phénomène social, où l'individu n'a pas l'entière liberté de choix face à des variables structurelles incongrues (Archer 1998; Giddens 1979; Porter 1993). Nonobstant, comme c'est le cas dans l'analyse de Sam Porter (1993) sur l'expression du racisme en milieu de travail (relations médecin-infirmier), les structures peuvent avoir un poids explicatif différent selon les situations. Il souligne l'intérêt de prendre en compte la stratégie de l'individu pour contourner l'expression du racisme, mais aussi sa position sociale (profession, savoir détenu) et son origine.

Les processus d'intégration ne relèvent pas seulement de l'individu, mais représentent un phénomène relationnel, imbriqué dans un contexte plus large que le marché local du travail. En ce sens, se cantonner à des modèles explicatifs axés purement sur des facteurs d'ordre structurel ou institutionnel est tout autant partiel que la prise en compte d'éléments concernant uniquement le capital humain ou la dimension comportementale (Allsop *et al.* 2009; Shuval et Bernstein 1997a). C'est cette dialectique entre des phénomènes locaux et globaux qui nous a interpellée. Pour la sociologue Miahela Nedelcu, la démarche du chercheur doit tenir compte de la relation d'interdépendance intrinsèque entre les processus transnationaux et ceux qui relèvent de l'intégration. Elle implique « de ne pas opposer le paradigme transnational aux modèles [d'intégration sociale et politique] assimilationniste et multiculturel [mis en œuvre par les États d'accueil] » (Nedelcu 2010: 48). Les trajectoires d'intégration professionnelle relèvent tant de phénomènes globaux, nationaux et institutionnels que microsociaux. Cette perspective dialectique s'inscrit dans un mouvement de mise en relation des réalités locales caractérisées par l'émergence des rapports inégalitaires, tout en étant imbriquées dans des phénomènes globaux socialement construits au sein desquels la résistance et la reconfiguration asymétrique des rapports sociaux sont aussi présentes (Fassin 2001; Saillant et Genest 2005; Suárez-Herrera 2010). Les inégalités

sont construites, tandis que les politiques sont produites par des acteurs. Comme l'évoque l'anthropologue et médecin Didier Fassin :

« Il revient aux sciences sociales d'être très attentives à la fois à la manière dont les inégalités sociales (...) sont produites, à travers les conditions de vie en particulier, et dont elles sont construites, à travers les catégories et les outils pour les interpréter et les analyser. » (Fassin 2002: 3)

7.2.1 Porosité des frontières disciplinaires

Au point de vue conceptuel, à l'instar de Lahire (2012) ou d'Agier (2013) qui suggèrent de mettre à profit la porosité disciplinaire, nous nous sommes ainsi inspirée d'approches transversales du domaine de l'anthropologie de la santé (Bibeau, Fassin, de Sardan, Fortin) et de la sociologie de la santé (Shuval) et des organisations (Sainsaulieu). Par cette combinaison d'approches, nous avons tenté de mettre en relief l'influence de phénomènes liés à la globalisation sur l'intégration professionnelle, au niveau local, de populations mobiles. C'est depuis ce cadre que nous posons notre réflexion. En effet, « [tous les pays] sont maintenant confrontés à la nécessité de chercher (en vain semble-t-il) des solutions *locales* à des problèmes dont la cause est globale » (Bauman 2006a: 19). Des chercheurs proposent le terme « d'approche socio-anthropologique », visant à dégager l'interpénétration des échelles d'observation (Hamel 1997; Olivier de Sardan 2008, 2010). « Ce champ de recherche se trouve à l'interface entre la sociologie et l'anthropologie, la première visant à souligner les médiations qui font qu'à une échelle globale la complexité de certains faits sociaux s'universalise, et la seconde ayant pour objet d'expliquer l'interdépendance des dynamiques qui constituent, à l'échelle locale, la particularité de ces faits (Hamel 1997) » (Suárez-Herrera *et al.* 2013: 71).

Cette ouverture disciplinaire et conceptuelle s'est toutefois ancrée dans une posture qui demeure fondamentalement anthropologique; par sa proximité, réflexivité, son regard critique et ses modalités d'analyse. Ainsi, pour les anthropologues de la santé Raymond Massé (2005, 2010) et Gilles Bibeau (2009, 2012) cette posture et les modalités d'analyse de la discipline lui donnent un créneau particulier dans le champ des sciences sociales. Gilles Bibeau souligne la contribution de l'anthropologie au champ de la santé mondiale par son ancrage au niveau local, et sa compréhension sur « l'horizon du régional et du mondial ». Il nous dit :

« en matière d'ethnographie, ma conviction est que nous devons toujours partir de ce qui se passe sur les scènes locales tout en cherchant à saisir comment celles-ci sont reconfigurées, remodelées et transformées par le régional et le mondial. On ne peut saisir quelque chose du mondial, du global, et de l'universel qu'à travers l'étude d'un local traversé par ce qui se passe dans l'espace des régions proches et dans celui du monde lointain. » (Bibeau 2012 : 22)

Il ajoute que la prise en compte de cette imbrication permet d'échapper au relativisme absolu autant qu'à l'universalisme abstrait.

7.2.2 Contextualisation analytique et outils conceptuels intégrateurs : stratégies, réseaux, trajectoires

Afin d'appréhender les dynamiques sociales tout en prenant en compte différents niveaux d'analyse, des outils conceptuels intégrateurs ont été mis à profit. Les concepts de « stratégies », de « réseaux » et de « trajectoires » sont au confluent des dimensions micro et macrosociale et permettent d'articuler les niveaux d'analyse.

7.2.2.1 Stratégies

La notion de stratégies met en relief l'aspect dynamique de l'intégration professionnelle et permet, comme nous l'avons vu, de relier les concepts d'agents et de structure. En effet, face à des difficultés d'insertion ou à des blocages, les nouveaux arrivants ne demeurent pas passifs. Piché et Renaud (2002) évoquent des stratégies de « contournement » et de « requalification » mises en œuvre par les migrants face aux difficultés. Les stratégies de migrants peuvent être de différents ordres : stratégies professionnelles, identitaires, familiales ou motivationnelles. À travers une vision interactionniste, le chapitre 6 permet d'approfondir la notion de stratégies identitaires, prenant forme dans un espace relationnel (Blain *et al.* 2014). La définition de Lipianski (psychologue), Taboada-Leonetti (sociologue) et Vasquez (psychologie sociale) met en relief cette interpénétration : les **stratégies identitaires** sont « des procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des finalités [...] élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction de [ses] différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) » (Lipianski *et al.* 2002 [1990]: 24). Sur un marché du travail aux contraintes et règles nombreuses déterminant l'accès à la profession médicale, les DIM ont été considérés comme des acteurs qui déploient un ensemble de stratégies pour accomplir leurs objectifs. Mais cette capacité stratégique est inégalement répartie, elle se

déploie au sein de relations de pouvoir inégalitaires et dépend de la position de l'individu (Sainsaulieu 1997), de ses ressources sociales et symboliques (Berset *et al.* 1999; Fortin et Carle 2007; Fortin et Maynard 2015; Fortin et Renaud 2004).

Les analyses ont mis en lumière comment le cadre politique et institutionnel agit sur les trajectoires d'intégration des DIM et les stratégies mises en action. Par exemple, comment la fragmentation des ressources dédiées à la reconnaissance, les discours officiels suggérant une flexibilité professionnelle, le soutien parcellaire afin de parcourir le long processus de requalification a influencé les projets professionnels des DIM rencontrés. Face à ce contexte sociopolitique, certains se sont dit qu'ils tenteront leur chance, d'autres toutefois (plus de la moitié du groupe des réorientés) n'ont ni même entamé les démarches, jugeant « le combat perdu d'avance » (Chapitre 6). Par ailleurs, les situations d'interaction en tant que telle influencent aussi les stratégies. Cet aspect a été documenté notamment via la reconnaissance différentielle des diverses ressources consultées (service gouvernemental, université, employeur, etc.), où selon la personne consultée, une reconnaissance très variable du bagage professionnel du DIM s'opère (Chapitres 3 et 6).

7.2.2.2 Réseau social (opérationnalisé comme ressource de soutien)

La prise en compte du réseau social, qui a été opérationnalisé sous la forme de ressources de soutien², est une voie d'entrée féconde afin d'approcher les dynamiques d'insertion et mettre en perspective les déterminants structuraux (Granovetter 1973). Cette approche offre des explications alternatives à la théorie du capital humain : des difficultés d'insertion vécues pourraient en effet s'expliquer par des groupes qui ont des réseaux sociaux qui ne sont pas à même d'apporter l'appui nécessaire (Fortin et Renaud 2004). En outre, nous avons porté un regard sur le lien social en tant que tel, mais aussi sa signification et sa potentialité aux yeux des personnes rencontrées. Il ne s'agit pas tant de la présence ou de l'absence de réseau, au plan plus quantitatif, mais aussi du type d'information qu'il contient, de sa capacité mobilisable, de sa portée (Bibeau 2005; Bourdieu 2006 [1980]; Eve 2002; Li 2008; Potter 1999). En cela, une approche qualitative des liens sociaux est un complément intéressant aux analyses statistiques. Par exemple, un DIM pourrait avoir une diversité d'amis et connaissances, mais ne pas connaître « la bonne personne » en ce qui a trait aux

² Pour des questions méthodologiques et stratégiques, pour ne pas dire politiques (notre intérêt étant le devenir professionnel de migrants établis au Québec, et le lien avec les mesures et programmes dédiés à l'intégration des personnes immigrantes).

démarches stratégiques de requalification pour sa profession; un autre pourrait être entouré, mais ressentir la solitude, etc. Ajoutons que le réseau social peut aussi bien être une ressource de soutien qu'une responsabilité. Pensons aux stratégies familiales, où le DIM peut prioriser la stabilité financière du couple (pour les enfants), ou accéder à un emploi temporaire au profit de la carrière du/de la conjoint-e (ou inversement) (Chapitres 3 et 5).

Tout en demeurant dans la sphère de l'intégration professionnelle, nous avons posé la question de façon ouverte sur les ressources significatives qui les ont appuyés au cours de leurs trajectoires d'établissement. Ne partant pas de grandes catégories préconçues (par exemple, les organismes communautaires, le groupe ethnique), cette approche a permis de faire émerger les catégories signifiantes pour les acteurs eux-mêmes. Par ailleurs, l'ajout d'un aspect sur une ressource considérée comme « subjectivement significative » a fait apparaître des nuances substantielles (par ex. des ressources formelles pourraient être consultées, mais pas considérées significatives en termes de soutien reçu)³.

Ainsi, nous avons cherché à pénétrer cet espace abstrait qu'est le « marché du travail au Québec », à travers non pas sa dimension spatiale, mais à travers les relations sociales qui prennent forme et sens. « Le marché du travail local n'est pas seulement un fait spatial, mais il recouvre également des réseaux d'information et des connexions personnelles » (Eve 2002: 207). Comme l'a mis en évidence Granovetter, « ni les candidats, ni les employeurs ne prospectent en effet de manière aléatoire dans un ensemble d'emplois (ou d'employés) indifférenciés et anonymes » (cf. Eve 2002: 202). Nous avons relevé la question de la reproduction sociale et organisationnelle, où les employeurs ont tendance à embaucher des personnes faisant partie de leur propre groupe (Chicha 2002; Eid 2012). Au sein de notre recherche, la reconnaissance avantageuse dont bénéficient les DIM diplômés d'Europe francophone appuie ce constat. Ainsi, malgré les formalités apparentes du processus de reconnaissance professionnelle des DIM, les ressources sociales et symboliques jouent un rôle significatif. En deux mots, le concept de « réseau social » a permis de relever la capacité différentielle des DIM, au-delà du capital humain, au-delà des caractéristiques professionnelles et personnelles, et mettre en perspective les déterminants structureaux (notre critique sur l'approche du capital humain est détaillée plus loin).

³ Cet aspect nous est paru évident en début de terrain alors que nous faisons remplir un questionnaire détaillé sur les trajectoires d'intégration et les ressources consultées. Lorsque nous avons par la suite la possibilité de mener une entrevue approfondie auprès du même répondant, les divergences de réponses entre les deux outils de collecte de données ont exposé la centralité des perceptions par rapport aux ressources de soutien.

7.2.2.3 Trajectoires

Notre vision dynamique sur les processus d'intégration professionnelle s'est également opérationnalisée à partir du concept de trajectoires. L'observation du changement rend possible, selon la sociologue et théoricienne anglaise Margaret Archer, d'articuler les perspectives micro et macro, de mettre en lumière l'interaction continue entre « l'agent et la structure ». Comme elle l'énonce, « la temporalité constitue le pont méthodologique qui permet d'examiner les interrelations entre la structure et l'agent et d'expliquer ainsi leurs changements dans le temps » (Archer 1998: 11). La prise en compte de la temporalité donne l'occasion de dépasser une vision statique du processus d'intégration professionnelle. La notion de « trajectoires d'intégration professionnelle », où l'arrivée au pays d'établissement n'est pas le point zéro de l'analyse, permet de cerner les ancrages et les bifurcations au cœur des récits de vie professionnelle (Chapitre 3). L'identification des points tournants à travers leurs récits de vie professionnelle – soit des moments marquants ayant influencé leur devenir professionnel –, rend possible l'inclusion de la dimension temporelle afin d'appréhender les changements.

Des études longitudinales, telles que l'ÉNI dirigée par Jean Renaud (Renaud *et al.* 2001; Renaud *et al.* 2003) ou l'ÉLIC de Statistiques Canada (2003b, 2006a), apportent de précieuses informations sur les trajectoires d'intégration et l'importance du temps en regard à la mobilité professionnelle des personnes immigrantes (ou de la qualité perçue de son emploi). Pour notre part, depuis une démarche qualitative, nous avons analysé les trajectoires de façon rétrospective, à travers les récits de vie professionnelle pré- et post-migratoire. Cela a rendu possible la prise en compte de quatre dimensions complémentaires à des enquêtes de nature quantitative.

- 1) Le récit de vie professionnelle prémigratoire permet de prendre en compte l'identité professionnelle depuis le choix de carrière initiale et le début de la vie professionnelle, sa vision de sa profession avant la migration (« pensiez-vous exercer votre profession toute votre vie? Est-ce que vous aviez déjà envisagé changer de profession ou bien travailler dans une profession différente de la médecine avant de migrer au Québec? »). Elle met en lien la vision de leur profession par rapport aux stratégies de requalification ou de réorientation. Elle permet de voir la **trajectoire professionnelle dans sa continuité**, faisant fi des frontières spatiales et temporelles. Assez peu de recherches encore aujourd'hui prennent en compte l'influence de la trajectoire professionnelle prémigratoire,

le moment de la migration dans la société d'accueil est très souvent le point zéro de l'analyse (cf. Crespo 1993; Renaud 1999).

- 2) Les trajectoires d'intégration professionnelle permettent de **documenter, de façon rétrospective**, les études entreprises au Québec et les emplois obtenus (emploi professionnel ou non spécialisé, officiel ou « au noir »), ainsi que les ressources financières mobilisées à chacune des étapes de la trajectoire d'établissement (économie personnelle, assurance-emploi [chômage], aide sociale, etc.) L'analyse de ces trajectoires seules est très riche et met à jour la présence ou l'absence de mobilité professionnelle, les stratégies de requalification, etc. Dans le cas des DIM, cela a révélé par exemple que plus des deux tiers ont occupé des emplois très déqualifiés en début de parcours professionnels (à l'exception notable des professeurs-chercheurs), tandis que la majorité des DIM occupant un emploi de niveau universitaire ont complété des études supérieures au Québec.

- 3) Les récits de vie professionnelle donnent également la possibilité d'identifier les **points tournants** de leur trajectoire. Ces points tournants sont mis en perspective par rapport à leur motivation, ce qui les a amenés à faire ces choix. Par la suite, lors des analyses, la mise en lien de ces trajectoires par rapport au **contexte sociopolitique** est évocatrice (type de discours avant ou après 2002, type de ressources consultées et disponibilités de différents types de soutien à l'insertion à l'emploi de l'époque). Ces données sur les trajectoires peuvent également être mises en lien avec le **cycle de vie**⁴ (présence de jeunes enfants, ou personne célibataire, etc.). Cette contextualisation a mis en lumière par exemple l'évolution des discours officiels avant et après 2002 (année où la médecine ne faisait plus partie de la liste des professions exclues à titre de travailleur sélectionné) – évolution néanmoins subtile, les discours de flexibilité professionnelle s'étant maintenus, mais de façon peut-être plus indirecte.

- 4) En dernier lieu, l'énonciation rétrospective des trajectoires d'intégration peut mettre à profit la **réflexivité** des répondants et **l'évolution des perceptions** (« avec le recul, qu'en pensez-vous? », « comment voyez-vous aujourd'hui le chemin que vous avez parcouru », « à partir de quel moment vous êtes-vous senti bien ou "confortable"? »). Cette prise en compte de leur réflexivité met en lumière leurs **représentations** par rapport à leur trajectoire, met en perspective les choix qu'ils ont faits.

⁴ Cette dimension mériterait un approfondissement et des recherches ultérieures.

En deux mots, la prise en compte de la dimension temporelle, temps qui passe ou temps construit par la mémoire des choses, permet d'appréhender les dynamiques liées aux représentations sociales. En plus de l'identification des différents emplois occupés et des études complétées au Québec, l'étude de leurs trajectoires d'intégration professionnelle nous a permis d'identifier, pour chaque moment marquant, le contexte, les ressources du moment, leurs représentations (et de façon plus réflexive, ce que cela signifie/signifiait pour eux). Comme évoqué dans le chapitre 2 (Méthodologie), les récits de vie ou les phénomènes étudiés ne sont pas des phénomènes a-historiques, a-temporels, le contexte joue un rôle tant dans l'énonciation du sujet que dans ses actions, délimitées par les perceptions du "monde des possibles" dans un contexte donné (Demazière 2011; Dubar 1995; Le Breton 2004; Liversage 2004, 2005, 2006; Panaia 2004). Ce phénomène est d'autant plus marqué pour les DIM, phénomène hautement politique et politisé (non seulement dû au fait qu'il s'agit d'une profession qui dépend d'un ordre professionnel⁵ – mais aussi que leur employeur, c'est l'État).

7.3 Apport empirique

7.3.1 Paradoxes et tensions entre les politiques et les pratiques

c'est bizarre, parce que je ne comprends pas : il y a un déséquilibre quelque part. C'est-à-dire que d'un côté on encourage ce processus-là et d'un autre côté, on ne le facilite pas. Donc moi, c'est de dire : à la base, ça dépend de pourquoi vous voulez venir vivre au Québec ou au Canada, mais soyez sûrs que ce n'est pas facile au début. (Fahim, Russie, réorienté niveau universitaire, poste en santé non clinique)

Les politiques d'immigration au Québec et au Canada accordent de plus en plus d'importance au fait de détenir un « capital humain élevé » : des études postsecondaires, la maîtrise des langues officielles et l'âge étant des éléments centraux de la grille de sélection⁶. Néanmoins, ces profils favorables ne sont pas garant d'une intégration professionnelle à la

⁵ Qui dépend de plusieurs ordres en fait, si on inclut les Fédérations professionnelles liées aux spécialités. Voir le mémoire en sciences politiques d'Antoine Dumas-Martin (2014) sur une ouverture des analyses aux Fédérations médicales, et non seulement au Collège des Médecins (dans le cas de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle France-Québec).

⁶ La catégorie de travailleurs qualifiés prend proportionnellement de plus en plus d'importance depuis les années 1990, passant de moins de 50 % à près de 75 % des migrants admis au Québec en 2013 (Institut de la statistique du Québec 2006c; Ministère de l'Immigration 2014b).

mesure des talents de ces migrants ou à tout le moins, ne sont pas exempts de maintes barrières afin d'intégrer le marché du travail. Les médecins diplômés à l'étranger s'avèrent un cas exemplaire afin de mettre en lumière les paradoxes sous-jacents aux politiques d'immigration. En effet, certains obtiennent leur permis de pratique, mais le chemin pour y arriver est le plus souvent parsemé d'embûches. En fait, les deux tiers des DIM rencontrés qui ont occupé à un moment de leur établissement un emploi qui n'était pas la médecine, et plusieurs des emplois non spécialisés, dont Yanet (Cuba, aujourd'hui médecin) qui a travaillé comme préposée aux bénéficiaires et femme de ménage afin de pouvoir payer notamment le coût des examens du Collège des médecins. Harris et Guillemin (2015) qualifient d'« ambiguë » la relation entre les DIM et les systèmes de santé, dans un contexte où les politiques priorisent les migrants très qualifiés. Ces paradoxes se laissent voir à travers une analyse dynamique entre les politiques (discours d'attraction de l'immigration; promotion d'une mobilité temporaire) et les pratiques (reproduction sociale et organisationnelle, exclusion subtile). C'est ce que nous allons développer.

La force des discours officiels du gouvernement afin d'attirer une immigration qualifiée a été au cœur du propos de cette thèse. Attirer les « meilleurs et les plus brillants » dans un contexte de compétition internationale pour ces compétences à même de contribuer à l'essor économique du Québec et du Canada est une ligne de pensée récurrente de ces deux paliers gouvernementaux (Chapitre 4). Cependant, des enjeux mondiaux limitent ces politiques visant à attirer les médecins à s'établir : 1) le gouvernement fait face à de « sérieux concurrents [...] dont les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande » (MICC 2013e); dans le cas des médecins les géographes Séchet et Vasilcu (2012a) font référence à un « marché mondial des compétences médicales »; 2) le pays (et la province) est fortement encouragé à respecter une certaine éthique sur le plan du recrutement pour ces médecins, particulièrement vis-à-vis de pays où l'exode de ces cerveaux et la perte de leur expertise se feraient durement ressentir par des populations « sous-desservies » au plan médical (OMS 2010; Commonwealth Ministers of Health 2003)⁷.

⁷ Le Canada adhère aux principes du Code du Commonwealth, qui a une orientation similaire à celle de l'OMS en ce qui a trait au principe de réciprocité des avantages, visant à favoriser un juste équilibre entre les intérêts des pays d'origine et ceux des pays de destination (Commonwealth Ministers of Health 2003).

7.3.1.1 Promotion d'une mobilité temporaire et exclusion subtile

j'ai été catapultée (Monique, évoquant son premier jour comme médecin au Québec)

Face à ces enjeux liés à la « fuite des cerveaux » et à cette « compétition mondiale », une promotion de la mobilité temporaire transparait. « The new consensus, emanating from international organizations and academic theories dealing with international migration, seems to be that temporary migration programs are best suited in today's global world » (Piché 2012: 113). Dans le vocabulaire des agences internationales, une nouvelle terminologie émerge telle que la « circulation des cerveaux » et la « mobilité professionnelle » (Marchal et Kegels 2003: s90). Des chercheurs, particulièrement dans le champ de l'économie, insistent sur les transferts monétaires au pays d'origine, ou sur les migrations de retour – migrants qui reviendront dans leur pays d'origine avec leur expertise développée outre-frontières (cf. Levitt et Jaworsky 2007; Piché 2012, 2013; Smith et Favell 2006).

La promotion de cette mobilité à court terme se reflète dans les statistiques officielles : les migrants titulaires de permis de travail du « Programme de travailleurs étrangers temporaires » se sont multipliés par six en 20 ans, passant de 15 468 personnes en 1994 à 104 160 en 2013 (CIC 2014). Néanmoins, contrecarrer la « fuite des cerveaux » par la promotion de migrations temporaires, « migrations circulaires » dira l'OMS (2010), soulève d'autres problématiques. Ce nouveau type de régime migratoire amènerait une exclusion subtile des populations concernées (Piché 2008, 2012; Smith et Favell 2006). À cet effet, Smith et Favell arguent comment l'intensité de ces mobilités est façonnée au détriment d'une voix politique et sociale dans la société d'accueil, quoique ces migrants temporaires puissent être « bien » intégrés professionnellement.

« This might seem a negligible drawback for the globally mobile until we remember that over time "everyday" issues of housing, taxation, health, child-care, schooling and retirement, all require some engagement and negotiation with local social structures that inevitably favor insiders. Failure to master the local rules of the game may lead to a subtle exclusion from the benefits of long-term residence. » (Smith et Favell 2006: 18)

Dans le cas des DIM, la promotion de migrations temporaires, spécialement de médecins « recrutés »⁸ via un arrimage à des besoins ciblés par les employeurs – en l’occurrence ici, les institutions hospitalières et plus largement l’État –, représente quant à nous un pansement idéologique au « brain drain ». Cette place de plus en plus prépondérante de l’employeur et de besoins précis en main-d’œuvre (et leur pairage avec des personnes détenant des compétences spécifiques) oriente de plus en plus les politiques d’immigration (Pellerin 2011; Piché 2012). Selon le Ministère de l’Immigration : « l’immigration temporaire apporte ainsi une réponse rapide et une expertise précieuse aux besoins conjoncturels du marché du travail » (MICC, 2013e: 11). En favorisant les « recrutés » avec des permis de pratique restrictifs, le gouvernement « contrôle » ainsi ses dépenses (Audas *et al.* 2004, 2005; Dauphinee 2003). Dans ce paradigme, les médecins immigrants « non recrutés » (peu importe leur statut migratoire) sont perçus comme un facteur déséquilibrant dans la distribution des ressources humaines, contrairement aux médecins recrutés pour répondre à des besoins spécifiques dans certaines spécialités ou régions. Dans les faits, même avec un profil prometteur, rares sont les DIM qui ont vécu un processus « sans heurts » parmi les médecins diplômés à l’étranger rencontrés, même parmi les DIM qui pourraient répondre à la définition administrative du « recruté » (Chapitres 3 et 5). Pensons à Eduardo (Argentine) qui s’est démené six années avant d’être en mesure de pratiquer sa spécialité au Québec. Ou au cas de Sofia, spécialiste diplômée de l’Ukraine qui s’est réorientée en technique de la santé clinique. Elle n’a jamais fait de démarche pour le permis restrictif, persuadée qu’elle ne pouvait pas pratiquer sa spécialité au Québec suite à la *Déclaration du médecin DHCEU* signée à l’ambassade. Quatre ans après, c’est lors de l’entrevue qu’elle réalise, très émotive, qu’elle aurait pu, mais il est trop tard.

M-J : [...] est-ce que vous avez vérifié si vous étiez admissible au permis restrictif?

S : Non. Je ne savais pas cette information, et de plus, je ne sais pas qu’est-ce que c’est le permis restrictif, et comment... qu’est-ce que je dois faire pour le recevoir. Malgré que oui, j’ai vu cette information courte dans Internet, mais je n’ai fait pas attention parce que j’ai pensé que je ne peux pas vraiment travailler, parce que j’ai signé avant les papiers que je ne peux pas travailler comme médecin. (Sofia, spécialiste diplômée d’Ukraine, réorientée en technique de la santé)

De plus, précisons qu’un médecin « recruté » sur permis restrictif pourrait être tout autant citoyen, résident permanent que résident temporaire. Le statut migratoire n’a pas d’influence

⁸ Médecins spécialistes ou professeurs-chercheurs qui répondent à des besoins spécifiques de main-d’œuvre.

sur l'accès au permis de pratique restrictif (comme spécialiste ou professeur-chercheur). Toutefois, un éloignement minimal de la pratique est requis (avoir exercé douze mois au cours des deux dernières années), tandis que le DIM (et sa famille) doit être mobile pour s'établir dans des régions où une demande de main-d'œuvre a été identifiée. En ce sens, un résident permanent qui n'entame les démarches de reconnaissance qu'une fois immigré au Québec limite sa marge de manœuvre s'il souhaite travailler comme médecin.

Par ailleurs, en filigrane de ces politiques d'immigration se constate un objectif d'externalisation des coûts : on insiste sur leur préparation avant de s'établir (apprendre le français, débiter les démarches de reconnaissance)⁹ ; tandis que sont invités à s'établir « les meilleurs ». « Le permis restrictif, c'est la manne pour le Québec, parce que quelque part, ils n'ont formé personne, et on arrive, on est opérationnel, quoi » (Jean-Claude, France). Jean-Claude, qui collabore étroitement au comité de sélection de sa région afin de recruter des médecins, est explicite sur ce rapport de force :

Les médecins étrangers qui frappent à la porte du Québec pour pouvoir venir ici, il y en a entre 1 000 et 1 200 par an¹⁰. Ils ont l'embarras du choix. Ils font ce qu'ils veulent... Ils font ce qu'ils veulent!!! Il n'y a aucun problème de ce côté-là. [...] Ils n'ont pas besoin plus que ça [...] on va les faire entrer, et puis les autres : [...] « ah, désolés, ben retournez un peu chez vous, là-bas, et puis travaillez un peu, et puis revenez et puis... » (Jean-Claude, France)

Tel que cité dans l'introduction, l'ancien ministre fédéral de l'Immigration Jason Kenney (2008-2013) affirmait même : « On ne manque pas de gens qui veulent immigrer ici. Alors invitons ceux qui ont les meilleures chances de succès » (La Presse canadienne 2012).

Spécifiquement par rapport au thème de l'*exclusion subtile*¹¹, dans cette optique de forte mobilité, les médecins diplômés à l'étranger qui opteront pour un visa de travail temporaire ne vivront pas de discrimination apparente, c'est-à-dire qu'à compétence égale, salaire égal¹², toutefois leur statut migratoire pourrait les placer dans une position désavantagée.

⁹ Pour des propos insistant sur la préparation préalable, voir par ex. les sites web du Ministère de l'Immigration (www.immigrantquebec.com/plan-dimmigration-quebec-2014/), du Collège des Médecins (www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/PermisRestrictif.aspx) ou de Recrutement Santé Québec (<https://recrutementsantequebec.ca/2/professionnel-de-la-sante-resident-hors-canada>)

¹⁰ Selon son expérience, il estime à seulement 10 % de ceux-ci qui sont résidents du Québec, la balance postulant depuis l'étranger. Cet aspect serait intéressant à explorer dans des recherches ultérieures.

¹¹ Expression de Favell et al. (2006).

¹² Contrairement à d'autres contextes nationaux, dont la France, où le statut d'immigration a un effet défavorable sur les salaires (Collectif 2004; Lochard et al. 2007). Au Québec, la médecine est

Parmi ceux qui sont entrés sur un visa temporaire, plusieurs ont été affectés par cette situation. Par exemple, Françoise (France) mentionne qu'heureusement elle a fait une demande de résidence permanente en parallèle, son contrat de travail ayant terminé abruptement et son permis de travail la liait à un employeur spécifique. C'est le cas aussi de Véronique (France), mentionnée au chapitre 4, dont le visa se renouvelait aux 6 mois et qui n'était pas en mesure d'amorcer une quelconque stratégie à moyen terme quant à son avenir (elle aurait fait les choses différemment); Rachel¹³ médecin spécialiste diplômée d'Haïti, dont le statut de touriste la rend inadmissible aux ressources institutionnelles et qui est allée frapper en vain à plusieurs portes ne sachant pas comment se réorienter; ou Angèle (Burkina Faso) qui est entrée au Québec sur un visa étudiant et pour qui l'éloignement de sa pratique a rendu peu probable sa réintégration comme médecin.

Un bémol toutefois. Nous parlons d'exclusion subtile : de difficultés à faire reconnaître ses compétences, d'accéder à certains services, de bénéficier d'un ancrage permettant de mettre à profit ses droits de citoyens, de l'absence d'une incertitude professionnelle. D'autres types de migrants temporaires, comme les travailleurs agricoles saisonniers ou les aides familiales résidentes par exemple, sont à risque d'être en situation beaucoup plus précaire, une situation qui met au défi les droits humains ou du travail (Dumont Robillard 2014; Le Ray 2011; Piché 2008, 2012). Ajoutons que certains médecins rencontrés n'ont pas été affectés par cet aspect ou ont même au contraire bénéficié de cette porte d'entrée via une migration temporaire. Par exemple Mehdi (Algérie, réorienté) qui est venu comme étudiant en 2001 lorsque la profession médicale était exclue de l'immigration sélectionnée et qui a fait sa demande de résidence permanente par la suite, ou comme Pierre ou Paul (France, professeurs) pour qui le statut migratoire (temporaire ou permanent) n'a jamais été un enjeu quelconque (il s'agissait tout au plus d'une question administrative qui semblait lourde ou ennuyeuse).

d'ailleurs l'une des professions les mieux rémunérées avec un revenu brut moyen de 264 673 \$/an pour les médecins de famille, et de 384 129 \$/an pour les médecins spécialistes (données 2013-2014) (Daoust-Boisvert 2014).

¹³ Entrevue informelle, Rachel est sur un visa de touriste depuis trois années. Ses deux enfants sont nés à Montréal. Une conseillère en emploi l'a orientée vers des postes de préposée aux bénéficiaires. Les sites internet représentant la source d'information quasi unique de Rachel.

7.3.1.2 *Entre discours d'attraction et pratiques organisationnelles : reproduction sociale et brain waste*

S'il n'y a pas de support officiel, c'est difficile de créer des ouvertures (acteur clé travaillant auprès des résidents en milieu hospitalier, entretien informel 2011)

Une tension supplémentaire entre les politiques et les pratiques se niche dans l'enjeu de la reconnaissance professionnelle. D'une part, un discours d'attraction de l'immigration fort, particulièrement pour les migrants très qualifiés, d'autre part, des pratiques organisationnelles sur le marché du travail qui freinent l'intégration professionnelle de nombreux nouveaux arrivants. Ce mécanisme de reproduction sociale favorise l'endogroupe, ceux qui correspondent plus étroitement « à la norme », qui maîtrisent les codes, bénéficient de ressources sociales et symboliques. Ce « brain waste » a été montré du doigt et se double à l'enjeu éthique du « brain drain » (Chapitre 4) (Blain *et al.* 2012; Bourgeault 2007; Bourgeault et Neiterman 2013; Harris et Guillemain 2015; Iredale 1999). En effet, il s'agit non seulement de la question du recrutement de DIM (*brain drain*), mais aussi de la « qualité » de leurs trajectoires professionnelles post-migratoires (*brain waste*) face à des mécanismes de régulation et des pratiques organisationnelles qui les excluent et n'offrent pas l'espace nécessaire afin de mettre en valeur leurs compétences.

Sur le terrain, l'incompréhension de plusieurs personnes immigrantes se fait entendre dans les bureaux des conseillers en emploi « pourquoi on m'a fait venir alors? » (Observations, milieux de l'employabilité 2012). Esteban (Colombie, en démarches intensives d'accréditation) qui a immigré en 2006 qualifie de « discours magique » la publicité du gouvernement les encourageant à s'établir, couplé à des démarches d'immigration relativement simples qui le maintenaient dans l'illusion que cela serait « facile »... Au moment de notre rencontre, il étudiait à temps plein les examens du Collège des médecins (tout en recevant des prestations d'aide sociale du gouvernement). Ana a également été marquée par cet aspect, elle a immigré avec sa famille en 2002 comme immigrante sélectionnée :

Il y avait beaucoup de gens qui immigraient au Canada. Et le Canada, et le Québec en particulier, faisaient beaucoup, beaucoup, beaucoup de publicité. Ça c'est la vérité. [...] Et avec l'annonce qu'il y a du travail pour tout le monde, et que les perspectives sont extraordinaires, et que... (long respire). [...] Et, il y a quelques années, la médecine était en première place de la liste pour les professions recherchées au Canada. Et ça, c'était une blague... une blague du premier ministre et de ses conseillers qu'ils font aux immigrants qui voient ça et qui espèrent qu'ils peuvent venir au Canada, ou qu'ils peuvent immigrer parce qu'ils peuvent réintégrer leur profession. (Ana, Roumanie, en résidence)

Leandro a vécu la même désillusion, entre le discours du gouvernement pour attirer des migrants très qualifiés et les réalités du marché du travail. Il a immigré en 2006, aussi comme immigrant sélectionné.

Nous avons assisté à la conférence que le gouvernement québécois a donnée là-bas. Ils ont dit : « Non. Regarde, on cherche des professionnels. Notre objectif, c'est l'immigration de main-d'œuvre qualifiée ». Nous avons posé beaucoup de questions : « Les médecins, le personnel de la santé, comment est-ce que ça se passe, là-bas? »... « Ah, oui, regarde la pénurie qu'il y a. Vous pouvez rentrer sur telle ou telle adresse Internet, vous pouvez regarder ». Oui, ça, c'est vrai. Ça, c'est tout à fait vrai : la pénurie de main-d'œuvre au niveau de la santé, ça, c'est vrai, mais la chose qu'ils ne nous ont pas dit, c'est la difficulté à intégrer ou à prendre le marché du travail au niveau de la santé. Ils n'ont rien dit à propos de ça. Ils nous ont fait amener tous les diplômes, tout ça. C'est beaucoup d'argent, d'aller tamponner chez le notaire, tout ça, tata : « Regarde mes diplômes », « Ah oui, vous êtes qualifié. OK. Voici. Bienvenue au Québec ». Bon, OK, on a dit : « Bon, c'est une bonne chose... », et tout ça... Mais le choc qu'on a trouvé ici, c'est ça! Ah non, je ne peux pas pratiquer ici. Pourquoi? Mais regarde, avant de quitter mon pays, ils m'ont fait amener mes diplômes, mes notes, et tout ça, ils m'ont dit que c'est correct. Mais j'arrive ici et c'est le contraire. Qu'est-ce qu'il se passe? Pourquoi? Et c'est ça qu'on a commencé à apprendre, que non, il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça. Ça coûte beaucoup d'argent. Il n'y a AUCUN organisme qui te prête de l'argent pour présenter les examens, pour faire le stage, pour– (soupir)... Tu vois, parce qu'au début (soupir), il faut présenter les examens. Pour chaque examen, il faut payer 1 000 \$ et quelque chose, mais tu arrives ici, tu n'as pas beaucoup d'argent. Il faut travailler, il faut payer le loyer. Non, non, non, c'est... (Leandro, Colombie, réorienté technique en santé)

Au plan analytique, la contextualisation des trajectoires d'intégration professionnelle par la prise en compte de la tension entre discours et pratique met ainsi en lumière un paradoxe supplémentaire, qui s'ajoute à l'exclusion subtile. En contraste à un discours politique favorisant l'immigration, est en jeu un processus de reproduction sociale et organisationnelle (Sainsaulieu 1997), par lequel les employeurs ont tendance à recruter des gens du même groupe qu'eux (Chicha 2002; Eid 2012), ceux qui sont les « insider » (Shuval et Bernstein 1997b). L'apport de la sociologie organisationnelle permet de souligner l'aspect dynamique du processus d'intégration professionnelle des DIM : par la prise en compte d'un côté de l'élaboration des politiques, et de l'autre leur application via des pratiques organisationnelles et de gestion des ressources humaines (Sainsaulieu 1997). Il s'agit non seulement d'une question de compétences comme le suggère l'approche du capital humain, mais aussi de légitimation, de reconnaissance et de capacité à s'insérer dans une culture organisationnelle donnée. Rappelons que la « légitimation » est comprise comme « des processus sociaux qui permettent l'élaboration d'objectifs légitimes » où « dirigeants, syndicats, corporatisme [...] peuvent s'efforcer d'imposer la domination de leurs propres valeurs » (Sainsaulieu 1997 :

284). Ce concept pourrait se rapprocher de la notion anthropologique de « culture partagée » ou de « système de sens » (Bibeau et Corin 1995). Au final, cette légitimation trouve écho dans une certaine idéologie exprimée implicitement ou explicitement, où les compétences du migrant sont le plus souvent considérées inférieures. Rosalie (Burkina Faso, réorientée), se questionne sur le processus de reconnaissance, vise-t-il à intégrer ou à exclure les DIM?

[J]e peux comprendre, et je suis d'accord, qu'on veuille tester dans quelle mesure je suis prête à pratiquer dans une communauté qui a des problèmes de santé différents de ma communauté. [...] Maintenant, une façon de faire c'est effectivement de passer par le test. Mais est-ce qu'il faut faire un test pour me permettre de me mettre à niveau ou est-ce qu'il faut faire un test pour dire que je ne peux pas pratiquer? C'est ça la question, finalement [...] Et à mon sens, l'enjeu n'est pas juste la qualité de la pratique : l'enjeu est économique, l'enjeu est la protection d'un groupe de professionnels qui se protègent aussi. (Rosalie, Burkina Faso, réorientée niveau universitaire en santé non clinique)

Les résultats de notre enquête ont mis en lumière que cette idéologie se retrouve de façon subtile dans différents discours tels que la nécessité du deuil professionnel du migrant, la valorisation d'amorcer une carrière par le bas et de gravir les échelons par le mérite ou bien la nécessité de formations de mise à niveau généralisées (Chapitre 6). Par exemple, Lahcen (Algérie) est critique par rapport à la lourdeur imposée à une majorité de DIM, mais surtout, par rapport à une idéologie implicite suggérant que les DIM devraient avoir une « mise à niveau ».

Pourquoi, DÈS le départ, vous dites, c'est un médecin étranger, enfin étranger, qui a un diplôme international hors Canada et hors États-Unis, et donc systématiquement il lui faut une mise à niveau? Je ne suis pas tout à fait d'accord [...] Mais partir du principe que TOUT médecin formé hors des États-Unis et du Canada doit avoir une mise à niveau... Oui! Pourquoi pas? Mais c'est une perte de temps pour beaucoup. Je ne dis pas que tous les médecins qui sont formés sont BONS. Mais chacun a un niveau de formation différent, un parcours différent et c'est ça que je voulais dire quand je voulais voir le président du Conseil médical. Ce que je voulais lui dire c'était qu'il fallait peut-être étudier au cas par cas. Et voir quel... et là il y aura moins de déperditions! Il n'est pas dit que le Canada allait prendre TOUS les médecins qui arrivaient ici, ce n'est pas vrai!! D'abord, il y a une formation locale, ensuite il y a des objectifs de santé publique, et puis voir un peu comment ces médecins PEUVENT y contribuer. Et c'est comme ça qu'il faut voir la chose. Mais si on part du principe, je reviens encore là-dessus, où tous les médecins qui viennent de l'étranger doivent avoir une mise à niveau, une remise à niveau, là je ne suis pas d'accord. (Lahcen, Algérie, spécialiste au Québec)

Ces propos sont intimement liés à la question de la reconnaissance et des ressources sociales et symboliques abordée dans la prochaine partie.

7.3.2 Trajectoires d'intégration professionnelle : entre ressources, stratégies et reconnaissance

parce qu'en fait... ce n'est pas seulement les examens qu'il faut réussir, il y a des entrevues qu'il faut passer, il y a le Collège qui doit décider... Donc il y a tellement de sortes de pouvoir partout, qu'il faut savoir gérer. Pas seulement de passer les examens et de réussir, mais aussi [...] d'être branché avec ce monde-là, pour passer. Mais c'est sûr que si vous avez ça, c'est un atout [par rapport à] celui qui n'en a pas. (Didace, RDC Congo, réorienté technique en santé)

Les trajectoires de mobilité professionnelle des personnes immigrantes dépendent d'une multitude de facteurs. Le genre, l'âge, l'ethnicité (ou le fait d'être une minorité visible), ainsi qu'une période d'immigration récente sont les plus couramment évoqués en ce qui concerne les personnes immigrantes, et notre population à l'étude n'échappe pas à ces grandes tendances (chapitre 1 – Problématique). Ces grandes difficultés ayant été abondamment décrites, nous avons pour ambition de couvrir un champ complémentaire (tout en considérant ces facteurs) soit : une compréhension des trajectoires de requalification et de réorientation en termes de ressources et de stratégies mises en branle. Une perspective interactionniste a été privilégiée à cet égard, tandis que nous adoptons une vision de l'intégration professionnelle qui inclut tant le travailleur, la société générale et les entreprises ou appareils d'État.

Deux éléments principaux ont orienté nos réflexions en ce qui concerne la mise en relief de l'importance des ressources sociales et symboliques au cœur des trajectoires d'intégration des DIM. D'une part, les aspects liés à la discrimination institutionnelle, structurelle ou systémique ont été largement relevés en ce qui concerne les DIM. D'autre part, une vision atomisée de l'individu qui s'insère dans un marché égalitaire prévaut dans les discours politiques et les pratiques de sélection (Piché et Renaud 2002). Considérant l'intégration professionnelle comme un processus relationnel, l'inclusion de variables liées aux ressources sociales et symboliques a mis en valeur notre compréhension du phénomène. Analyser les effets des ressources sociales et symboliques détenues par les migrants représente pour nous l'envers de la discrimination, elle met en perspective l'approche du capital humain¹⁴.

¹⁴ Au chapitre 5, nous argumentons que l'approche du capital humain – où l'on met de l'avant des mesures « universelles » des compétences et talents qui seraient corrélées à des résultats socio-économiques favorables sur le marché du travail – n'explique pas les trajectoires d'intégration très hétérogènes pour un même groupe professionnel diplômé à l'étranger (Favell *et al.* 2006; Grenier et Xue 2011; Hawthorne 2007; Li 2008).

Sachant que des phénomènes discriminatoires peuvent être présents, nos réflexions ont plutôt été orientées sur la compréhension des trajectoires d'intégration en emploi différenciées. La discrimination existe, certes. Mais comment comprendre que certains intègrent relativement aisément le marché du travail? Les ressources symboliques étaient pour nous une façon alternative d'appréhender la reconnaissance professionnelle, non pas uniquement via l'exclusion, mais aussi par son pendant positif : l'intégration et la reconnaissance. Dans la foulée des travaux de Sylvie Fortin portant sur les trajectoires d'établissement de personnes immigrantes et les rapports complexes avec la société locale, nous avançons que les migrants bénéficient de ressources symboliques et relationnelles variables (Fortin et Carle 2007; Fortin et Renaud 2004; Fortin *et al.* 2011). Cette réflexion sur la reconnaissance est prolongée dans ses travaux plus récents sur la rencontre clinique, le rapport à la norme et la prise de décision (Fortin 2015; Fortin et Maynard 2015).

Cette reconnaissance variable reflète dans certains cas un découpage administratif qui accorde une valeur supérieure à une main-d'œuvre « recrutée » (qui serait plus facilement gérable, dans l'idéologie de la flexibilisation des entreprises). Dans d'autres situations, la reconnaissance symbolique prend la forme d'une valeur accordée à ce qui est similaire à « notre norme » (Fortin 2015; Fortin et Maynard 2015; Fortin *et al.* 2011). Cette situation semble être la démonstration exemplaire des pouvoirs de catégorisation où des étiquettes administratives délimitent qui peut appartenir ou non au groupe, la reconnaissance symbolique délimitant les frontières d'appartenance (Herzfeld 1992; Juteau 1999; Sullivan 2008). L'anthropologue médicale australienne Anna Harris évoque la nature non seulement abstraite, mais aussi les conséquences concrètes de cette catégorisation administrative des DIM. « Classification shapes professional identity and career opportunity with implicit assumptions about quality of medical work and what makes a good doctor » (Harris 2013: 219). Elle insiste sur la capacité stratégique des DIM, de se dire autrement et de se tailler une place de façon créative dans le système médical, contrecarrant leur marginalisation.

Une vision plus critique quant au corporatisme et à la constitution historique d'un ordre institutionnalisé aurait pu être davantage intégrée et apporter un éclairage complémentaire à nos analyses (Foster 2008). Toutefois, tout comme la discrimination qui n'a pas été abordée directement (mais appréhendée depuis la question de la reconnaissance), nous n'avions pas souhaité débiter par une prémisse impliquant l'exclusion et l'inégalité. Notre intérêt était plutôt d'observer la capacité stratégique de l'individu dans le système, où ce système même

n'est pas homogène (c.-à-d. il y a un jeu des acteurs à tous les niveaux). Nous souhaitons appréhender pourquoi certains s'y insèrent très bien ainsi que les manières dont l'individu fait sens de façon créative de sa situation ou son environnement. À l'instar d'autres chercheurs (Cheek et Porter 1997; Harris et Guillemain 2015; Porter 1996), nous avons cherché une conceptualisation moins « autoritaire », qui permet davantage de marge de manœuvre. D'autant plus que les personnes participant du système ont elles aussi une puissance d'agir (minimalement sur le plan de la reconnaissance attribuée). Bref, il s'agissait de se distancier d'une vision dichotomique présentant les exclus versus le « système ».

Ainsi, nos analyses visaient à débusquer dans une certaine mesure l'interaction entre les structures –« le pouvoir qui vient du haut » dira Porter (1996) – et les relations effectives, d'explorer derrière ce pouvoir omniprésent les jeux de stratégie. Nous avons, simultanément aux écrits de Hanna Harris (Harris 2013; Harris et Guillemain 2015), mis en lumière les façons créatives que les DIM mettent en œuvre afin de créer leurs parcours au sein du système médical (et dans la société en générale). Même si un DIM me disait : « je ne crois pas que le système puisse changer, on n'est pas en rapport de force [...] c'est moi qui ai tout à perdre, pas lui. Il faut, nous, s'adapter, trouver les chemins, les façons de contourner les obstacles » (Joseph, RDC Congo, en résidence, entretien informel 2011). Malgré la puissance de ce système et parfois le sentiment d'impuissance ressenti vis-à-vis de lui, il s'agissait de débusquer les marges de manœuvre possible.

7.3.2.1 Ressources et reconnaissance

Heureusement, j'ai trouvé des gens sur le chemin (Claudia, Colombie, en résidence)

Les ressources sociales ont été documentées via les ressources de soutien formelles et informelles qui ont été mobilisées par les DIM¹⁵. Tout en demeurant dans la sphère de l'intégration professionnelle, nous souhaitons voir si les trajectoires d'intégration pouvaient dépendre du fait que certains DIM ont accès à moins de ressources sociales. Ainsi, depuis

¹⁵ Dans notre recherche, les **ressources formelles** ou institutionnelles (publique, parapublique) incluent des programmes ou services mis en place et financés par le gouvernement (Recrutement Santé Québec, Emploi-Québec, universités, hôpitaux, ainsi que les ordres professionnels). **Les ressources informelles** comprennent des services offerts au sein d'associations ou de membres d'une collectivité, soit des services non institutionnalisés, qui dépendent de l'organisation du milieu ou du soutien direct de connaissances. Y sont inclus les groupes de pairs DIM, la famille ou les amis (Chapitre 5).

une démarche inductive, nous avons exploré les ressources de soutien utilisées par les DIM au fil de leurs trajectoires d'intégration professionnelle, celles considérées significatives. En second lieu, nous souhaitons examiner un aspect relativement peu pris en compte dans le champ des études sur l'intégration professionnelle des populations immigrantes, soit l'utilisation des ressources formelles (non seulement leur accessibilité, mais aussi leurs « effets », par exemple suite aux types de conseils prodigués aux DIM). La section précédente a mis en relief l'influence des pratiques organisationnelles, il s'agissait dans ce cas-ci d'observer, en amont, l'effet des ressources de soutien visant un rapprochement au marché du travail. En effet, dans le domaine de la santé, il est couramment évoqué la question de l'accessibilité des ressources liées aux soins de santé pour les populations immigrantes. Le manque d'information, le réseau de support déficient et les perceptions des ressources institutionnelles vont en influencer l'accès (par ex. Clarkson 2005; Simich *et al.* 2005; Vissandjée *et al.* 2013). Mais ce même parallèle est peu couvert pour ce qui concerne le milieu de l'employabilité au Québec (outre un courant dédié « à la rencontre interculturelle » d'un point de vue « clinique » ou la « gestion de la diversité » dans les organisations).

Bref, l'objectif général était d'explorer si des trajectoires d'emploi différentes pouvaient se comprendre à travers les ressources de soutien disponibles et mobilisées par les DIM. La question s'est avérée plus complexe. En effet, l'activation de ressources de soutien dépend du type de démarches à réaliser (et de leur complexité), mais aussi de la pratique des acteurs en place, et du type de reconnaissance qu'obtiennent les DIM. Les facteurs individuels, les ressources de soutien, les pratiques organisationnelles, la reconnaissance symbolique ainsi que des facteurs d'ordre structurels sont étroitement interreliés.

Au chapitre 5, une typologie du type de ressources mobilisées a été dégagée, tandis que la transférabilité de leur diplôme est apparue très variable. Pour les professeurs-chercheurs (que j'ai nommés les « recrutés »), tous diplômés de France, ceux-ci empruntent à notre sens « la voie royale » de la requalification. L'utilisation de ressources formelles suffit généralement (telles que le Collège des médecins, les universités, Recrutement Santé Québec).

[J]'ai eu un coup de fil du doyen de [telle université], du doyen de médecine, qui m'a dit : « Madame, je sais que mes collègues sont dans le besoin. J'ai vu votre CV. [...] j'ai droit à un contingent de professeurs invités et ça pourrait peut-être marcher comme ça. Envoyez-moi une demande », puis de là, j'ai préparé tout le dossier. Mais ensuite, ça a été quand même très long [durée du processus, deux ans au total, dont une année en France et une au Québec]. (Monique, France, professeure-chercheure)

Pour les DIM qui ne sont pas reconnus d'emblée, bien que les ressources institutionnelles jouent un rôle central dans leur reconnaissance formelle, leur soutien repose dans les faits davantage sur des réseaux de proximité, incluant leur famille ou des DIM de toutes origines rencontrés majoritairement suite à leur établissement. Ce réseau de pairs constitué de DIM de toutes origines permet d'accéder à des informations stratégiques et de bénéficier d'un appui moral. « C'est très complexe! Et moi, justement, GRÂCE aux médecins étrangers, j'ai pu savoir » (Catiana, Chili, en résidence) « [II] y a comme une sorte de support collectif qui est représenté par les autres médecins étrangers qu'on connaît dans le parcours » (Manuel, Colombie, en résidence). La pertinence des contacts est déterminante. Le partage de la profession médicale et du statut d'immigrant importe davantage que le réseau ethnique proprement dit. Il s'agit de s'associer à des pairs ou des mentors – médecins et immigrants –, dans ce parcours que l'on peut qualifier d'initiatique. Ana, comme beaucoup d'autres, évoque cette dimension stratégique et liée à des informations « cachées » :

À l'université, finalement, il n'y a personne qui donne cette information, ni au Collège. Et c'est de bouche à oreille, par le réseau de pairs, qu'on apprend qu'il y a des places ouvertes aux médecins résidents. Avec des examens et... avec un concours, bien sûr, pour faire ça, mais il n'y a aucun organisme... Parfois on peut trouver, c'est sûr, cette information cachée sur Internet quelque part, mais on n'est pas sûr qu'on tombe sur une information... Et ils n'expliquent pas non plus ce qu'il faut faire pour aller déposer notre candidature, si on le veut. (Ana, en résidence)

Cependant, ce rôle accordé aux réseaux de soutien DIM est différent pour les médecins recrutés, tandis que pour les parcours du combattant celui-ci peut être invisibilisé une fois en résidence, une fois dans le « mainstream ». De façon paradoxale donc, l'activation du réseau de pairs est centrale pour accéder à la résidence et bénéficier d'un support moral (comme l'ont constaté aussi Neiterman et Bourgeault 2012), mais une fois en résidence ou en début de pratique professionnelle, il s'agit de « ne pas faire de vague ». De façon positive, il s'agit de faire bonne impression et de démontrer « qu'on va bien s'intégrer à l'équipe », alors que de façon plus équivoque il peut s'agir de se distancier des a priori négatifs associés aux DIM.

Quant à ceux qui se réorientent, le choix professionnel se fait le plus souvent par « un voyage intérieur ». Les ressources formelles sont davantage consultées afin de clarifier un choix dans le cas de retour aux études, par la consultation d'un responsable de programme dans une université ou un collège par exemple. C'est le cas de Dany (Haïti) par exemple qui nous dit qu'il n'a pas contacté d'organisme et a choisi un programme d'études à l'université

en lien avec ses expériences professionnelles prémigratoires en santé communautaire qui l'ont « révélé à lui-même ». Il explique son choix :

Moi j'ai comme l'impression que le dernier emploi que j'avais eu, dans l'organisation en Haïti, était DÉTERMINANT. Pourquoi? Parce que j'ai comme l'impression que cet emploi m'a révélé à moi-même. Ou du moins a révélé une facette de moi-même au point de vue professionnel. [...] Je me disais : « ok d'accord, la santé publique c'est une option. On n'a pas le choix! » C'est vrai que la clinique c'est vraiment intéressant. C'est vraiment intéressant parce que lorsque quelqu'un est malade et puis... donc... on agit sur son physique pour faire en sorte que la personne reste en vie. Mais lorsqu'on agit sur des grands groupes, on rend beaucoup plus de (services). [...] En fait, en termes d'organismes [...] je peux dire que je n'ai pas contacté d'organisme. (Dany, Haïti, réorienté niveau universitaire, santé non clinique)

À l'instar des résultats de Danielle Germain (2013) sur la réorientation de migrantes qualifiées à Montréal, les DIM réorientés de notre enquête ont mené pour la plupart leurs démarches seuls, et ils se sont davantage appuyés sur le réseau informel que formel.

En somme, la centralité des ressources sociales et symboliques des DIM invite à dépasser une vision mécanique du réseau social (Bibeau 2005; Bourdieu 2006 [1980]; Eve 2002; Li 2008; Potter 1999). Pour les recrutés, via des ressources sociales et symboliques qui permettent une transférabilité avantageuse de leur diplôme et réputation, pour les parcours du combattant via l'accès à un réseau de soutien très spécifique composé de pairs DIM. Il s'agit d'accéder à un réseau mobilisable, mais aussi d'en observer le contenu; tandis qu'en parallèle la force de reproduction sociale du groupe se maintient à travers le contrôle de l'adhésion de ses membres, dont le corporatisme est un mécanisme parmi d'autres.

7.3.2.2 Stratégies, identité et reconnaissance

Je ne travaille pas comme médecin, pas parce que j'ai décidé de ne pas travailler comme médecin. C'est parce qu'on ne me l'a pas permis. Tu comprends? [...] Et il y a eu un moment... noir... avant d'aller rencontrer la conseillère à [telle université]. Je suis même arrivée à un moment donné à penser que j'allais monter une garderie ou travailler comme préposée aux bénéficiaires! Mais je me suis dit « pourquoi j'aurais à faire ça si je n'aime pas ça? Si jamais je ne l'aurais fait dans mon pays? Pourquoi j'aurais à le faire ici [au Québec]? » Mais merci mon Dieu Marie-Jeanne... mon mari et moi on n'a jamais eu à le faire, jamais on n'a eu à travailler dans n'importe quoi. (Carmen, Venezuela, réorientée niveau universitaire suite à une maîtrise au Québec, santé non clinique)

Dans le cadre de cette thèse, la notion de stratégie a principalement été abordée par rapport à ses dimensions identitaires. Notre population à l'étude, les médecins diplômés à l'étranger, s'avérait idéale pour nous étant donné la présence de recherches comparables menées dans d'autres contextes nationaux, d'autant plus que notre perspective interactionniste se prêtait bien à une vision de l'intégration professionnelle incorporant des dimensions individuelle (l'identité pour soi) et relationnelle (l'identité attribuée) (Chapitre 6). Dans ce contexte institutionnel encadrant la reconnaissance des DIM, l'analyse de leurs stratégies d'intégration professionnelle met en relief leur capacité d'agir, mais aussi l'interaction dynamique avec les ressources formelles et informelles. La mise en lumière de leurs perceptions relatives à l'utilisation des ressources formelles laisse voir l'influence de leur accessibilité et de leur adaptation sur les destinées professionnelles des DIM, mais aussi celles des orientations et discours des acteurs institutionnels. Par exemple, la force des discours reçus quant aux possibilités (ou impossibilités) d'exercer la profession médicale peut amener au retrait de la profession (processus d'auto-exclusion) (Chapitres 5 et 6). Ainsi, malgré une identité vocationnelle forte vis-à-vis de la profession médicale, les conditions d'accès à la profession et le message de flexibilité professionnelle ont entraîné plusieurs à se réorienter. Le nouveau choix de carrière est aussi à contextualiser avec les contraintes ou les éléments facilitants d'ordre structurel. Par exemple, l'occupation d'un emploi dans le champ de la santé implique le plus souvent un retour aux études. La durée de la formation aura une incidence sur le choix du programme ainsi que les coûts associés et le type de support financier possible (ex. aide financière aux études du ministère de l'Éducation ou soutien d'Emploi-Québec). Des programmes d'aide financière pourraient favoriser certaines professions, telles qu'infirmière ou préposé aux bénéficiaires (professions prioritaires dont la formation est financée par Emploi-Québec), tandis que des programmes de maîtrise seraient envisagés positivement compte tenu de leur durée (deux ans).

En somme, les DIM déploient un ensemble de stratégies afin d'intégrer favorablement le marché du travail, néanmoins, le contexte de la reconnaissance et l'attribution identitaires influencent grandement leur devenir professionnel.

Nous avons vu que l'identité est relationnelle, qu'elle est validée dans l'interaction et caractérisée par la fluidité (Bauman 2004; Camilleri *et al.* 2002 [1990]; Goffman 1975; Oriol 1979). Certains auteurs plaident une identité professionnelle peu malléable pour des médecins étrangers réorientés : « once a doctor – forever a doctor' has proved to be

correct » disent les sociologues Remennick et Shakhar (2003: 103). Pour notre part, cette thèse a au contraire mis en lumière que dans certaines circonstances les médecins réorientés peuvent ressentir une continuité au plan professionnel, puisant des ancrages identitaires antérieurs, exerçant différemment leur profession, la médecine sans la « clinique » par exemple. Juan est un de ceux-ci :

Mais, par rapport au changement de carrière, ce n'est pas un changement de carrière, la santé publique... c'est quelque chose que j'avais déjà étudié au Mexique et je voulais le continuer ici [au Québec]. (Juan, Mexique, réorienté).

Cependant, cette réorientation favorable va se trouver limitée dans des cas où les DIM n'ont pas de marges décisionnelles ou de professionnalité reconnue : exercer une profession technique en santé n'est pas toujours chose facile pour les DIM que nous avons rencontrés. L'organisation professionnelle dans le milieu de la santé, où le médecin agit encore comme figure centrale décisionnelle peut partiellement expliquer ce malaise (DeVecchio Good et Hannah 2010; Dussault 1985a). Vapor et Xu (2011) représentent les enjeux de cette réorientation des médecins vers des filières techniques comme un passage de « thinker » à « doer ». C'est le cas par exemple de l'ancien collègue de Sofia, autrefois chirurgien et cité au chapitre 6, qui travaille comme préposé et dont « le cœur déchire » à chaque fois qu'il doit travailler au département de chirurgie, « parce qu'il fait la même chose que j'ai faite, mais je ne peux pas regarder dans le dossier, je ne peux rien faire... c'est dur ». Cela s'apparente aussi à la situation de Leandro (Colombie, réorienté technique en santé) qui a un rapport ambigu à sa nouvelle profession. Sa réponse à la question « Et comment c'est, le travail [de telle technique en santé]? [...] Comment vous trouvez? » est évocatrice :

Bon. C'est trop technique, c'est la machine. Il faut avoir des connaissances de base, bien sûr. C'est un bon métier, mais ça dépend comment tu le vois. Moi... Non, mais je suis habitué à d'autres choses, mais, comme je te disais, j'ai le contact avec le patient, je regarde son dossier, je regarde un peu plus loin. Je pense aux choses à moi, je dis : « Non, lui, il a une insuffisance hépatique, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale ». Tu vois, je me pratique. Tutututu. [...] Mais de toute façon, si... s'il faut que je reste [dans telle profession], je ne vais pas rester comme ça : je vais aller plus loin, tu vois, chercher une spécialisation dedans... Il ne faut pas rester seulement technicien, technicien. (Leandro, Colombie, réorienté technique en santé)

Aussi, comme Vapor et Xu (2011), nous avons constaté que nombre de DIM dans les filières techniques vont éviter de mentionner à leurs patrons ou collègues le fait qu'ils soient médecins, pour se protéger de réactions potentiellement négatives à leur endroit (Chapitre

6). « Non. Je ne le dis pas parce que je pense que ça peut... avoir un effet au contraire négatif » (Sofia, Ukraine, réorientée technique en santé).

De façon plus pointue dans le cadre de notre recherche, les DIM rencontrés qui travaillent dans des postes non cliniques de niveau universitaire ont souligné des expériences distinctes : dans leur cas, le fait d'être médecin les a favorisés. Cet élément favorable, cette plus-value accordée à ses connaissances comme médecin et la reconnaissance informelle venant de ses collègues a touché Fahim (Russie, réorienté niveau universitaire).

C'est certain que en étant médecin, les médecins ici me considèrent comme médecin, c'est-à-dire qu'il y a un contact confrère à confrère, et que... La différence vient du fait que je travaille pour une compagnie pharmaceutique; c'est peut-être là, à ce moment-là, qu'il y a peut-être un décalage ou ils... Ça dépend des rapports, mais généralement ça se passe bien. Mais quand il y en a à discuter de certains sujets, c'est plus un « plus » que quelque chose qui... il n'y a pas de quoi que ce soit à ce niveau-là. Dans les emplois précédents, aussi il n'y avait pas de souci, au contraire! Ils voyaient ça comme un « plus », c'est-à-dire que j'apportais quelque chose à la compagnie [comme telle entreprise] donc c'était plus quelque chose de positif; il n'y a jamais eu de connotations négatives ou quoi que ce soit, ça toujours été un « plus ». Et le fait d'être médecin, il n'y en a pas beaucoup... il n'y en a pas beaucoup, des médecins, je pense, au Canada, ni en général, mais qui intègrent l'industrie pharmaceutique. Donc on est plutôt une denrée rare, quoi! Et ils sont bien contents qu'il y ait des médecins dans les compagnies pharmaceutiques; donc c'est plus... positif, en ma faveur. (Fahim, Russie, réorienté niveau universitaire en santé non clinique)

Donc, le fait de se dire ou de ne pas se dire médecin aux collègues et employeurs potentiels dépend du contexte, des risques ou bénéfices accordés à leurs expériences antérieures. Dans ce cas, le niveau d'emploi et le fait qu'il soit en santé clinique ou non clinique sont révélateurs de l'organisation interne de chacun des milieux et de la possibilité de donner une plus-value (ou pas) aux compétences antérieures du médecin.

De fait, un élément qui nous a frappée est la reconnaissance très variable – pour ne pas dire inégale – du bagage des DIM, selon la personne à laquelle ils s'adressent. D'une part, comme médecin souhaitant pratiquer, il a été relevé plus haut l'intégration professionnelle facilitée des médecins d'Europe francophone. Être diplômé d'une école reconnue (de l'Europe francophone plutôt que d'un pays « du Sud » ou « en développement »), être diplômé d'un secteur privilégié et compétitif (être spécialiste ou chercheur, versus omnipraticien). D'autres recherches mériteraient d'être menées sur le sujet, en tenant compte du genre, du pays de diplomation et de la langue.

Une identité vocationnelle forte est garante d'une forte motivation à mener les démarches de reconnaissance professionnelle¹⁶. Pourtant, se retirer de la profession médicale et se réorienter ne signifie nullement l'absence d'identité vocationnelle forte. Les choix professionnels sont alors relativisés : le DIM pourra identifier la continuité par rapport à ses anciennes responsabilités, profiter de l'occasion pour réaliser des projets qu'il avait depuis longtemps, comparer sa situation avec d'autres amis ou collègues ayant migré dans d'autres pays, se remémorer le stress qu'il vivait auparavant, mettre de l'avant la stabilité de la famille, etc. Cette relativisation ne signifie pas non plus qu'il considère la situation légitime. Plutôt, cela permet de faire sens de son vécu, ce dont témoigne l'extrait de Leandro :

on a perdu, ici, notre statut professionnel. Mais après avoir perdu ça, qu'est-ce que tu peux perdre de plus? Rien. Tu ne perds pas ta dignité parce que tu travailles quand même. J'ai une belle famille ici. J'adore ma famille. Je fais tout ça pour moi-même et pour ma famille. (Leandro, Colombie, aujourd'hui technicien en santé clinique)

Les ressources symboliques de ces DIM jouent en leur faveur, le fait d'être diplômé d'une région favorisée, ou d'avoir la « bonne couleur de peau » arguent d'autres chercheurs (Coker 2001; Foster 2008). Le poids variable de l'incertitude dans leurs récits de vie professionnelle met en lumière ces rapports de force différenciés. En effet, de façon transversale, à l'exception des professeurs-spécialistes (les « recrutés »)¹⁷, transparait un fort degré d'incertitude à toutes les étapes du processus de reconnaissance. Ils sont nombreux à avoir évoqué le sujet. Comme le fait remarquer Ana (Roumanie), « la résidence n'est pas finie jusqu'au moment où le dernier stage est fini et qu'on a le diplôme en main, parce qu'on peut toujours avoir des problèmes ». Ce manque de points de repère, cette perte de contrôle les affectent tous – sauf exception. Le fait que les étapes et les services soient cloisonnés, que personne ne soit en mesure de donner de vision d'ensemble, qu'aucun indice n'existe quant à la réussite des étapes compartimentées de leur long parcours (malgré sa chronologie relativement explicite) crée un contexte décisionnel et stratégique particulier. Les aspects discrétionnaires ou contingents parsèment les expériences des DIM et amènent certains à dire somme toute que c'est une question de « chance ».

¹⁶ Tandis qu'en cas de blocage professionnel, cela pourrait signifier une migration de retour ou dans un pays tiers pour les DIM qui se sentent bloqués et souhaitent poursuivre leur carrière médicale. La question de la mobilité de ces médecins serait à approfondir dans d'autres recherches, en particulier les migrations de retour ou les migrations circulaires.

¹⁷ À la nuance près que les femmes professeures-chercheuses de ce sous-groupe ont vécu plus d'embûches et d'incertitude que leurs collègues masculins (mais pas autant que les « parcours du combattant »).

Il y a un bon pourcentage, une bonne chance là-bas, aussi. Ce serait un peu prétentieux de nier ça. De dire « non, non, c'est tout parce que j'étais super bon », alors c'est pour ça que tu t'en es sorti. Il y a plein de chance. Il y a des gens qui n'ont pas la chance. Ils essaient, ils travaillent fort, ils sont disciplinés, ils font tout ce qu'il faut, mais les choses... n'arrivent pas. (Manuel, Colombie, en résidence au Québec)

Il y a nécessité de déployer une forte motivation dans ce système méritocratique, mais baigné dans l'incertitude. Ce qui crée la sensation qu'ils doivent travailler plus fort, mais qu'ils ne sont pas maîtres de leur destin : « une espèce de miracle », « quelque chose s'est passé », « de la chance », « un ange » sont des termes qui apparaissent sporadiquement. Il faut être déterminé à réussir, sans garanti : « j'ai choisi un risque » exprime Ana (Roumanie, en résidence), « c'est très dur, les résultats sont imprévisibles » (Eduardo, Argentine, spécialiste).

Ainsi, apparaît progressivement le poids des ressources symboliques, à travers la reconnaissance différentielle (selon le contexte, selon les individus à laquelle ils s'adressent, selon le type de trajectoires analysé depuis leurs profils sociodémographiques). « Je suis médecin, je peux travailler partout dans le monde » dira une résidente québécoise expliquant son choix professionnel lors d'une conférence (notes d'observations, 2012). Mais le titre de médecin ne voyage pas de la même manière selon sa provenance, n'a pas la même valeur accordée selon où il va et d'où il vient. Outre les médecins engagés dans des trajectoires prestigieuses et compétitives avant la migration, qui sont toujours en poste lorsqu'ils sont recrutés, les médecins rencontrés ont presque tous éprouvé des obstacles importants et ont été exposés à des discours leur suggérant une « flexibilité » dans leurs attentes, jusqu'au deuil de la médecine. En somme, la capacité stratégique des DIM est contrastée dans un contexte où la mobilisation de ressources sociales et symboliques est centrale.

7.4 Portée et limites

Academically speaking, there has been relatively little "human level" research on the diverse, yet prototypical avatars of globalization in the skilled, educated or professional categories. (Favell et al. 2006: 3)

L'anthropologie du monde du travail est un thème qui se trouve enrichi par une ouverture interdisciplinaire. Nous avons pour ambition de documenter un pan de recherches relativement peu exploré : les trajectoires d'intégration de migrants très qualifiés, diplômés

internationaux en médecine. Peu d'études en sciences sociales portent sur un même groupe professionnel, et encore moins sur des migrants ayant effectivement réintégré leur profession. Le cas des DIM s'avère particulièrement intéressant, car il représente en quelque sorte le summum de la complexité en regard des démarches de reconnaissance professionnelle, compte tenu de la pluralité des acteurs concernés (et le poids des démarches, tant par les coûts que le temps nécessaire à investir). Cette complexité des démarches de reconnaissance permet de mettre en lumière l'interaction dynamique entre des facteurs relevant de différents niveaux. Observer les parcours au sein d'un même groupe professionnel, dans une période d'immigration similaire, permet de relever les particularités des contraintes et éléments facilitants, permet d'isoler en quelque sorte des facteurs pour tenter de saisir les particularités des trajectoires.

D'autres recherches mériteraient d'être menées sur la question. La population restreinte à l'étude a limité le poids de certaines pistes (par exemple, sur la question du genre). La pluralité des pays de diplomation pourrait également représenter une limite. En guise de réponse, nous pencher sur un ou deux pays ne nous aurait pas permis de mettre en lumière les trajectoires d'exception de certains. Nous visions une diversité de pays de diplomation afin d'être à l'image du visage de l'immigration contemporaine, d'autant plus qu'officiellement, le pays d'origine et de diplomation ne devrait pas avoir d'impact sur le processus de reconnaissance.

Un apport et une particularité de notre recherche furent de rencontrer autant de DIM s'étant réorientés que d'autres exerçant la médecine. Cet élément est exceptionnel dans le cadre de recherches portant sur l'intégration de personnes immigrantes. Le processus de recrutement a pu être si positif grâce à l'appui d'un nombre significatif de collègues (et d'amis) et grâce à l'accès à un espace de travail au sein d'une institution hospitalière (qui a aussi favorisé notre sensibilité au milieu et nos contacts au quotidien). Par ailleurs, en termes de limite, le nombre de personnes réorientées au sein de postes non universitaires pourrait être non représentatif (en fait, compte tenu du manque de données statistiques précises, et de l'invisibilité statistique de cette population au Québec il est hasardeux de parler de représentativité). Néanmoins, compte tenu de la durée de l'établissement et de la mobilité professionnelle ascendante documentée pour les populations immigrantes en générale, il est probable que cette présence importante au sein de postes universitaires soit commune. Somme toute, des

enquêtes statistiques sur la situation des DIM et leur utilisation (et perception) des ressources de soutien mériteraient d'être approfondies.

Une autre limite est la période choisie (la plupart ayant immigré au milieu des années 2000). Ces dernières années, de nombreuses mesures ont été mises en application et le milieu s'est possiblement transformé. Cependant, nos incursions sporadiques dans le milieu à travers des interactions informelles auprès de DIM très récemment immigrés et d'acteurs du secteur de l'employabilité nous a donné plusieurs indications sur le fait que la situation évolue, certains diront pour le mieux, mais elle demeure complexe. Bref, comme toute recherche, celle-ci porte cette limite, à savoir l'examen approfondi d'un phénomène sur une période donnée.

Nos résultats sur l'importance de mobilités secondaires et de migrations de retour sont également limités par l'absence de données quantitatives à l'appui et par le peu de données de première main. Des recherches multi-sites seraient porteuses sur le sujet.

7.5 En deux mots

En deux mots, cette recherche doctorale a exploré au plan théorique l'apport d'approches issues de l'anthropologie critique et de la santé ainsi que de la sociologie organisationnelle afin de souligner les tensions et angles morts en ce qui concerne les mobilités de professionnels de la santé et leur intégration professionnelle. Nous avons fait le pari en début de recherche de nous ouvrir à d'autres champs disciplinaires, tout en valorisant la posture particulière de l'anthropologie. Entre réflexivité et engagement, nous avons été attentive à nos propres a priori et avons conservé une ouverture d'esprit nécessaire à une compréhension d'une pluralité de perspectives. Cette ouverture interdisciplinaire a été combinée à une analyse dynamique articulant les niveaux d'analyse (Agier 2013; Desjeux 2006; Massé 2005, 2010). Notre sujet étant d'actualité politique, nous avons fait le choix de privilégier un terrain local. La compréhension des réalités locales a toutefois bénéficié d'une mise en perspective plus large, sur « l'horizon du régional et du mondial » (Bibeau 2012). Il serait toutefois intéressant dans le futur de mener des recherches davantage mobiles (en suivant les réseaux par exemple).

Les courants théoriques abordant le thème des trajectoires d'établissement des médecins diplômés à l'étranger sont divers. La dualité des théories opposant les stratégies individuelles et l'influence des macrostructures n'est plus à l'ordre du jour, l'intérêt porte plutôt sur l'interaction dynamique entre les différents niveaux d'analyse. Il est impossible toutefois d'appréhender tout à la fois l'ensemble des niveaux d'observation, les outils méthodologiques ne permettant pas cette simultanéité. Comme le dit avec humour l'anthropologue Dominique Desjeux :

« Il n'est pas possible de décrire les liens de causalité qui partent de la cellule pour aller à l'individu, puis au petit groupe, puis à l'organisation puis aux groupes sociaux. [...] L'observation de la réalité, qui elle forme un tout, ne peut être que discontinue, sauf entre certaines échelles comme le montre l'épidémiologie. Mais l'épidémiologie, comme toutes les enquêtes macro-sociale, d'où l'importance du préluce, n'est pas capable de saisir les échelles où dominent les interactions concrètes entre acteurs concrets. Il n'y a donc pas d'approche globale possible (sauf à se prendre pour Dieu!) » (Desjeux 2006: 16).

Nous sommes sur le fil délicat où au-delà des changements politiques actuels et des contingences historiques des tendances de fond perdurent, tandis que parallèlement cela demeure des réalités situées. Les stratégies déployées et les pratiques quotidiennes des personnes immigrantes s'inscrivent dans des contextes historiques, politiques, économiques et sociaux. Par exemple, les comparaisons nationales permettent de faire ressortir l'effet du contexte politique et social sur les stratégies d'intégration déployées par des personnes immigrantes, tandis que la prise en compte du niveau institutionnel ou des relations sociales bonifie la compréhension des phénomènes. Nous avons tenté de mettre en lumière l'intérêt d'une prise en compte du caractère dynamique, ancré dans l'historicité, des événements vécus par les DIM; leurs actions et leurs perceptions n'étant pas indépendantes du contexte social dans lequel ils s'inscrivent. Par ailleurs, ajoutons l'intérêt de situer l'énonciation des discours recueillis par l'anthropologue, ceux-ci sont situés dans un espace-temps précis et s'expriment dans une interaction particulière, influencée par notre position comme chercheur et nourrie des perceptions de l'un et l'autre (Goffman 1973, 1975; Le Breton 2004; Liversage 2005).

Dans le cadre des politiques d'attraction et d'intégration des personnes immigrantes, nous avons constaté l'accent porté sur les compétences des individus ainsi que leur adaptabilité. Toutefois, leurs trajectoires d'emploi ne peuvent se comprendre uniquement à travers des indices liés à leur capital humain. Comment la position sociale et l'accès différentiel au

pouvoir d'un individu influenceront ses relations avec autrui et sa capacité de négociation (Porter 1996)? D'un point de vue critique, dans un contexte où la stratification sociale influence l'accès aux ressources, le sociologue français Dubet souligne l'ambiguïté de la valorisation d'un système « égalitaire » en Occident où persistent des inégalités d'accès (Dubet 2003, 2012). Nous pouvons nous questionner, les DIM rencontrés ont-ils bénéficié d'égalité d'accès et d'égalité de traitement¹⁸ (Carde 2007; Chicha 2009, 2012)? Cette rhétorique qui se veut éthique peut aussi s'interpréter à l'aulne de l'idéologie néolibérale, où la flexibilisation et la précarisation des travailleurs teintent fortement le marché du travail actuel, flexibilisation qui prend dorénavant une envergure mondiale (Bauman 1999; Pellerin 2011; Piché 2008, 2012).

Incorporées dans la politique d'immigration, le gouvernement du Québec a des responsabilités en matière d'aide à l'intégration des immigrants, et c'est dans un esprit de partenariat et de décentralisation qu'il collabore avec les milieux publics, parapublics, privés et communautaires (Chicha et Charest 2008; Fourot 2013; Germain et Trinh 2010; MICC 2013d). Le ministère de l'Immigration promulgue la « responsabilité partagée », mais l'analyse de la multiplicité des acteurs impliqués dans la reconnaissance professionnelle des DIM, où chacun se revoit la balle, s'apparente à de la responsabilité diluée. Pour les DIM, transparaît une extrême difficulté d'avoir une vue d'ensemble s'il n'est pas reconnu d'emblée. S'y ajoute une incapacité à déterminer formellement là où il doit miser pour améliorer son profil, compte tenu de l'opacité ambiante, qui se camoufle derrière un formalisme objectif. Cette recherche est une réflexion plus générale sur l'inclusion sociale, sur la balance fragile entre pouvoir et équité, sur l'intérêt de poursuivre l'exploration de mécanismes politiques et sociaux qui permettront l'inclusion d'une population parfois favorisée, parfois marginalisée. Dans un contexte de diversité de points de vue et d'intérêts divergents, de nouvelles façons de faire et de reconnaître l'apport de ces populations à notre société sont nécessaires.

¹⁸ Pour une discussion sur les nuances entre les formulations : égalité des droits, égalité de traitement, égalité des chances, voir Laufer (2003). Dit rapidement, **l'égalité des droits** réfère à des principes législatifs, à une égalité formelle (ex. l'égalité de la rémunération, soit un salaire égal pour un travail égal). L'égalité de traitement et de chance renvoie à une égalité « réelle », en termes de résultats. **L'égalité de traitement** vise les mécanismes d'insertion au marché du travail et dans l'entreprise, par ex. les pratiques d'embauche qui peuvent amener une discrimination indirecte. **L'égalité des chances** va plus loin que les deux premières, elle « s'appuie en dernière instance sur le postulat de l'échec de l'égalité des droits et de l'égalité de traitement comme suffisant à réaliser l'égalité ; elle s'appuie même sur une remise en cause de ce principe puisqu'elle préconise un traitement inégal pour qu'au bout du compte l'égalité réelle soit atteinte » (Laufer 2003 : 154). Il n'est pas possible d'appliquer les mêmes solutions à des personnes en situation d'inégalité, qui se traduit par ex. par des mesures de « discrimination positive ».

CONCLUSION FINALE

Est-ce sortir de l'anthropologie et basculer dans la politique que de se prononcer sur tout cela? Est-ce contaminer la science que de prendre position? Pour ainsi dénoncer, sans doute faut-il ne pas hésiter à reconnaître qu'il ne peut pas y avoir une science de la vie sociale qui échappe à la politique. Pas de refuge imaginaire dans une intériorité qui serait censée protéger des vents de l'histoire. (Bibeau 2009: 249)

En 2015, il y aurait au Québec plus de 5 000 médecins diplômés à l'étranger, dont près de 2 500 travaillent comme médecins et vraisemblablement un nombre similaire qui ont emprunté d'autres voies professionnelles, momentanément ou durablement. Les immigrants très qualifiés sont réputés faire face à de multiples barrières sur le marché du travail, particulièrement ceux membres de professions réglementées. Le cas des médecins est exemplaire selon nous, compte tenu de sa complexité et de la multiplicité des acteurs agissant au cœur du processus de reconnaissance professionnelle. Cette thèse s'est penchée sur leur devenir professionnel, sur leurs expériences sur le marché du travail, leur vécu, tout en le comprenant sur un panorama plus vaste, tel que leurs ressources de soutien, le politique, et plus largement des phénomènes liés à la globalisation.

Au départ, nous étions interpellée par ce qui distinguait les trajectoires d'intégration des médecins qui se requalifient et d'autres qui se réorientent. Au-delà de la typologie dégagée, la réalité s'est avérée complexe. D'une part, la grande mobilité, tant professionnelle que spatiale. D'autre part, les trajectoires d'intégration professionnelle s'avèrent être modulées par des facteurs interagissant à différents niveaux, microsociaux, relationnels ou sociopolitiques. Cette thèse s'est ainsi attachée à explorer l'interface entre l'État, les pratiques et les acteurs.

Afin de mieux comprendre les réalités et les expériences vécues par les diplômés internationaux en médecine (DIM), un terrain mené entre 2009 et 2012 a permis de réaliser plus d'une cinquantaine d'entretiens formels ou informels auprès de DIM et d'acteurs clés du milieu concernés de près par leurs réalités, en plus de l'observation ethnographique d'événements ponctuels. Au cœur de ce terrain, nos données primaires se sont basées sur 31 récits de vie professionnelle de DIM de toutes origines, ayant immigré au Québec

principalement dans les années 2000, incluant autant de requalifiés que de réorientés, d'hommes et de femmes. Le rapport au travail et aux situations de travail nous interpellait particulièrement. Notre ambition était de pénétrer l'espace abstrait qu'est le marché du travail au Québec, en particulier du milieu de la santé, à travers les relations sociales qui prennent forme et sens. Il s'agissait en somme de porter un regard sur le travail comme système d'interaction sociale dans ses dimensions contraignantes et créatives.

Pour les besoins analytiques, tirant profit de la flexibilité de la discipline anthropologique, le cadre théorique et conceptuel s'est appuyé sur l'anthropologie et la sociologie de différents champs : celui de la santé et des organisations, et dans certains cas de l'ethnicité et de l'immigration. La démarche se voulait ouverte et réflexive. Mais au-delà de la démarche et de l'exercice académique, nous souhaitons rendre explicites les données et les résultats quant à la situation professionnelle contrastée des DIM au Québec.

Le débat est d'actualité. Les positions courantes des milieux de la santé mettent de l'avant la nécessité de protéger la population, tandis que l'expertise relative à l'évaluation des compétences relève d'acteurs spécifiques, le processus étant réputé neutre et transparent. Mais ce processus de reconnaissance professionnel est-il au contraire teinté de subjectivité et sujet à discrimination? Sans souhaiter entrer dans une prise de position dichotomique, cette thèse propose une réflexion générale sur les enjeux et les mécanismes de la reconnaissance des DIM, sur fond de justice sociale et d'équité. Les sciences sociales, dont l'anthropologie et la sociologie, ont mis en relief qu'il n'y a pas de pratique complètement neutre (Agier 2013; Bibeau 2009; Bourdieu 2001; Fortin 2015; Saillant 2004). La norme est invisibilisée, les enjeux de pouvoir explicites ou souterrains, la marginalisation souvent subtile (Cognet 2004a; Fortin *et al.* 2011; Taboada-Leonetti 1994). Les pratiques, que ce soit les pratiques liées à la reconnaissance professionnelle ou les pratiques plus larges liées à l'employabilité, sont teintées par l'idéologie dominante. Les questions relatives à la méritocratie, l'autonomie individuelle, la spécialisation et l'expertise orientent les politiques et les pratiques des acteurs, en particulier sur le marché du travail (Eid 2012; Fournier et Bourassa 2004; Lenoir-Achdjian *et al.* 2009; Paugam 2011). Cette réalité toucherait d'autant plus les médecins qui évoluent dans un système médical où la culture professionnelle serait teintée par l'individualisme – la réussite étant le résultat des efforts individuels et du mérite –

et où les médecins y seraient représentés comme des *individus mobiles monnayant leur valeur marchande*¹ (Belkhdja *et al.* 2009; Foster 2008).

Cette conclusion brosse un résumé synthétique des résultats de la recherche et de la discussion qui s'ensuit. Nous rendons compte de ce que nous avons cherché à comprendre, les grandes lignes qui ont émergé de nos analyses. La thèse se termine par les contributions et quelques pistes de recherches.

Synthèse

Le fil directeur fut d'explorer l'interface entre les politiques, les pratiques et les individus au cœur des trajectoires d'intégration professionnelle de DIM. Dans un premier temps, le chapitre 3 introduisant les résultats de recherche a permis d'exposer les trajectoires d'intégration professionnelle hétérogènes des DIM. En plus de donner voix aux répondants, ce chapitre a fait émerger plusieurs dimensions approfondies dans les chapitres suivants (Chapitres 4 à 6, basés sur des articles publiés). Les chapitres 4 à 6 visaient des focales complémentaires avec le même objectif : l'exploration de la complexité des trajectoires d'intégration professionnelle et la dialectique entre les niveaux micro, méso et macrosociaux. La puissance d'agir des individus et ses contraintes d'action, aussi modulées par des niveaux intermédiaires à travers les relations sociales, les institutions et les pratiques organisationnelles, et plus largement par des structures sociopolitiques. Ainsi, ces trois chapitres mis ensemble mettent en lumière des dimensions de l'intégration professionnelle complémentaires et en interaction dynamique : 1) la dimension macrosociale et politique (chapitre 4); 2) les dimensions institutionnelles et les relations sociales (chapitre 5); 3) l'identité professionnelle (chapitre 6). Cette réflexion est approfondie dans le chapitre 7, proposant une discussion sur l'apport théorique et empirique de la recherche.

Le **chapitre 3** avait comme double objectif de : 1) documenter les trajectoires contrastées des DIM et d'en dégager une typologie, 2) d'approfondir le vécu de ces migrants en lien avec leurs trajectoires d'intégration professionnelle, de relever les stratégies et les ressources mobilisées. Les trajectoires types ont ainsi été enrichies par la présentation de six récits de vie professionnelle exemplaires. La typologie des trajectoires d'intégration s'est constituée à

¹ Expression de Belkhdja *et al.* (2009).

partir de facteurs relevant d'éléments objectifs (durée, type de démarches et intensité, ressources économiques et sociales, occupation d'emploi déqualifié, etc.) ou subjectifs (identité professionnelle, sentiment d'être reconnu, discours reçus par des tiers, connaissance des codes du milieu, etc.). Cette typologie a mis en relief la reconnaissance facilitée de certains (les « recrutés »), mais aussi les nuances entre les grandes catégories (les réorientés de niveau universitaire ou technique). De façon transversale, ces trajectoires ont mis à jour les effets de plusieurs facteurs, relevant de niveaux d'observation divers (et approfondis dans les chapitres suivants) :

1) au plan macrosocial, l'effet des politiques et des programmes en vigueur (tels que les effets du fractionnement des étapes liées à la reconnaissance professionnelle, créant un contexte d'incertitude et un sentiment de contingence, ou bien l'absence de soutien formel en cas de précarité économique pour les DIM qui occasionne dans certains cas un retrait des démarches),

2) au plan mésosocial, l'effet de l'accessibilité de certaines ressources formelles et leur utilisation (occasionnant par exemple dans certains cas leur nonaccès, soit par méconnaissance des possibilités existantes ou parce que considérées comme non adaptées; dans d'autres cas, le sentiment d'accessibilité favorise l'entrée dans certaines filières, en particulier aux études supérieures en santé non clinique), l'importance d'un réseau de proximité (la famille, les pairs DIM) jouant un rôle de soutien, en particulier dans le cadre de trajectoires d'intégration professionnelle s'étendant dans la durée,

3) au niveau microsociale, des éléments liés aux caractéristiques individuelles sont apparus influents quant au type de trajectoires d'intégration (tels que le type de diplôme et de pratique professionnelle, la responsabilité familiale, la mobilité spatiale) tandis que l'identité professionnelle apporte des clés de compréhension complémentaires quant aux choix mis de l'avant. Finalement, les récits de vie professionnelle ont aussi permis de relever l'influence de la maîtrise des codes implicites du milieu et de la capacité d'accès à des informations très spécifiques.

Le **chapitre 4** s'est penché sur les paradoxes et les tensions entre les politiques et les pratiques, en particulier les pratiques organisationnelles, dans un contexte où les systèmes de santé locaux sont interpellés de nombreuses façons par le phénomène de globalisation, spécialement la mobilité des professionnels de la santé. À partir d'approches de

l'anthropologie de la santé et de la sociologie des organisations, les analyses ont mis en relief que la mobilité des professionnels de la santé sur le plan international représente un enjeu en santé mondiale, non seulement en ce qui concerne leur « fuite », mais aussi relativement aux conditions de leur reconnaissance professionnelle dans les pays d'accueil. En effet, en parallèle à des politiques d'attraction de l'immigration qui visent particulièrement des migrants très qualifiés, un processus de reproduction d'une culture organisationnelle s'opère sur le marché du travail. Ce processus amène une reconnaissance professionnelle aisée pour certains tout en écartant d'autres dont le profil ne correspond pas d'emblée à « la norme ». Par ailleurs, la promotion de la mobilité temporaire comme solution à l'exode des cerveaux soulève des questions compte tenu de l'exclusion subtile qu'elle peut susciter pour ces populations migrantes. Pour terminer, la grande hétérogénéité des trajectoires d'intégration professionnelle et la reconnaissance différentielle de leurs acquis, qui varie selon le contexte ou la personne à laquelle ils s'adressent, questionnent l'approche du capital humain. En définitive, le double enjeu éthique, de la fuite des cerveaux (*brain drain*) couplée au gaspillage des compétences (*brain waste*) est préoccupant. Ces résultats invitent à explorer davantage la question des ressources sociales et symboliques, sujet du chapitre suivant.

Le **chapitre 5** poursuit la réflexion sur l'imbrication des phénomènes micro, méso et macrosociaux modulant les trajectoires d'intégration professionnelle. Cette fois, le point de départ analytique se base sur les relations sociales et les ressources de soutien, dont les ressources institutionnelles. Les stratégies et les ressources mobilisées afin d'intégrer le marché du travail sont alors examinées. Encore une fois, un regard critique est posé sur les limites de l'approche du capital humain compte tenu de la grande hétérogénéité des trajectoires d'intégration professionnelle. En effet, les patterns d'intégration observés et l'analyse des récits de vie professionnelle montrent la reconnaissance favorable dont bénéficient les médecins recrutés d'Europe francophone. Dans leur cas, ils n'ont eu à mobiliser aucune stratégie particulière, l'utilisation des ressources formelles est suffisante. Pour ces médecins, la force des ressources symboliques transparaît. Le scénario est très différent pour les DIM ayant eu un parcours du combattant. Ils doivent, au contraire, multiplier les stratégies tandis que la présence d'un réseau de soutien très spécifique composé de pairs DIM de toutes origines les oriente dans ce parcours complexe, en particulier pour l'accès à la résidence. Même si les ressources de soutien formelles sont consultées, ce sont plutôt les ressources de soutien informelles qui apparaissent centrales à leurs yeux – les

pairs DIM, la famille, les amis et les associations de DIM. Les réorientés vont quant à eux faire le plus souvent des parcours « en solitaire ». Un retour aux études est une stratégie courante afin d'occuper un poste dans leur domaine, tandis que selon la filière dans laquelle ils se réorientent, leur bagage professionnel comme médecin est inégalement reconnu. Au final, nous observons des trajectoires très contrastées au cours desquelles les ressources sociales et symboliques jouent un rôle déterminant.

Le **chapitre 6** s'est concentré sur les dimensions microsociales au sein des trajectoires d'intégration au marché du travail des DIM, en particulier les processus identitaires. Les trajectoires des DIM mettent en lumière combien l'identité constitue un processus interactif et dynamique qui laisse place à la négociation entre les acteurs en présence. La notion de pouvoir et de reconnaissance est au cœur des processus identitaires. Cet article a posé, une fois de plus, un regard critique sur les approches centrées sur l'individu qui font abstraction des normes et contraintes sociales. Dans une perspective inspirée en grande partie de l'interactionnisme, les analyses ont examiné dans quelle mesure leurs trajectoires d'intégration pouvaient se comprendre selon les dynamiques identitaires à l'œuvre : leur identité professionnelle, l'attribution identitaire et les stratégies identitaires. La sociologie organisationnelle de Sainsaulieu a aussi guidé les analyses en ce qui a trait aux capacités stratégiques inégalement réparties. Il est apparu que l'identité pour soi n'explique que de façon très parcellaire les trajectoires d'intégration professionnelle. Quant à elles, les conditions d'appartenance et l'attribution identitaire influencent grandement leur devenir professionnel, entraînant des stratégies de retrait de la profession ou du pays, de négociation identitaire et de relativisation. En effet, outre les médecins déjà engagés dans des trajectoires prestigieuses et compétitives avant la migration, qui sont toujours en poste lorsqu'ils sont recrutés, les médecins rencontrés ont presque tous éprouvé des obstacles et ont été exposés à des discours leur suggérant de réévaluer leurs attentes, une plus grande « flexibilité professionnelle », pouvant aller jusqu'au « deuil » de la médecine. Ces discours pessimistes émanant de ressources de soutien officielles sont influents, créant pour plusieurs DIM un phénomène d'auto-retrait de la profession médicale.

Par ailleurs, nous avons observé des patterns particuliers du point de vue identitaire, selon les filières professionnelles dans laquelle les DIM évoluent. Les réorientés de niveau universitaire qui sont en mesure de puiser dans des ancrages identitaires antérieurs et qui bénéficient d'une professionnalité reconnue sont ceux qui vivent la transition professionnelle

le plus favorablement. Pour leur part, les DIM réorientés dans des techniques en santé font face à plus de défis en termes de satisfaction au travail, mais surtout au niveau de la reconnaissance. Pour ces réorientés en technique de la santé, une stratégie récurrente consiste à taire leur ancien statut de médecin à leurs collègues ou employeurs. Cette stratégie de « profil bas » ne vise pas à les épargner de la « honte » d'exercer une profession déqualifiée, mais plutôt à se protéger des réactions négatives de collègues ou d'employeurs. Une stratégie similaire a été constatée parmi ceux qui sont en processus d'insertion dans le milieu médical – particulièrement comme résident en médecine –, se distanciant parfois de l'identité de groupe DIM qui pourrait les stigmatiser. Cette stratégie est paradoxale, dans un contexte où les DIM aspirant à la résidence doivent compter sur le soutien de leurs pairs afin d'élaborer des stratégies complexes pour s'intégrer au système médical québécois.

Le **chapitre 7** (Discussion) s'est penché sur l'apport d'une perspective théorique flexible, alliant des approches issues de l'anthropologie et de la sociologie. L'utilisation de concepts intégrateurs, permettant de tracer un pont entre les niveaux d'observations (micro, méso et macro) a été mise de l'avant, soulignant l'apport des concepts de « stratégies », « réseaux sociaux » et « trajectoires » afin de jouer ce rôle de contextualisation analytique. Une perspective dynamique du processus d'intégration professionnelle met en relief l'interaction entre des facteurs d'ordre individuel, institutionnel ou structurel. Au plan empirique, les résultats révèlent que les caractéristiques individuelles des DIM peuvent influencer leurs trajectoires d'intégration professionnelle, mais que le contexte structurel de la reconnaissance, les politiques en vigueur, les programmes disponibles ainsi que les pratiques organisationnelles jouent un rôle décisif. À cela s'ajoute des facteurs supplémentaires favorables soit : la connaissance de règles implicites acquise par les pairs, une origine occidentale, un profil hautement spécialisé, les ressources financières, le soutien de la famille et plus largement la capacité de mobiliser des ressources relationnelles.

Les trajectoires professionnelles des DIM au Québec permettent d'illustrer la complexité du processus d'intégration ainsi que l'imbrication entre des phénomènes macrosociaux (tels que les politiques et les représentations sociales), mésosociaux (tels que les ressources de soutien, les environnements institutionnels et associatifs) et microsociaux (tels que les caractéristiques individuelles, les processus identitaires ou les stratégies déployées). Au Québec, les politiques publiques, tant de gestion des systèmes de santé, des ressources humaines que d'intégration des personnes immigrantes, continuent à être modulées à travers

le prisme de l'individu, ses capacités et son autonomie. Cette tendance semble s'exacerber ces dernières années. En font foi les trajectoires professionnelles facilitées des « recrutés » qui permettent d'observer les objectifs de transformation des politiques d'immigration, avec l'emphase sur la « performance économique ». Ces orientations reposant sur le rapprochement immédiat entre un individu détenant un capital humain particulier et un besoin sur le marché du travail écartent nombre de DIM. Paradoxalement, tandis qu'un nombre important de DIM établis au Québec n'exercent pas, des institutions québécoises continuent de recruter à l'étranger (passivement ou activement) (Bourgeault et Neiterman 2013; Dauphinee 2003). Notre recherche pose une réflexion critique sur ces pratiques.

Sans dénier qu'exercer une profession différente de la médecine peut être un choix, la structure actuelle de la reconnaissance professionnelle leur impose des contraintes hors du commun, et certains éprouvent plus d'obstacles que d'autres. Prenant pour objet un individu a priori libre de ses choix et acteur principal de son intégration, la seule notion de « capital humain » ne peut expliquer ces trajectoires si hétérogènes pour un même groupe professionnel. Le processus de reconnaissance professionnelle des DIM, bien qu'il soit affiché comme un processus neutre, est sous-tendu par un caractère idéologique, relationnel et subjectif.

Contributions

Au plan théorique, cette recherche a permis d'explorer un phénomène complexe et relativement peu étudié au Québec : la situation de diplômés internationaux en médecine ayant immigré au Québec. La démarche anthropologique traduit les perceptions des acteurs et donne un point de vue de l'intérieur, elle permet également de mettre en lumière des dynamiques implicites, relevant de construits sociaux et de réalités structurelles. Cette étude a soulevé plusieurs pistes afin de cerner les dynamiques à l'œuvre au sein des institutions, les jeux de pouvoir favorisant ou limitant l'accès au groupe ainsi que les façons dont les médecins diplômés à l'étranger contournent les obstacles ou tout simplement parviennent à acquérir un emploi ou une qualité de vie satisfaisante dans un nouveau pays. Se pencher non seulement sur des médecins engagés dans la lutte pour la reconnaissance, mais tout autant sur les médecins en pratique professionnelle que ceux en transition de carrière a apporté une perspective originale sur la question. La démarche inductive et itérative a rendu

possible l'émergence d'aspects inédits au départ de la recherche, tels que des stratégies « souterraines », ou bien des phénomènes invisibilisés au premier regard. La posture anthropologique, combinée notamment à l'apport de la sociologie organisationnelle, a favorisé sur le plan des analyses l'émergence de plusieurs tensions et paradoxes entre les politiques et les pratiques. Cette combinaison a permis également des analyses multi-niveaux, donnant force aux données empiriques récoltées, les constats ne se basant pas seulement sur des perceptions ou des représentations par exemple. En parallèle, analyser le phénomène non seulement en termes politiques, mais en tenant compte des représentations des DIM, leur vécu et leurs stratégies, a renforcé les constats existants sur les questions d'éthique et d'équité en lien avec la reconnaissance professionnelle de ces populations migrantes.

Au plan pratique, cette recherche représente un maillon supplémentaire à la chaîne de connaissances existantes sur les questions liées à l'intégration professionnelle des migrants très qualifiés. Sans donner de solution précise ou de « boîte à outils », il s'agit d'une invitation à réfléchir sur les implicites liées à nos pratiques, aux influences idéologiques soutenant nos programmes, aux normes construites qui paraissent aller de soi. Le point de départ de cette recherche n'était pas la discrimination, mais nous avons été contrainte de l'aborder. Nous avons fait le choix de le faire à partir de l'analyse des processus d'inclusion, plutôt que d'exclusion, à travers l'observation de l'influence favorable des ressources symboliques de populations favorisées.

Les résultats de cette recherche invitent à poursuivre les réflexions sur les enjeux liés à la reconnaissance des populations immigrantes, à partir notamment des représentations dominantes ou liées à l'idéologie. Par exemple, la puissance et la grande influence des discours reçus de la part des instances officielles, particulièrement par rapport à la « flexibilité professionnelle ». À cet effet, nos données s'ajoutent aux autres recherches portant sur les effets ambivalents des emplois transitoires sur la mobilité professionnelle, qui peuvent s'avérer des culs-de-sac plutôt que des tremplins professionnels. Pour les DIM, la situation est d'autant plus complexe compte tenu de l'organisation du milieu de la santé, où les emplois en santé sont majoritairement protégés, quelle que soit la profession envisagée dans le milieu. Nos quelques pistes sur le sujet invitent à approfondir la compréhension des trajectoires d'intégration professionnelle en lien avec la culture organisationnelle des milieux concernés. Sur la question des représentations dominantes, ajoutons la reconnaissance

favorable de certaines franges de la population de DIM, la situation particulière des migrants de France, mais la position apparemment moins favorisée des femmes de ce même sous-groupe. Nous n'avons ouvert qu'une brèche sur le sujet, il y a encore beaucoup à faire. Ce qui nous amène à la dernière partie qui propose quelques pistes de recherche.

Pistes de recherches

Les pistes de recherches sont nombreuses. Retenons celles qui nous ont semblé prometteuses, qui n'ont pas été approfondies pour des questions d'espace ou de choix, ou qui ont émergé plus tardivement du terrain ou des analyses sans suffisamment de données pour les étayer.

Un choix difficile, pour une question d'espace, fut de ne pas traiter des effets de la précarité et de l'incertitude dans la vie des DIM rencontrés, au quotidien, dans le rapport à l'avenir et au niveau des relations interpersonnelles. Sauf exception, toutes les catégories de DIM ont été touchées de près ou de loin, à court ou long terme, tandis que les DIM aspirant à la résidence ou en cours de résidence en sont très affectés. Cette dimension a été très poignante. Les représentations recueillies sur le sujet au cours de notre terrain sont abondantes et nourriraient aisément la rédaction d'un article supplémentaire.

Des données plus nombreuses auraient été requises afin d'approfondir la question du genre et celle de la réorientation. Concernant le genre, notre population à l'étude étant très diversifiée, les données n'étaient pas suffisantes pour relever spécifiquement les effets de l'intersection du genre et de l'ethnicité. Plusieurs indices pointent vers certains défis particuliers des femmes dans nos données, en termes matériels ou subjectifs. Les récits de vie professionnelle ont témoigné de la façon différente dont les femmes ont vécu cette conciliation travail-famille et les tensions qu'elles ressentent par rapport au couple ou la famille. Ces aspects mériteraient une étude en soi. De même, concernant la réorientation, plus de données auraient été requises pour nuancer et consolider la compréhension des trajectoires de DIM opérant une transition de carrière au niveau universitaire ou au contraire technique. Encore une fois, des pistes assez solides ont été relevées, mais des données plus fines sur les façons de vivre positivement les transitions professionnelles particulièrement pour des postes de niveau technique seraient judicieuses. Par exemple, il serait intéressant

de mener une recherche ultérieure sur les processus de réorientation professionnelle et la satisfaction au travail selon les milieux professionnels. La prise en compte des relations interprofessionnelles et du fonctionnement même de l'institution médicale ajouterait un éclairage au vécu professionnel des DIM.

Pour des recherches ultérieures, la forte mobilité spatiale de ces migrants très qualifiés mériterait un approfondissement. Que ce soit en menant des recherches multi-sites, ou en suivant leurs trajectoires de mobilité spatiale, que ce soit au niveau international (les migrations de retour ou dans des pays tiers) ou au niveau local (entre les provinces canadiennes ou entre les municipalités au Québec). Les stratégies de mobilité pourraient être également mises en lien avec les stratégies familiales. Dans une veine similaire, des recherches comparatives – internationales ou interprovinciales – permettraient de faire émerger les spécificités des milieux. Peu de travaux comparatifs se basant sur des recherches qualitatives ont été menés sur les migrants diplômés en santé ou spécifiquement en médecine. Ces comparaisons permettraient de mettre en lumière les effets du contexte structurel sur les trajectoires professionnelles, ce qui renforce l'intérêt à approfondir la question de l'influence de l'accessibilité des ressources institutionnelles sur les trajectoires d'intégration en emploi. Par exemple, au Canada, le processus de reconnaissance professionnelle étant géré au provincial, y aurait-il d'autres provinces sur lesquelles s'inspirer au Québec? Ou bien, les parcours très contrastés de DIM s'observent-ils dans d'autres pays? Sur quels éléments ces contrastes opèrent-ils? Il serait également intéressant d'approfondir au plan comparatif les effets des discours officiels sur les trajectoires d'intégration : observons-nous des discours similaires de flexibilité professionnelle?

Ajoutons l'intérêt d'avoir accès à davantage d'informations précises de nature quantitatives, que ce soit pour les DIM en pratique médicale dans le système de santé ou pour les DIM qui se sont réorientés. Aussi, compte tenu de la nature dynamique du processus d'intégration professionnelle, une étude de type longitudinale permettrait de grandement bonifier notre compréhension du devenir professionnel de migrants s'établissant au Québec, en particulier les DIM.

Pour terminer, il nous a souvent été demandé de créer des boîtes à outils ou des procéduriers pour orienter les DIM dans le dédale des démarches. Il est vrai qu'au summum de notre terrain nous avons eu le privilège d'avoir une vision d'ensemble des acteurs et des stratégies que les DIM disaient prometteuses. Cependant, les acteurs, les programmes en

place, parfois les règles et procédures changent régulièrement (parfois pour le mieux). Tandis que des organisations, comme l'Association des médecins gradués de l'étranger au Québec (AMEQ), se sont donné ce rôle d'accompagnement pour les aspirants à la résidence et qu'un organisme montréalais a le mandat d'appuyer les DIM au cours de leur transition de carrière (CREMCV), nous ne pouvons que promulguer l'importance de travailler en réseau et de se rapprocher d'autres migrants à même de contaminer positivement sa route à mener pour la reconnaissance... Dans le même souffle, plutôt que la responsabilité diluée constatée présentement, espérons que les différents acteurs des milieux de la reconnaissance professionnelle des DIM en viennent à une réelle responsabilité partagée, transparente et cohérente.

BIBLIOGRAPHIE GLOBALE

- ACTION TRAVAIL DES FEMMES (2009). *La reconnaissance des diplômes et des compétences : difficultés et impacts chez les femmes immigrantes. Rapport de recherche-action*. 130 p. [en ligne] [www.atfquebec.ca/files/atf-06.2009-rapport-recherche-rac.pdf] (consulté le 2014-05-02)
- AGIER, Michel (2013). « Le tournant contemporain de l'anthropologie. Comprendre, encore, le monde qui nous entoure », *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, (1), p. 77-93. [en ligne] [<http://socio.revues.org/217?lang=en#toc>] (consulté le 12-03-2015)
- AKL, Elie A., Nancy MAROUN, Stella MAJOR, Bechara CHAHOUD et Holger J. SCHÜNEMANN (2007). « Graduates of Lebanese medical schools in the United States: an observational study of international migration of physicians », *BMC Health Services Research*, 7, p. 7-49.
- ALAMI, Sophie, Dominique DESJEUX et Isabelle GARABUAU-MOUSSAIOUI (2009). *Les méthodes qualitatives*. Presses universitaires de France, Paris, 126 p.
- ALLSOP, Judith, Ivy Lynn BOURGEAULT, Julia EVETTS, Thomas LE BIANIC, Kathryn JONES et Sirpa WREDE (2009). « Encountering Globalization: Professional Groups in an International Context », *Current Sociology*, 57 (4), p. 487-510. [en ligne] [<http://csi.sagepub.com/cgi/content/abstract/57/4/487>] (consulté le 15-11-2009)
- APPADURAI, Arjun (1996). « Global ethnoscapes: Notes and queries for a transnational anthropology », *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis, p. 48-66.
- ARCAND, Sébastien, Annick LENOIR-ACHDJIAN et Denise HELLY (2009). « Insertion professionnelle d'immigrants récents et réseaux sociaux: le cas des Maghrébins à Montréal et Sherbrooke », *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 34 (2), p. 373-402. [en ligne] [<http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/CJS/article/viewFile/1327/5381>] (consulté le 08-12-2009)
- ARCHER, Margaret S. (1998). « Théorie sociale et analyse de la société », *Anthropologie et Sociétés*, 30 (1), p. 9-22.
- ASSOCIATION DES MÉDECINS GRADUÉS DE L'ÉTRANGER AU QUÉBEC (AMEQ) (2008). « Communiqué », Association des médecins gradués de l'étranger au Québec (AMEQ). Montréal. [en ligne] [www.centreafrica.com/medecinsetrangers02.htm] (consulté le 08-12-2009)
- AUDAS, Rick, Amanda ROSS et David VARDY (2004). « Role on International Medical Graduates in the Provision of Physician Services in Atlantic Canada », *Conference, Halifax*, Atlantic Metropolis, Leslie Harris Centre of Regional Policy and Development, November 18, 2004, 14 p. [en ligne] [<http://atlantic.metropolis.net/event/HalifaxNov04/Papers/Economic%20Integration%20Port%20royal%20D%20Friday%201030%20-%201230/Rick%20Audas'%20Presentation.ppt>] (consulté le 27-10-2008)
- (2005). « The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 173 (11), p. 1315-1316. [en ligne] [www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/11/1315] (consulté le 28-07-2007)
- AUGÉ, Marc (1994). *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Flammarion, Paris, 195 p.
- (2006). *Le métier d'anthropologue. Sens et liberté*. Galilée, Paris, 66 p.
- (2010). « Une anthropologie pour un monde urbain (propos recueillis par C. Van der Poel) », *Tracés – Bulletin technique de la suisse romande*, 136 (13/14), p. 6-9. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.5169/seals-109682>] (consulté le 20-12-2011)

- AUGÉ, Marc et Jean-Paul COLLEYN (2004). *L'anthropologie*. Presses universitaires de France, Paris, 125 p.
- AVRIL, Christelle, Marie CARTIER et Delphine SERRE (2010). *Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits*. La Découverte, Paris, 283 p.
- BAKER, Stephen R., Humaira CHAUDHRY et Gauri S. TILAK (2007). « Indian Radiologists in the United States: Hierarchical Distribution and Representation », *Journal of the American College of Radiology*, 4 (4), p. 234-239.
- BALDACCHINO, Godfrey et Michelle HOOD (2008). *Challenges faced by Internationally Educated Health Professionals on Prince Edward Island: Stories and Voices. A Research Report for IEHP Atlantic Connection*. IEHP Atlantic Connection Internationally Educated Health Professionals Initiative (IEHPI), Health Canada, 69 p. [en ligne] [http://atlantic.metropolis.net/ResearchPolicy/IEHP_Study-Final-Feb2008.pdf] (consulté le 27-10-2008)
- BAMBA, Moustapha (2012). *Analyse des services et stratégies d'aide en emploi des organismes communautaires auprès des nouveaux immigrants issus des minorités visibles à Montréal*. Doctorat en Études urbaines, Université du Québec à Montréal, Montréal, 425 p. [en ligne] [www.archipel.uqam.ca/5376/] (consulté le 08-08-2014)
- BARDAI, Anas (2010). *L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants*. Maîtrise en Administration des services de santé, Université de Montréal, Montréal, 114 p. [en ligne] [<http://hdl.handle.net/1866/4549>] (consulté le 17-05-2011)
- BARER, Morris L. et Greg L. STODDART (1992). « Toward integrated medical resource policies for Canada: 4. Graduates of foreign medical schools », *Canadian Medical Association Journal*, 146 (9), p. 1549-1554. [en ligne] [www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=1571866] (consulté le 28-07-2007)
- BARER, Morris L. et William A. WEBBER (1999). *Immigration and emigration of physicians to/from Canada*. Health Human Resources Unit Research Reports, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 28 p. [en ligne] [www.chspr.ubc.ca/hhru/pdf/hhru99-06.pdf] (consulté le 22-12-2006)
- BASOK, Tanya (1997). « Part III Destination Canada. The admission and licensing of immigrant physicians in Canada / Occupational experiences of Soviet immigrant physicians in Canada », in Judith T. Shuval et Judith H. Bernstein (éd.), *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*, Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, p. 81-115.
- BATALOVA, Jeanne et Lindsay B. LOWELL (2006). « "The best and the brightest": Immigrant professionals in the U.S. », in Michael P. Smith et Adrian Favell (éd.), *The human face of global mobility : international highly skilled migration in Europe, North America and the Asia-Pacific*, Transaction Publishers, New Brunswick, NJ, p. 81-101.
- BAUMAN, Zygmunt (1999). *Le coût humain de la mondialisation*. Hachette Littératures, Paris, 204 p.
- (2004). *Identity : conversations with Benedetto Vecchi*. Polity Press, Cambridge, UK; Malden, MA, 104 p.
- (2006a). *Vies perdues : la modernité et ses exclus*. Payot, Paris, 254 p.
- (2006b). « Vivre dans la "modernité liquide". Entretien avec Zygmunt Bauman (propos recueillis par X. De la Vega) », in Xavier Molénat (éd.), *L'individu contemporain : regards sociologiques*, Éditions Sciences humaines, Auxerre, p. 115-124.

- BECKER, Howard Saul, Blanche GEER, Everett C. HUGHES et Anselm L. STRAUSS (2007 [1961]). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. 10e éd., Transaction Publishers, New Brunswick (USA)/London (UK), 456 p.
- BÉDARD, Jean-Luc (2014). « Mutual recognition arrangements between France and Quebec: innovating on the transnational professional front », *International Journal of Migration and Border Studies*, 1 (1), p. 127-134. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.1504/IJMS.2014.065065>] (consulté le 02-11-2014)
- BELKHODJA, Chedly, Éric FORGUES, Isabelle GABOURY, Josée GUIGNARD NOËL, Boniface BAHY, Christiane NKOLO et Nada TAWIL (2009). *L'intégration des diplômés internationaux en santé francophones dans les communautés francophones en situation minoritaire. Rapport final de recherche*. Consortium national de formation en santé & Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 63 p. [en ligne] [www.risf.ca/donne/docs_rapport/Rapport%20CNFS%20diplomes%20internationaux.pdf] (consulté le 14-05-2012)
- BELLANGE, Tetchena (2010). « Médecins sans résidence ». In *La Tête de l'emploi*, ONF. Montréal. [en ligne] [www.onf.ca/film/medecins_sans_residence/] (consulté le 04-08-2011)
- BELLUZ, Julia (2012a). « Why do IMGs see more discipline cases? », *The Medical Post*, 48 (6), p. 8-13.
- BERNARD, André (2008). « Les immigrants dans les régions », *L'emploi et le revenu en perspective. Revue de Statistique Canada*, (75-001-X au catalogue), p. 5-16. [en ligne] [www.statcan.ca/francais/freepub/75-001-XIF/75-001-XIF2008101.htm] (consulté le 27-03-2008)
- BERNSTEIN, Judith H. et Judith T. SHUVAL (1998). « The occupational integration of former Soviet physicians in Israel », *Social Science & Medicine*, 47 (6), p. 809-819. [en ligne] [www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-3T3SS6V-1K/2/5914873d240e76e3a4139e55c39fd78] (consulté le 24-06-2007)
- (1999). « Gender Differences in the Process of Occupational Integration of Immigrant Physicians in Israel », *Sex Roles - A Journal of Research*, 40 (1-2), p. 1-23.
- BERSET, Alain, Serge-Alexandre WEYGOLD, Olivier CREVOISIER et François HAINARD (1999). « Qualification-déqualification professionnelle des immigrants. Approche théorique », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 15 (3), p. 87-100.
- BEYNON, June, Roumiana ILIEVA et Marela DICHUPA (2004). « Re-credentialling experiences of immigrant teachers: negotiating institutional structures, professional identities and pedagogy », *Teachers and Teaching: Theory and Practice* 10 (4), p. 429-444.
- BIBEAU, Gilles (2005). « Le 'capital social' : vicissitudes d'un concept », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10 (2), p. 134-168. [en ligne] [www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/rupvol102.pdf#page=134] (consulté le 05-02-2009)
- (2009). « Penser notre responsabilité à l'égard du monde », in Francine Saillant (éd.), *Réinventer l'anthropologie? Les sciences de la culture à l'épreuve des globalisations*, Liber, Montréal, p. 237-249.
- (2012). « La mondialisation au singulier pluriel: penser la santé mondiale en anthropologie », in José Carlos Suárez-Herrera et Marie-Jeanne Blain (éd.), *La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques*, ACFAS, Montréal, p. 63-79. [en ligne] [www.academia.edu/3618055/La_recherche_en_sante_mondiale._Perspectives_socio-anthropologiques] (consulté le 12-09-2012)

- BIBEAU, Gilles et Ellen CORIN (1995). « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale », in François Trudel, Paul Charest et Yvan Breton (éd.), *La construction de l'anthropologie québécoise*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, p. 105-148. [en ligne]
[http://classiques.uqac.ca/contemporains/bibeau_gilles/culturaliser_epidemiologie/culturaliser_epidemiologie.pdf] (consulté le 02-03-2010)
- BLAIN, Marie-Jeanne (2005). « Parcours d'immigrants universitaires colombiens dans la région des Laurentides : déclassement professionnel et stratégies identitaires », *Cahiers du GRES/Série Diversité urbaine*, 5 (1), p. 81-100. [en ligne] [www.erudit.org/revue/LCG/2005/v5/n1] (consulté le 05-06-2006)
- (2006). *Trajectoires socioprofessionnelles et processus identitaires en contexte de migration: de la Colombie au Québec (dans les Laurentides)*. Maîtrise en Anthropologie, Université de Montréal, Montréal, 215 p.
- BLAIN, Marie-Jeanne, Sylvie FORTIN et Fernando ALVAREZ (2014). « Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 30 (3&4), p. 139-162. [en ligne] [<http://remi.revues.org/7021>]
- (2016). « Professional Journeys of International Medical Graduates in Quebec: Recognition, Uphill Battles, or Career Change », *Journal of International Migration and Integration (JIMI)*, First online: 23 January 2016. DOI 10.1007/s12134-016-0475-z, p. 1-25. [en ligne]
[<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12134-016-0475-z>]
- BLAIN, Marie-Jeanne, José Carlos SUÁREZ-HERRERA et Sylvie FORTIN (2012). « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale », *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(5), p. 1-16. [en ligne] [<http://anthropologiesante.revues.org/973>]
- BORMAN, Edwin (2004). « Refugee doctors in the UK », in Neil Jackson et Yvonne Carter (éd.), *Refugee doctors. Support, development and integration in the NHS*, Radcliffe Publishing, Oxford, San Francisco, p. 21-29.
- BOURDIEU, Pierre (1980). *Le sens pratique*. Les Éditions de Minuit, Paris, 475 p.
- (2001). *Science de la science et réflexivité : cours du Collège de France, 2000-2001*. Raisons d'agir, Paris, 237 p.
- (2006 [1980]). « Le capital social. Notes provisoires », in Antoine Bevort et Michel Lallement (éd.), *Le capital social : performance, équité et réciprocité*, La Découverte : M.A.U.S.S., Paris, p. 31-34.
- BOURGEAULT, Ivy Lynn (2005). « On the move: A Comparative Examination of the Migration of Physicians and Nurses into and out of Canada, the US, the UK, and Australia », *Canadian Economics Association Conference on Health Human Resources*, McMaster University, May 27 & 28, 13 p. [en ligne] [www.cerf.mcmaster.ca/conferences/May2005/Bourgeault_cerf05.pdf] (consulté le 22-12-2006)
- (2007). « Brain Drain, Brain Gain and Brain Waste. Programs Aimed at Integrating and Retaining the Best and the Brightest in Health Care », *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*, (printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger), p. 96-99. [en ligne]
[www.unitar.org/ny/sites/unitar.org.ny/files/foreign%20credentials.pdf] (consulté le 10-02-2010)
- BOURGEAULT, Ivy Lynn et Elena NEITERMAN (2013). « Integrating International Medical Graduates: The Canadian Approach to the Brain Waste Problem », in Triadafilos Triadafilopoulos (éd.), *Wanted and Welcome? Policies for Highly Skilled Immigrants in Comparative Perspective*, Springer, New York, p. 199-217.

- BOURGEAULT, Ivy Lynn, Elena NEITERMAN, Jane LEBRUN, Ken VIERS et Judi WINKUP (2010). *Brain Gain, Drain & Waste: The Experiences of Internationally Educated Health Professionals in Canada*. CIHR/Health Canada Chair in health human resource policy, University of Ottawa, octobre, 124 p. [en ligne]
[www.cleanafrica.org/clean/images/stories/resources/05_BRAIN%20GAIN,%20DRAIN%20%26%20WASTE%20by%20Bourgeault%20et%20al.pdf] (consulté le 12-02-2011)
- BOYD, Monica (2000). *Matching Workers to Work: the Case of Asian Immigrant Engineers in Canada*. The Center for Comparative Immigration Studies. University of California-San Diego, 23 p. [en ligne] [www.ccis-ucsd.org/PUBLICATIONS/wrkg14.PDF] (consulté le 06-02-2002)
- (2013). « Accreditation and the Labor Market Integration of Internationally Trained Engineers and Physicians in Canada », in Triadafilos Triadafilopoulos (éd.), *Wanted and Welcome? Policies for Highly Skilled Immigrants in Comparative Perspective*, Springer, New York, p. 165-197.
- BOYD, Monica et Grant SCHELLENBERG (2007). *Réagrément et professions des médecins et ingénieurs immigrants*. Statistique Canada, Tendances sociales canadiennes, 11 p.
- BOYD, Monica et Derrik THOMAS (2001). « Match or mismatch? The employment of immigrant engineers in Canada's labor force », *Population Research & Policy Review*, 20 (1-2), p. 107-133.
- BOZZINI, Luciano et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS (1977). « La pratique médicale au Québec : mythes et réalités », *Sociologie et sociétés*, 9 (1), p. 33-54.
- BURCH, Judy (2009). « Les droits de la personne à l'école », Vol. 2009, La Commission des droits de la personne du Manitoba. Winnipeg, Brandon, Le Pas. [en ligne]
[www.gov.mb.ca/hrc/francais/publications/ecole/annexe1.html] (consulté le 10-05-2009)
- BUSCATTO, Marie (2010). *La fabrique de l'ethnographe : dans les rouages du travail organisé*. Octarès Éditions, Toulouse, 168 p.
- CABANES, Robert (2000b). « L'anthropologie du travail au 21e siècle », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), p. 79-94. [en ligne] [<http://id.erudit.org/iderudit/015637ar>] (consulté le 20-06-2002)
- CAMILLERI, Carmel, Joseph KASTERSZTEIN, Edmond Marc LIPIANSKI, Hanna MALEWSKA-PEYRE, Isabelle TABOADA-LEONETTI et Ana VASQUEZ (2002 [1990]). *Stratégies identitaires*. 4e édition, Presses Universitaires de France, Paris, 232 p.
- CAMO PERSONNES IMMIGRANTES (2000). *Rapport annuel 1999-2000*. 39 p. [en ligne] [www.camo-pi.qc.ca] (consulté le 15-08-2006)
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) (2009). *International Medical Graduates in Canada : 1972 to 2007*. 25 p. [en ligne] [<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC499>] (consulté le 24-05-2011)
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (CMA) (2007b). *Statistical Information on Canadian Physicians: Active Physicians by Country of MD Graduation, Canada, 1994-2007*. Source: CMA Masterfile, January, 4 p. [en ligne] [www.cma.ca/index.cfm/ci_id/16959/la_id/1.htm#1] (consulté le 24-06-2007)
- CANADIAN RESIDENT MATCHING SERVICE (CARMS) (2011). *Rapports & Statistiques - Rapports des jumelages R-1 - 2011* p. [en ligne] [www.carms.ca/fre/operations_R1reports_11_f.shtml] (consulté le 04-06-2012)
- (2012). « International Medical Graduates. Match Results for IMGs by Discipline Preference. 2012 R-1 Main Residency Match - First iteration ». [en ligne]
[www.carms.ca/assets/upload/pdfs/2012R1_MatchResults/12_Match%20Results%20for%20the%20IMGs%20by%20Discipline_en.pdf] (consulté le 15-11-2013)
- (2013). « 2013 R-1 Match. Table 50: IMGs by Region of Graduation ». [en ligne] [www.carms.ca] (consulté le 15-11-2013)
- (2014). « 2014 R-1 Match. Table 50: IMGs by Region of Graduation ». [en ligne] [www.carms.ca] (consulté le 10-12-2014)

- CANADIAN TASK FORCE OF INTERNATIONAL MEDICAL GRADUATE LICENSURE (2004). *Report of the Canadian Task Force of International Medical Graduate Licensure*. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources, feb., 37 p. [en ligne] [www.aipso.ca/Task%20Force%20Final%20Report.pdf] (consulté le 28-07-2007)
- CARDE, Estelle (2007). « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 2 (19), p. 99-109. [en ligne] [www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-2-page-99.htm] (consulté le 25-08-2009)
- CARDU, Hélène et Mélanie SANSCHAGRIN (2002). « Les femmes et la migration : les représentations identitaires et les stratégies devant les obstacles à l'insertion socioprofessionnelle à Québec », *Recherches féministes*, 15 (2), p. 87-122. [en ligne] [www.erudit.org/revue/RF/2002/v15/n2/006512ar.pdf] (consulté le 12-01-2004)
- CHAMPAGNE, Sara (2010). « Québec facilitera l'intégration des médecins étrangers ». *La Presse*, 15 janvier. [en ligne] [www.lapresse.ca/actualites/sante/201001/15/01-939515-quebec-facilitera-lintegration-des-medecins-etrangers.php] (consulté le 12-02-2013)
- CHEEK, Julianne et Sam PORTER (1997). « Reviewing Foucault: possibilities and problems for nursing and health care », *Nursing Inquiry*, 4 (2), p. 108-119. [en ligne] [http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.1997.tb00084.x] (consulté le 04-03-2009)
- CHICHA, Marie-Thérèse (1989). *Discrimination systémique, fondement et méthodologie des programmes d'accès à l'égalité en emploi*. Les Éditions Yvon Blais inc., Cowansville, 197 p.
- (2002). « La gestion de la diversité: l'étroite interdépendance de l'équité et de l'efficacité », *Effectif*, 5 (1), p. 18-27.
- (2009). *Le mirage de l'égalité: les immigrées hautement qualifiées à Montréal*. La fondation canadienne des relations raciales, Septembre, 136 p. [en ligne] [www.cc-femmes.qc.ca/documents/MTChicha_MirageEgalite.pdf] (consulté le 10-01-2009)
- (2012). « Discrimination systémique et intersectionnalité : la déqualification des immigrantes à Montréal », *Canadian Journal of Women and the Law/Revue Femmes et Droit*, 24 (1), p. 82-113. [en ligne] [http://dx.doi.org/10.3138/cjwl.24.1.082] (consulté le 07-01-2013)
- CHICHA, Marie-Thérèse et Éric CHAREST (2008). *L'intégration des immigrés sur le marché du travail à Montréal : politiques et enjeux*. Choix IRPP, IRPP - Institute for Research on Public Policy/ Institut de recherche en politiques publiques, 62 p. [en ligne] [www.irpp.org] (consulté le 08-10-2008)
- CHISWICK, Barry, Yew LIANG LEE et Paul MILLER (2003). « Patterns of Immigrant Occupational Attainment in a Longitudinal Survey. », *International Migration*, 41 (4), p. 47-69.
- CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA (CIC) (2008). *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration, 2008*. Gouvernement du Canada, 63 p. [en ligne] [www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/immigration2008_f.pdf] (consulté le 02-01-2009)
- (2011). *Communiqué – La catégorie de l'expérience canadienne attire les meilleurs et les plus brillants au Canada*. CIC – Relations avec les médias, 1 p. [en ligne] [www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiques/2011/2011-11-02a.asp] (consulté le 20-11-2011)
- (2014). *Canada, faits et chiffres 2013. Aperçu de l'immigration: résidents permanents et temporaires*. Recherche et évaluation, Gouvernement du Canada, 2 p. [en ligne] [www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2013/temporaires/1-1.asp] (consulté le 02-04-2015)
- CLARKSON, May (2005). « La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire », *Santé, Société et Solidarité*, p. 121-128. [en ligne] [www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2005_num_4_1_1032] (consulté le 28-08-2009)

- CLEF POUR L'INTÉGRATION AU TRAVAIL DES IMMIGRANTS (CITIM) (2015). « Réalisations : Depuis 2004 – Programme d'intégration des diplômés en génie de l'étranger (PPIDGE) ». [en ligne] [www.citim.org/a-propos/diplomes-en-genie-et-sciences-appliquees/]
- CLIFF, Diana et John EVERSLEY (2004). « Developing alternative roles for refugee doctors », in Neil Jackson et Yvonne Carter (éd.), *Refugee doctors. Support, development and integration in the NHS*, Radcliffe Publishing, Oxford, San Francisco, p. 175-182.
- COBURN, David et Evan WILLIS (2003 [2000]). « The medical profession: Knowledge, power and autonomy », in Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick et Susan Scrimshaw (éd.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Sage, London, p. 377-393.
- COGNET, Marguerite (2004a). « La vulnérabilité des immigrés: analyse d'une construction sociale », in Francine Saillant, Michèle Clément et Charles Gaucher (éd.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Nota bene, Québec, p. 155-188.
- (2004b). « L'accès à l'emploi dans les services de santé : l'effet de la dimension ethnique », in Jean Renaud, Annick Germain et Xavier Leloup (éd.), *Racisme et discrimination. Permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*, Les presses de l'Université Laval, St-Nicholas, p. 60-86.
- COGNET, Marguerite et Sylvie FORTIN (2003). « Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé », *Lien social et Politiques - RIAC*, 49 (Des sociétés sans classes?) (printemps), p. 155-172.
- COGNET, Marguerite et Laurent RAIGNEAU (2002). « Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé », *Les Cahiers du GRES*, 3 (1), p. 25-38.
- COKER, Naaz (ed.) (2001). *Racism in Medicine: An Agenda for Change*. King's Fund, London, Great Britain, 241 p.
- COLLECTIF (2004). « Professions de santé et emplois protégés, numéro spécial », *Migrations société*, 16 (95), p. 29-150.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) (2008a). *Médecins diplômés à l'étranger: le Québec se compare avantageusement à l'Ontario*. Communiqué de presse, le 17 juin 2008, 2 p. [en ligne] [<http://www.cmq.org/>] (consulté le 20-12-2008)
- (2010a). « Répartition des médecins inscrits au tableau selon le lieu d'obtention de leur diplôme en médecine ». Montréal. [en ligne] [www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/~media/624764E63A704CF7A5B71BE68FB2AF5D.ashx?51124]
- (2010c). « Prolongations : comparaison entre les résidents DHCEU et les résidents non-DHCEU du contingent régulier des cohortes 1994 à 2007, dans des programmes de formation postdoctorale en médecine familiale ou spécialisée, au 30 juin 2009 ». Montréal. [en ligne] [www.cmq.org]
- (2013). « Statistiques. Les médecins du Québec - Répartition au 31 mai 2013 ». Montréal. [en ligne] [www.cmq.org]
- (2014). « Statistiques. Les médecins du Québec - Répartition au 31 décembre 2013 ». Montréal. [en ligne] [www.cmq.org]
- (2014b). « Entente Québec-France ». [en ligne] [www.cmq.org/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/EntenteFranceQc.aspx]
- (2015b). « Examens requis, mise à jour 1er déc. 2015 ». [en ligne] [www.cmq.org/page/fr/les-examens-requis.aspx]
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) et ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES MÉDECINS EN PERMIS RESTRICTIFS ET RÉGULARISÉS (AQMPR) (2014). *Communiqué. Dissolution de l'Association québécoise des médecins en permis restrictifs et régularisés*. 2 p. [en ligne] [www.cmq.org/fr-CA/Public/Profil/Commun/Nouvelles/2014/2014-03-25.aspx] (consulté le 5-10-2014)

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (FRANCE) et ORDRE DES MÉDECINS DE FRANCE (2009). *Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins, entre le Collège des médecins du Québec et la ministre de la Santé et des Sports et le Conseil national de l'Ordre des médecins de France*. 21 p. [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/arm/ARM-medecins.pdf]
- COLLINS, John (2012). *New normalising: A grounded theory of the transition for migrant health care professionals*. Doctor of Philosophy en School of Education Studies, Dublin City University, Dublin, 222 p. [en ligne] [<http://doras.dcu.ie/16777/>] (consulté le 19-05-2012)
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE DU QUÉBEC (CDPDJ) (2010b). *Victimes d'un traitement discriminatoire, les médecins formés à l'étranger n'ont pas un accès réel aux postes en résidence*. Communiqué. Gouvernement du Québec, 3 p. [en ligne] [www2.cdpdj.qc.ca/communiqués/Documents/communiqué_medecins%20étrangers%202010.pdf] (consulté le 02-01-2011)
- (2010c). *Communiqué : Victimes d'un traitement discriminatoire, les médecins formés à l'étranger n'ont pas un accès réel aux postes en résidence. Annexe : Parcours comparatifs entre les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) et les médecins diplômés au Canada et aux États-Unis (DCEU) pour l'accès à un poste en résidence en 2007*. Gouvernement du Québec, 1 p. [en ligne] [www2.cdpdj.qc.ca/communiqués/Documents/tableau%20cheminement15nov.pdf] (consulté le 02-01-2011)
- (2010d). « Dossier: MTL-018303. Enquête de la propre initiative de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, en vertu de l'article 71 1° de la Charte des droits et libertés de la personne ». In *Parties en cause : Ministère de la Santé et des Services sociaux - et-Collège des médecins du Québec -et- Université de Montréal -et- Université Laval -et- Université de Sherbrooke -et- Université McGill*. Responsables de l'enquête : Diane Archambault, Nicolae-Dan Tanoviceanu, ed. Gouvernement du Québec. Montréal, 16 p. [en ligne] [www2.cdpdj.qc.ca/communiqués/Documents/Communication_resolution_COM_559_5_1_1_Arial.pdf] (consulté le 02-01-2011)
- (2010e). « File : MTL-018303. Investigation on its own initiative of the Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, in accordance with section 71(1) of the Charter of Human Rights and Freedoms ». In *Respondents : Ministère de la Santé et des Services sociaux -and-Collège des médecins du Québec -et- Université de Montréal -and- Université Laval -and- Université de Sherbrooke -and- Université McGill*. Persons in charge of the investigation : Diane Archambault, Nicolae-Dan Tanoviceanu, ed. Gouvernement du Québec. Montréal, 17 p. [en ligne] [http://www.cdpdj.qc.ca/Documents/traduction_resolution_anglais_m%C3%A9decins%20%C3%A9trangers.pdf] (consulté le 02-01-2011)
- (2013). « Les médecins formés à l'étranger toujours victimes de discrimination. Communiqué ». Montréal, le 14 août 2013 [en ligne] [www.cdpdj.qc.ca/fr/medias/Pages/Communiqué.aspx?showItem=584]
- COMMONWEALTH MINISTERS OF HEALTH (2003). *Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers*. 4 p. [en ligne] [www.thecommonwealth.org/]
- COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (CMM) (2013). « Sociodémographie. Perspective Grand Montréal », *Bulletin de la Communauté métropolitaine de Montréal*, 24, p. 1-8. [en ligne] [http://cmm.qc.ca/fileadmin/user_upload/periodique/24_Perspective.pdf] (consulté le 18-09-2014)

- CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ) (2006). *Recension des bonnes pratiques en matière de reconnaissance d'une équivalence de diplôme de formation acquis hors du Québec*. Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), 35 p. [en ligne] [www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/documentRecension.pdf] (consulté le 27-10-2008)
- (2012). « Les professions réglementées ». Montréal. [en ligne] [www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/visualiser/id/62]
- CRESPO, Stéphane (1993). *Recouvrement du statut professionnel antérieur à la migration dans une cohorte de nouveaux immigrants*. Mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Montréal, Montréal, 103 p.
- CRUTCHER, Rodney A., Sandra R. BANNER, Olga M. SZAFRAN et Mamoru WATANABE (2003). « Characteristics of international medical graduates who applied to the CaRMS 2002 match », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 168 (9), p. 1119-1123. [en ligne] [www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=153680] (consulté le 27-01-2007)
- CRUTCHER, Rodney, Peggy MANN, John BAUMBER, Marianna HOFMEISTER et Heather ARMSON (2011). « The merging of cultures. The Alberta international medical graduate program experience », in Earle H. Waugh, Olga Szafran et Rodney A. Crutcher (éd.), *At the Interface of Culture and Medicine*, University of Alberta Press, Edmonton, Alberta, 296 p.
- DAOUST-BOISVERT, Amélie (2014). « Revenu des médecins. Aucun domaine médical sous la barre des 200 000 \$ », *Le Devoir* (15 juillet), p. 3. [en ligne] [www.ledevoir.com/societe/sante/413464/revenu-des-medecins-aucun-domaine-medical-sous-la-barre-des-200-000] (consulté le 10-05-2015)
- DAUPHINEE, W. Dale (2003). « Integrating International Medical Graduates into Health Care Delivery in Canada: Attempting to Resolve Years of Discontinuity between Immigration Policy and Implementation Strategies in the Field », *International Medical Workforce Collaborative 7th Annual Conference*, Oxford, UK. 7 p. [en ligne] [www.healthworkforce.health.nsw.gov.au/amwac/amwac/pdf/IMGs_policies_Canada.pdf] (consulté le 28-07-2007)
- (2005). « Physician migration to and from Canada: The challenge of finding the ethical and political balance between the individual's right to mobility and recruitment to underserved communities », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 25 (1), p. 22-29. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.1002/chp.5>] (consulté le 22-12-2006)
- (2007). « Credentials Recognition in Medicine. History, Progress and Lessons », *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*, (printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger), p. 100-103.
- DECKER, Karola (2001). « Overseas doctors: past and present », in Naaz Coker (éd.), *Racism in Medicine: An Agenda for Change*, King's Fund, London, Great Britain, p. 23-57.
- DELVECCHIO GOOD, Mary-Jo et Seth HANNAH (2010). « Medical culture », in John R. Hall, Laura Grindstaff et Ming-Cheng Lo (éd.), *Handbook of cultural sociology*, Routledge, London; New York, p. 458-469.
- DEMAZIÈRE, Didier (2011). « L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui », *Recherches qualitatives*, 30 (1), p. 61-83. [en ligne] [www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero30%281%29/RQ_30%281%29_Demaziere.pdf] (consulté le 22-01-2015)
- DEMAZIÈRE, Didier et Claude DUBAR (2004). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. Les Presses de l'Université Laval, St-Nicolas, 350 p.

- DEMEUSE, Marc (2002). « Mesurer le capital humain: qu'y a-t-il dans la "boîte noire"? », in David De la Croix, Frédéric Docquier, Christine Mainget, Sergio Perelman et Étienne Wasmer (éd.), *Capital humain et dualisme sur le marché du travail. Collection du Service des études et de la statistique du Ministère de la Région wallonne*, Éditions de Boeck, Bruxelles, p. 239-258.
- DENOUR, Linda et Rémi JUNKER (1995). « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 11 (3), p. 145-166. [en ligne] [<http://remi.revues.org/document2746.html>] (consulté le 11-06-2006)
- (1999). « Médecins étrangers des hôpitaux publics: Une reconnaissance progressive. Immigration la dette à l'envers », *Hommes & migrations*, (1221), p. 41-55.
- DESJEU, Dominique (2006). « La question des échelles d'observation en sciences humaines appliquées au domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, no. 85 (juin), p. 14-21. [en ligne] [<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/85/14.pdf?GK1MQ-M464J-14MD4-8X97X-M8316>] (consulté le 12-02-2009)
- DUBAR, Claude (1995). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. 2e éd., Armand Colin, Paris, 276 p.
- DUBAR, Claude et Pierre TRIPIER (2005). *Sociologie des professions*. 2e édition (1ère éd. 1998), Armand Colin, Paris, 256 p.
- DUBET, François (2003). « Que faire des classes sociales? », *Lien social et Politiques - RIAC*, 49 (Des sociétés sans classes?) (printemps), p. 71-80.
- (2012). « Classes sociales et description de la société », *Revue française de socio-économie*, 2 (10), p. 259-264. [en ligne] [www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2012-2-p-259.htm] (consulté le 02-03-2014)
- DUGUAY, Nicolas (2012). « Médecins étrangers : au-delà du tabou », *Santé inc. Au service de la qualité de vie des médecins*, nov./déc. 2012 (16 nov. 2012), p. 1-5. [en ligne] [<http://santeinc.com/2012/11/medecins-etrangeurs-au-dela-du-tabou/>] (consulté le 20-10-2014)
- DUMAS-MARTIN, Antoine (2014). *L'Entente Québec-France et ses limites: le cas des médecins de famille*. maîtrise en École de politique appliquée, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 113 p. [en ligne] [<http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5445>] (consulté le 02-11-2014)
- DUMONT, Jean-Christophe et Olivier MONSO (2007). « PARTIE II. Adéquation entre formation et emploi : un défi pour les immigrés et les pays d'accueil », *Perspectives des migrations internationales 2007*, SOPEMI, OCDE, p. 141-170. [en ligne] [www.oecd.org/dataoecd/19/27/41562451.pdf] (consulté le 07-02-2009)
- DUMONT, Jean-Christophe et Pascal ZURN (2007a). « PARTIE III. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », *Perspectives des migrations internationales 2007*, SOPEMI, OCDE, p. 171-244. [en ligne] [www.who.int/hrh/migration/2007_rapport_annuel_mmigrations_internationales.pdf] (consulté le 20-11-2008)
- (2007b). « PART III. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration », *International Migration Outlook 2007*, SOPEMI, OECD, p. 161-228. [en ligne] [www.who.int/hrh/migration/2007_rapport_annuel_mmigrations_internationales.pdf] (consulté le 20-11-2008)
- DUMONT ROBILLARD, Myriam (2014). *Garantir un réel accès à la justice efficace aux travailleuses domestiques migrantes: obstacles systémiques et conceptualisation du droit-perspectives canadiennes et internationales*. Maîtrise en Droit international, Université de Montréal, 170 p. [en ligne] [<http://hdl.handle.net/1866/10365>] (consulté le 02-03-2015)

- DUSSAULT, Gilles (1985a). « Professionnalisation et déprofessionnalisation (Chapitre 28) », in Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (éd.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie.*, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, Québec, p. 605-616. [en ligne] [http://classiques.uqac.ca/contemporains/dussault_gilles/professionnalisation/professionnalisation_deprof.pdf] (consulté le 22-12-2008)
- (1985b). « Les effectifs sanitaires au Québec (Chapitre 27) », in Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (éd.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, Québec, p. 587-603. [en ligne] [http://classiques.uqac.ca/contemporains/dussault_gilles/effectifs_sanitaires_qc/effectifs_sanitaires_qc.pdf] (consulté le 27-06-2012)
- EID, Paul (éd.) (2009). *Pour une véritable intégration : droit au travail sans discrimination*. Fides, Montréal, 297 p.
- (2012). « Les inégalités 'ethnoraciales' dans l'accès à l'emploi à Montréal: le poids de la discrimination », *Recherches sociographiques*, 53 (2), p. 415-450.
- EVE, Michael (2002). « Deux traditions d'analyse des réseaux sociaux », *Réseaux*, (5), p. 183-212. [en ligne] [www.cairn.info/revue-reseaux-2002-5-page-183.htm] (consulté le 24-08-2012)
- FASSIN, Didier (2001). « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique (Chapitre 1) », in Bernard Hours (éd.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Karthala, Paris, p. 24-40. [en ligne] [www.amades.net/publications/txtligne/txt14/chap1.pdf] (consulté le 26-08-2007)
- (2002). « L'anthropologie politique de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier Fassin (entrevue réalisée par Danièle Carricaburu et Patrice Cohen) », *Innovations et sociétés*, (2), p. 9-16 [en ligne] [http://classiques.uqac.ca/contemporains/fassin_didier/anthropo_pol_de_la_sante/anthropo_pol_de_la_sante_texte.html] (consulté le 30-05-2009)
- FAVELL, Adrian, Miriam FELDBLUM et Michael P. SMITH (2006). « The human face of global mobility: a research agenda », in Michael P. Smith et Adrian Favell (éd.), *The human face of global mobility : international highly skilled migration in Europe, North America and the Asia-Pacific*, Transaction Publishers, New Brunswick, NJ, p. 1-25.
- FEDER-BUBIS, Paula (1997). « Patterns of professional commitment in the stories of immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel », in Judith T. Shoval et Judith H. Bernstein (éd.), *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*, Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, p. 61-80.
- FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC (FMRQ) (2009). *Pratiquer au Québec, historique des mesures de répartition des effectifs médicaux depuis 1980*. 15 mai 2009, 3 p. [en ligne] [www.fmrq.qc.ca/formation-medicale/info.cfm?noPageSiteInternet=78&cfgsection=pratiquerauquebec&cfgsoussection=historique] (consulté le 10-05-2009)
- FORTIN, Sylvie (2000b). *Pour en finir avec l'intégration...* Document de recherche, série 'Working Paper', Groupe de recherche ethnicité et société, Université de Montréal, 35 p. [en ligne] [<https://depot.erudit.org/id/000937dd>] (consulté le 05-01-2009)
- (2002a). *Trajectoires migratoires et espaces de sociabilité : Stratégies de migrants de France à Montréal*. Thèse de doctorat en Anthropologie, Université de Montréal, Montréal, 335 p.

- (2004). « Les enjeux et les défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste : réflexions théoriques », in S. de Plaeen (éd.), *Soins aux enfants et pluralisme culturel*, Éditions de l'Hôpital Ste-Justine, Montréal p. 87-105.
- (2015). « Between reason, science and culture: biomedical decision-making », *International Journal of Bioethics*, 4 (26), p. 39-56.
- FORTIN, Sylvie et Marie-Ève CARLE (2007). « Santé et pluralisme. Vers un nécessaire repositionnement de la culture dans l'espace clinique », *Bulletin de l'ARIC (Association pour la recherche interculturelle)*, 45, p. 5-19. [en ligne] [<http://unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICBulletin/2007No45/003.pdf>]
- FORTIN, Sylvie, Marie-Nathalie LEBLANC, Josiane LE GALL, Marie-Jeanne BLAIN et Géraldine MOSSIÈRE (2014). « Les migrants du Maghreb à Montréal : pratiques sociales et identitaires au quotidien (chapitre 1) », in Fasal Kanouté et Gina Lafortune (éd.), *L'intégration des familles d'origine immigrante. Les enjeux sociosanitaires et scolaires*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, p. 29-48.
- FORTIN, Sylvie et Serge MAYNARD (2015). « Diversity, Conflict, and Recognition in Hospital Medical Practice », *Culture, Medicine and Psychiatry*, (july 1st), p. 1-17. [en ligne] [DOI 10.1007/s11013-015-9461-8] (consulté le 11-03-2015)
- FORTIN, Sylvie et Jean RENAUD (2004). « Stratégies d'établissement en contexte montréalais: une diversité de modalités? », in Jean Renaud, Annick Germain et Xavier Leloup (éd.), *Le racisme et la discrimination : les tensions et les défis d'une société plurielle*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy, p. 31-59.
- FORTIN, Sylvie, Michèle RIETMANN, Vincent DUCLOS, AVEC LA COLLABORATION DE, Serge MAYNARD, Marie-Jeanne BLAIN et Marie-Ève CARLE (2011). « Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins? », in F. Kanouté et G. Lafortune (éd.), *Familles québécoises d'origine immigrante. Les dynamiques de l'établissement*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, p. 11-27.
- FOSTER, Lorne (2008). « Foreign trained doctors in Canada: Cultural contingency and cultural democracy in the medical profession », *International Journal of Criminology and Sociological Theory*, 1 (1), p. 1-25. [en ligne] [<https://pi.library.yorku.ca/ojs/index.php/ijcst/article/viewFile/16148/15047>] (consulté le 23-09-2008)
- FOURNIER, Geneviève et Bruno BOURASSA (éd.) (2004). *La précarité professionnelle: effets individuels et sociaux. Entretiens du CRIEVAT-Laval avec Serge Paugam*. Les Presses de l'Université Laval, Saint-Nicolas, 101 p.
- FOUROT, Aude-Claire (2013). *L'intégration des immigrants : cinquante ans d'action publique locale*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 241 p.
- GALARNEAU, Diane (2003). *Les professionnels de la santé*. Statistique Canada, Perspective, no. 75-001-XIF au catalogue, p. 15-30. [en ligne] [www.statcan.ca/francais/studies/75-001/archive/2003/2003-12-02_f.pdf] (consulté le 20-11-2008)
- GALARNEAU, Diane et René MORISSETTE (2004). *Les immigrants sont-ils perdants?*, Statistique Canada, Perspective, no. 75-001-XIF au catalogue, 17 p. [en ligne] [www.statcan.gc.ca/studies-etudes/75-001/archive/f-pdf/5026942-fra.pdf] (consulté le 10-06-2006)
- (2008b). *Immigrants' education and required job skills*. Statistics Canada, Perspectives, Catalogue no. 75-001-X, p. 5-18. [en ligne] [www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2008112/pdf/10766-eng.pdf] (consulté le 07-05-2009)
- GALLISSOT, René (1987). « Sous l'identité, le procès d'identification », *L'Homme et la Société*, 83, p. 12-27.

- GEDDIE, Kate (2002). *Licence to Labour : Obstacles Facing Vancouver's Foreign-Trained Engineers*. Research on Immigration and Integration in the Metropolis. Working Paper Series, Vancouver Centre of Excellence, 39 p. [en ligne]
[<http://riim.metropolis.net/Virtual%20Library/2002/wp02-21.pdf>] (consulté le 15-06-2003)
- GENEST, Serge et Jean COPANS (2000). « Présentation. L'anthropologie et le millénaire : Fin de siècle? », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), p. 5-13.
- GERMAIN, Annick et Tuyet TRINH (2010). *L'immigration au Québec. Un portrait et des acteurs*. Centre Metropolis du Québec. Immigration et métropoles, nov. 2010, 38 p. [en ligne]
[www.im.metropolis.net/category/publications/page/3/] (consulté le 08-11-2010)
- GERMAIN, Danielle (2013). *Le parcours de réorientation professionnelle d'immigrantes hautement qualifiées à Montréal: une étude exploratoire*. Master en Relations industrielles, Université de Montréal, 116 p. [en ligne] [<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10428>] (consulté le 2014-05-02)
- GERVAIS, Lisa-Marie (2009b). « Médecins diplômés à l'étranger. Un vrai parcours du combattant pour pratiquer la médecine au Québec ». *Le Devoir*, p. A10.
- (2009c). « La pénurie de médecins de famille ne se résorbera pas ». *Le Devoir*. [en ligne]
[www.ledevoir.com/societe/sante/230941/la-penurie-de-medecins-de-famille-ne-se-resorbera-pas] (consulté le 24-12-2009)
- GIDDENS, Anthony (1979). « Agency, Structure », *Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis*, University of California Press, Berkeley, p. 49-95.
- GLASER, Barney G. et Anselm L. STRAUSS (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine, Chicago, 271 p.
- GLICK SCHILLER, Nina, Linda BASCH et Cristina SZANTON BLANC (1995). « From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration », *Anthropological Quarterly*, 68 (1), p. 48-63. [en ligne]
[www.jstor.org/stable/3317464] (consulté le 02-05-2006)
- GOFFMAN, Erving (1959). *The presentation of self in everyday life*. Doubleday, Garden City, N.Y., 259 p.
- (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne (traduit de l'anglais par Alain Kihm)*. Minuit, Paris, 372 p.
- (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps (traduit de l'anglais par Alain Kihm)*. Les Éditions de Minuit, Paris, 175 p.
- GOOD, J. Byron et Mary-Jo DELVECCHIO GOOD (1993). « Learning Medicine. The construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School », in Shirley Lindenbaum et Margaret Lock (éd.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Everyday Life*, University of California Press, Berkeley, p. 81-107.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2000). *Conférence de presse de M. Robert Perreault, ministre des Relations avec les citoyens et de l'immigration. Plan triennal d'immigration 2001-2003, Version finale*. Assemblée nationale du Québec, 14 p. [en ligne] [www.assnat.qc.ca/en/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-703.html] (consulté le 23-10-2014)
- (2009). *Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration professionnelle des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec*. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), Gouvernement du Québec, 26 p. [en ligne] [www.msss.gouv.qc.ca/] (consulté le 29-04-2010)
- GRANOVETTER, Mark (1973). « The Strength of Weak Ties », *American Journal of Sociology*, 78 (6), p. 1360-1380. [en ligne]
[www.stanford.edu/dept/soc/people/faculty/granovetter/documents/TheStrengthofWeakTies.pdf] (consulté le 16-02-2005)

- GRANT, Hugh (2006). « From the Transvaal to the Prairies: The Migration of South African Physicians to Canada », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32 (4), p. 681-695.
- GRENIER, Gilles et LI XUE (2011). « Canadian Immigrants' Access to a First Job in Their Intended Occupation », *Journal of International Migration and Integration*, 12 (3), p. 275-303. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.1007/s12134-010-0159-z>] (consulté le 04-11-2011)
- GROSSETTI, Michel (2006). « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1 (120), p. 5-28. [en ligne] [www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CIS_120_0005] (consulté le 22-12-2008)
- GROUPE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ (2013). *Projet sur les DIM au Canada. Améliorer notre capacité d'intégrer les diplômés internationaux en médecine. Rapport final. Voies d'accès des DIM au Canada*. HEATH HR GROUP, CAPER, Avril 2013, 43 p. [en ligne] [www.caper.ca]
- GUYOT, Jean-Luc, Christine MAINGUET, Françoise VANDERKELEN et Béatrice VAN HAEPEREN (2002). « Profils de qualification souhaités lors de l'embauche. Analyse des résultats d'une enquête au sein du secteur privé marchand en Région wallonne », in David De la Croix, Frédéric Docquier, Christine Mainget, Sergio Perelman et Étienne Wasmer (éd.), *Capital humain et dualisme sur le marché du travail*, Éditions de boeck, Bruxelles, p. 197-217.
- HACHIMI ALAOU, Myriam (2006). « "Carrière brisée", "carrière de l'immigrant". Le cas des Algériens installés à Montréal », *Diversité Urbaine/Les Cahiers du GRES*, 6 (1), p. 111-122.
- (2007). *Les chemins de l'exil : les Algériens exilés en France et au Canada depuis les années 90*. L'Harmattan, Paris, 200 p.
- HALL, Oswald (1946). « The informal organization of the medical profession », *The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d'Économie et de Science politique*, 12 (1), p. 30-44. [en ligne] [www.jstor.org/stable/137330] (consulté le 28/10/2008)
- (1948). « The Stages of a Medical Career », *The American Journal of Sociology*, 53 (5), p. 327-336. [en ligne] [www.jstor.org/stable/2771471] (consulté le 25/10/2008)
- HAMEL, Jacques (1997). « La socio-anthropologie, un nouveau lien entre la sociologie et l'anthropologie », *Socio-anthropologie*, (1), p. [en ligne] [<http://socio-anthropologie.revues.org/index73.html>] (consulté le 10-06-2011)
- HARRIS, Anna (2013). « Degrees of difference: The politics of classifying international medical graduates », *Health Sociology Review*, 22 (2), p. 210-220. [en ligne] [<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=740998556545312;res=IELHEA>] (consulté le 14-02-2014)
- HARRIS, Anna et Marilys GUILLEMIN (2015). « Notes on the medical underground: migrant doctors at the margins », *Health Sociology Review*, p. 1-12. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.1080/14461242.2014.999403>] (consulté le 06-06-2015)
- HAWTHORNE, Leslyanne (2007). « Foreign credential recognition and assessment: an introduction », *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*, (printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger), p. 3-13.
- HERZFELD, Michael (1992). *The social production of indifference: exploring the symbolic roots of Western bureaucracy*. Berg : Distributed exclusively in the U.S. and Canada by St. Martin's Press, New York, 207 p.
- HUGHES, Everett C. (1971 [1950]). « Cycles, turning points, and careers », *The Sociological Eye: Selected Papers*, Initially prepared for the Eighth Annual Conference on Theology in Action, Adelynrood, South Byfield, Massachusetts, September 1950 (Published by National Council of the Episcopal Church, 1952, New York), Transaction Publishers, Rutgers - The State University of New Jersey, Piscataway, NJ, p. 124-131.

- HUM, Derek et Wayne SIMPSON (2002). « Do immigrants catch up economically », *Options Politiques/Policy Options*, March 2002, p. 47-50. [en ligne]
[www.irpp.org/fr/po/archive/po0302.htm] (consulté le 15-02-2002)
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2006a). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens. Base de données médicales Scott's*. 146 p. [en ligne]
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=download_form_f&cw_sku=MDB2005F&cw_ctt=1&cw_dform=N] (consulté le 24-06-2007)
- (2013). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012*. 158 p. [en ligne]
[www.cihi.ca] (consulté le 24-06-2014)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006c). *Tableau : Immigrants selon la catégorie d'immigrants, Québec, 1980-2005*. Source : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Gouvernement du Québec, 1 p. [en ligne] [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2006.pdf] (consulté le 22-08-2006)
- IREDALE, Robyn (1999). « The Need to Import Skilled Personnel: Factors Favouring and Hindering its International Mobility », *International Migration*, 37 (1), p. 89-123. [en ligne]
[<http://dx.doi.org/10.1111/1468-2435.00067>]
- (2001). « The Migration of Professionals: Theories and Typologies », *International Migration*, 39 (5), p. 7-26. [en ligne] [www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1468-2435.00169] (consulté le 15-05-2006)
- JACKSON, Neil, Yvonne CARTER et (ÉD.) (2004). *Refugee doctors. Support, development and integration in the NHS*. Radcliffe Publishing, Oxford, San Francisco, 201 p.
- JUTEAU, Danielle (1999). *L'ethnicité et ses frontières*. Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 226 p.
- KHAN, Candy (2007). « The closed door: credentialized society and immigrant experiences », *Canadian Issues/Thèmes Canadiens*, (printemps, special issue "Foreign Credential Recognition/Reconnaissance des titres de compétences acquis à l'étranger), p. 63-66.
- KOFMAN, Eleonore (2004). « Family-related migration: a critical review of European Studies », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30 (2), p. 243-262.
- KOSER, Khalid et John SALT (1997). « The geography of highly skilled international migration », *International Journal of Population Geography*, 3 (4), p. 285-303.
- KRAHN, Harvey, Tracey DERWING, Marlene MULDER et Lori WILKINSON (2000). « Educated and Underemployed: Refugee Integration into the Canadian Labour Market », *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'intégration et de la migration internationale*, 1 (1), p. 59-84.
- LA PRESSE CANADIENNE (2012). « Évaluons les immigrants plus tôt, dit Kenney ». *Journal Métro*, 28 mars. [en ligne] [<http://journalmetro.com/actualites/national/8058/evaluons-les-immigrants-plus-tot-dit-kenney-2/>] (consulté le 02-12-2014)
- LABRANCHE, Marie-Ève (2011). « Communiqué. Le programme d'appoint pour pharmaciens de l'étranger (PAPE) : déjà une réussite! ». *Le Forum*, mardi 1er novembre 2011, p. 1. [en ligne]
[www.nouvelles.umontreal.ca/enseignement/programmes-et-cours/20111101-le-programme-d-appoint-pour-pharmaciens-de-l-etranger-pape-deja-une-reussite.html] (consulté le 02-02-2014)
- LAHIRE, Bernard (2012). *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Seuil, Paris, 393 p.
- LAMONTAGNE, Yves (2005). « Éditorial », *Le collègue*, XLV (1), p. 5. [en ligne]
[www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Dossier-bulletin-05hiver-p12.pdf] (consulté le 20-12-2008)

- LAUFER, Jacqueline (2003). « Entre égalité et inégalités: les droits des femmes dans la sphère professionnelle », *L'Année sociologique*, 1 (53), p. 143-173 [en ligne] [www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=ANSO_031_0143] (consulté le 02-03-2015)
- LAURENT, Thierry, Yannick L'HORTY, Patrick MAILLE et Jean-François OUVARD (2002). *Déqualification, employabilité et transitions sur le marché du travail : une analyse dynamique des incitations à la reprise d'emploi*. Document de Recherche EPEE, Centre d'études des politiques économiques de l'Université d'Evry, 21 p.
- LAZARIDIS, Gabriella (2006). *Les infirmières exclusives and migrant quasi-nurses in Greece*. IIS Discussion Paper, Institute for International Integration Studies, May, 22 p. [en ligne] [www.tcd.ie/iis/documents/discussion/pdfs/iisdp155.pdf] (consulté le 24-02-2007)
- LE BRETON, David (2004). *L'interactionnisme symbolique*. 1re éd., Presses universitaires de France, Paris, 249 p.
- LE RAY, Marie (2011). « Migration temporaire, injustices durables. Le cas des travailleuses et travailleurs étrangers « temporaires » au Canada », *Vivre ensemble* (décembre), p. 1-15. [en ligne] [www.cjf.qc.ca/upload/cjf_autres/11_Rapport_Travailleurs-temporaires_2011.pdf] (consulté le 02-01-2015)
- LÉGARÉ, Jean-Frédéric (2008). « Médecins diplômés à l'étranger: la pratique reconnue », *Le Soleil*, p. 1. [en ligne] [www.lapresse.ca/le-soleil/200809/08/01-650214-medecins-diplomes-a-letranger-la-pratique-reconnue.php] (consulté le 02-08-2010)
- LENOIR-ACHDIAN, Annick, Sébastien ARCAND, Denise HELLY, Isabelle DRAINVILLE et Michèle VATZ LAAROUSSI (2009). « Les difficultés d'insertion en emploi des immigrants du Maghreb au Québec : une question de perspective », *Choix IRPP, Institut de recherche en politiques publiques*, 15 (3), p. 1-42. [en ligne] [http://irpp.org/fr/research-studies/choix-vol15-no3/] (consulté le 15-01-2013)
- LÉOUZON, Roxane (2013). « Le Québec se prive de médecins formés à l'étranger ». *Journal Métro*, 14 août. [en ligne] [http://journalmetro.com/plus/sante/357901/le-quebec-se-priv-de-medecins-formes-a-letranger/] (consulté le 18-08-2013)
- LEVITT, Peggy et B. Nadya JAWORSKY (2007). « Transnational Migration Studies: Past Developments and Future Trends », *Annual Review of Sociology*, 33 (1), p. 129-156. [en ligne] [http://libra.msra.cn/Publication/44357104]
- LI, Chris, Ginette GERVAIS et Aurélie DUVAL (2006). *La dynamique de la surqualification : les universitaires sous-utilisés au Canada. Analyse en bref*. Division de la statistique du revenu, Statistique Canada, no. au catalogue: 11-621-MIF2006039, 18 p. [en ligne] [http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=11-621-M2006039&lang=fra] (consulté le 10-02-2010)
- (2006b). *The dynamics of overqualification: Canada's underemployed university graduates. Analysis in Brief*. Income Statistics Division, Statistics Canada, Catalogue no. 11-621-MIE - no.039, 18 p. [en ligne] [www.statcan.gc.ca/pub/11-621-m/11-621-m2006039-eng.pdf] (consulté le 10-02-2010)
- LI, Peter S. (2008). « The role of foreign credentials and ethnic ties in immigrants' economic performance », *Canadian Journal of Sociology*, 33 (2), p. [en ligne] [http://wigan-ojs.library.ualberta.ca/index.php/CJS/article/view/903]
- LIPIANSKI, Emond Marc, Isabelle TABOADA-LEONETTI et Ana VASQUEZ (2002 [1990]). « Introduction à la problématique de l'identité », *Stratégies identitaires*, 4e édition, Presses universitaires de France, Paris, p. 7-26.
- LIU, Eric (2007). *A descriptive study of employer's attitudes and practices in hiring newcomer job seekers*. CERIS, no.31. Policy matters, novembre, 17 p.

- LIVERSAGE, Anika (2004). « Leaving Limbo. Life Stories of Academic Immigrant Women in Denmark », *ISA Conference, RUC, 4th to 7th of March*. 21 p. [en ligne] [www.esrea.org/conferences/Esrea%202004/ESREA-papers/liversag.pdf] (consulté le 15/04/2006)
- (2005). *Finding a Path. Labour Market Life Stories of Immigrant Professionals*. Doctorat en Department of Organization and Industrial Sociology, Copenhagen Business School, Copenhagen, 348 p.
- (2006). *The interrelation of trajectory and identity - a high-skilled immigrant re-educates*. AMID Working Paper Series, Paper for 13th Nordic Migration Conference, Alborg 18-20. November 2004., Academy for Migration studies in Denmark, 28 p. [en ligne] [www.amid.dk/ocs/viewpaper.php?id=41&cf=1] (consulté le 18-03-2006)
- (2009). « Vital conjunctures, shifting horizons: high-skilled female immigrants looking for work », *Work Employment Society*, 23 (1), p. 120-141. [en ligne] [http://wes.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/1/120] (consulté le 25-11-2009)
- LOCHARD, Yves, Christèle MEILLAND et Mouna VIPREY (2007). « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *Revue de l'IRE*, (53 - 2007/1), p. 83-110. [en ligne] [www.ires-fr.org/IMG/File/3.%20R53.pdf] (consulté le 29-12-2008)
- LOCHHEAD, Clarence (2003). *The Transition Penalty : Unemployment among Recent Immigrants to Canada. CLBC Commentary*. Canadian Labour and Business Centre, july, 5 p. [en ligne] [www.clbc.ca/files/Reports/Fitting_In/Transition_Penalty_e-CLBC.pdf] (consulté le 13-03-2004)
- MAHAJAN, J. et P. STARK (2007). « Barriers to education of overseas doctors in paediatrics: a qualitative study in South Yorkshire », *Archives of Disease in Childhood*, 92 (3), p. 219-223. [en ligne] [http://adc.bmj.com/cgi/content/abstract/92/3/219]
- MARCHAL, Bruno et Guy KEGELS (2003). « Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? », *The International Journal of Health Planning and Management*, 18 (S1), p. S89-S101. [en ligne] [http://dx.doi.org/10.1002/hpm.720] (consulté le 27-01-2007)
- MASSÉ, Raymond (2005). « L'anthropologie de la santé au Québec: pour une conjugaison des approches et des méthodes », in Francine Saillant et Serge Genest (éd.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Les Presses de l'Université Laval et Paris, Québec, p. 61-90. [en ligne] [http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/anthropologie_sante_au_Qc/anthropologie_sante_au_Qc.html] (consulté le 23-02-2010)
- (2010). « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (1), p. 1-15. [en ligne] [http://anthropologiesante.revues.org/116] (consulté le 2011-03-03)
- MCGILL UNIVERSITY, Faculty of Medicine Academic Affairs (2009). *PEM-PREM 2009, règles de gestion*. McGill University, 07-10-2008, 8 p. [en ligne] [www.mcgill.ca/medicine-academic/recruitment/md/] (consulté le 10-05-2009)
- MEINTEL, Deirdre (1993a). « Nouvelles approches constructivistes de l'ethnicité », *Culture*, vol. XIII (2), p. 10-16.
- (1993b). « Transnationalité et transethnicité chez des jeunes issus de milieux immigrés à Montréal », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 9 (3), p. 63-79. [en ligne] [www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_1993_num_9_3_1369]

- (2000). « Plural Identities among Youth of Immigrant Background in Montreal », *Horizontes Antropologicos, Porto Alegre*, ano 6 (14), p. 13-37. [en ligne] [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-71832000001400002&script=sci_arttext]
- (2006). « La réciprocité dans la reconnaissance », *Bulletin Vivre ensemble*, 13 (47), p. 17-20. [en ligne] [www.revuerelations.qc.ca/ve/bulletins/2006/Vol13%20No47/Art%20Meintel47.pdf] (consulté le 01-06-2006)
- MEYER, Jean-Baptiste (2001). « Network Approach versus Brain Drain: Lessons from the Diaspora », *International Migration*, 39 (5), p. 91-110. [en ligne] [http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1468-2435.00173] (consulté le 28-12-2008)
- MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI) (2014a). « Immigrer et s'installer. Obstacles rencontrés par les immigrants pour trouver un emploi », Gouvernement du Québec. [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/apprendre-quebec.html] (consulté le 23-06-2014)
- (2014b). *Portraits statistiques. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes 2009-2013*. Direction de la recherche et de l'analyse prospective du MIDI, Gouvernement du Québec, 100 p. [en ligne] [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_categories_2009-2013.pdf] (consulté le 18-09-2014)
- (2014c). « Immigrate and Settle. Obstacles encountered by immigrants looking for a job », Gouvernement du Québec. [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/en/immigrate-settle/permanent-workers/official-immigration-application/obstacles-job.html] (consulté le 23-10-2014)
- (2014d). « Recrutement de travailleurs spécialisés – Démarche simplifiée pour l'embauche de travailleurs dans des professions spécialisées ». [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/employeurs/embaucher-temporaire/travailleur-specialise/demarche-simplifiee.html] (consulté le 23-06-2014)
- (2014e). « Immigrer au Québec. Parrains et parrainés : évaluation de votre capacité financière », Gouvernement du Québec. [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/apprendre-quebec.html] (consulté le 23-06-2014)
- MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (MICC) (2011b). *Plan d'immigration du Québec pour l'année 2012*. Gouvernement du Québec, 14 p. [en ligne] [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/Plan-immigration-2012.pdf]
- (2012). *Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis*. Gouvernement du Québec, Publication officielle, document #A-0527-KF. (2012-08), 1 p. [en ligne] [www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/dcs/D04.pdf] (consulté le 20-06-2013)
- (2013). *Présence en 2013 des immigrants admis au Québec de 2002 à 2011*. Direction de la recherche et de l'analyse prospective du MICC, Gouvernement du Québec, 36 p. [en ligne] [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2013_admisQc_02_11.pdf] (consulté le 18-09-2014)
- (2013b). *Éléments explicatifs de la surqualification chez les personnes immigrantes au Québec en 2012*. Direction de la recherche et de l'analyse prospective du MICC, Gouvernement du Québec, 29 p. [en ligne] [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/TXT_Surqualification_2013.pdf] (consulté le 18-09-2014)
- (2013c). *Résultats de l'Enquête sur la population active (EPA). Les immigrants et le marché du travail québécois en 2012*. Direction de la recherche et de l'analyse prospective du MICC, Gouvernement du Québec, 33 p. [en ligne] [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/ImmigrantsMarcheTravail2012.pdf] (consulté le 18-09-2014)

- (2013d). *Un Québec fort de son immigration. Plan d'action pour la francisation et l'intégration des personnes immigrantes* Gouvernement du Québec, 5 p. [en ligne]
[www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/PlanActionQuebecFort.pdf] (consulté le 18-09-2014)
- (2013e). *Plan stratégique 2012-2016, actualisation décembre 2013*. Gouvernement du Québec, 31 p. [en ligne]
[www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/PlanStrategique20122016-Integral.pdf] (consulté le 10-04-2015)
- MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION (MRCI) (2004b). *Des valeurs partagées, des intérêts communs. Pour assurer la pleine participation des Québécois des communautés culturelles au développement du Québec. Plan d'action 2004-2007*. Direction des Affaires publiques et des communications, 135 p. [en ligne]
[www.mrci.gouv.qc.ca/publications/pdf/PlanAction20042007_integral.pdf] (consulté le 03-04-2005)
- MISIOROWSKA, Mariola (2012). *Les trajectoires socioprofessionnelles des nouveaux arrivants, travailleurs qualifiés au Québec. Qu'est-ce qu'une "intégration réussie"?* Doctorat en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Montréal, 349 p.
- MONSUTTI, Alessandro (2005). « En suivant les réseaux de Kaboul à New York. Quelques réflexions méthodologiques sur la recherche ethnographique parmi les migrants », *Ethnologies*, 27 (1), p. 33-53. [en ligne] [<http://id.erudit.org/iderudit/014021ar>] (consulté le 02-11-2010)
- MONTGOMERY, Catherine, Josiane LE GALL et Nadia STOETZEL (2010). « Cycle de vie et mobilisation des liens locaux et transnationaux: le cas des familles maghrébines au Québec », *Lien social et Politiques*, (64), p. 79-93.
- MOULLAN, Yasser (2014). « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *Questions d'économie de la santé*, (203, novembre), p. 1-8.
- MOULLET, M. (1992). *Le management clandestin*. InterEditions, Paris, 235 p.
- MOUNIER, Pierre (2001). *Pierre Bourdieu, une introduction*. Pocket/La découverte, Paris, 283 p.
- MULLAN, Fitzhugh (2004). « Filling The Gaps: International Medical Graduates In The United States, The United Kingdom, Canada and Australia », *8th International Medical Workforce Conference*, Washington, DC, October 6-9. 16 p. [en ligne]
[www.healthworkforce.health.nsw.gov.au/amwac/amwac/pdf/8sess4_mullan.pdf] (consulté le 24-06-2007)
- NEDELUCU, Mihaela (2001). « Les migrations internationales des professionnels roumains hautement qualifiés », *Ad Astra*, 1 (1), p. 1-20. [en ligne] [www.ad-astra.ro/journal/1/nedelcu_migrations_fr.pdf] (consulté le 07-02-2009)
- (2004). « La composante féminine des migrations roumaines qualifiées à Toronto: visibilité, rôles et stratégies », in F. Reysoo et C. Verschuur (éd.), *Femmes en mouvement. Genre, migrations et nouvelle division du travail*, IUED, Genève, p. 204-223. [en ligne]
[www.ued.ch/information/publications/pdf/yp_femmes_en_mvt/17-m.nedelcu.pdf] (consulté le 06-05-2005)
- (2005). « Stratégies de migration et d'accès au marché du travail des professionnelles roumaines à Toronto. Rapports de genre et nouvelles dynamiques migratoires », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 21 (1), p. 77-106. [en ligne] [<http://remi.revues.org/pdf/2349>] (consulté le 08-12-2009)
- (2010). « (Re)penser le transnationalisme et l'intégration à l'ère du numérique. Vers un tournant cosmopolitique dans l'étude des migrations internationales ? », *Revue européenne de*

- migrations internationales*, 26 (2), p. 33-55. [en ligne] [<http://remi.revues.org/5122>] (consulté le 01-15-2014)
- NEITERMAN, Elena et Ivy BOURGEAULT (2012). « Conceptualizing Professional Diaspora: International Medical Graduates in Canada », *Journal of International Migration and Integration*, 13 (1), p. 39-57. [en ligne] [<http://dx.doi.org/10.1007/s12134-011-0192-6>] (consulté le 19-05-2012)
- NOIRIEL, Gérard (2004). « Professions de santé, professions protégées : un historique », *Migrations société*, 16 (95), p. 65-76.
- OCDE (2002). *La mobilité internationale des travailleurs hautement qualifiés*. L'Observateur OCDE, synthèse, Division des relations publiques, Direction des relations publiques et de la Communication, OCDE, 7 p. [en ligne] [www.oecd.org/dataoecd/9/19/1950020.pdf] (consulté le 12-01-2009)
- OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre (2008). « Introduction. Adéquation empirique, théorie, anthropologie », *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Academia Bruylant, Louvain-La-Neuve, p. 7-38.
- (2010). « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques », *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (1), p. 1-11. [en ligne] [<http://anthropologiesante.revues.org/86>] (consulté le 05-07-2011)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010). *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé - WHA63.16*. OMS, 14 p. [en ligne] [www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf] (consulté le 12-09-2011)
- ORIOU, Michel (1979). « Identité produite, identité instituée, identité exprimée. Confusions des théories de l'identité nationale et culturelle », *Cahiers internationaux de sociologie*, 66, p. 19-28.
- PAILLÉ, Pierre et Alex MUCCHIELLI (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2e éd., Armand Colin, Paris, 315 p.
- PANAIA, Marta (2004). « El aporte de las técnicas biográficas a la construcción de teoría », *Espacio Abierto (Cuaderno Venezolano de Sociología, Universidad del Zulia)*, 13 (1), p. 51-73. [en ligne] [<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/122/12201303.pdf>] (consulté le 18-03-2005)
- PARANT, Marc (2001). *Les politiques d'immigration du Canada: stratégies, enjeux et perspectives*. Les études du CERI, Centre d'études et de recherches internationales, Sciences Po, 36 p. [en ligne] [www.ceri-sciencespo.com/publica/etude/etude80.pdf]
- PARÉ, Isabelle (2002). « Médecins étrangers s'abstenir. Le Québec ferme la porte aux médecins et spécialistes immigrants ». *Le Devoir.com*, p. 1-2. [en ligne] [www.ledevoir.com/non-classe/11762/medecins-etrangers-s-abstenir] (consulté le 24-06-2007)
- PAUGAM, Serge (2011). « Conclusion. Vers un nouveau contrat social? », in Serge Paugam (éd.), *Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales*, 1re éd. 2007, Presses universitaires de France, Paris, p. 949-980.
- PELLERIN, Hélène (2011). « De la migration à la mobilité: changement de paradigme dans la gestion migratoire. Le cas du Canada », *Revue européenne des migrations internationales*, 27 (2), p. 57-75. [en ligne] [www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=REMI_272_0057] (consulté le 02-01-2015)
- PICHÉ, Victor (2002a). « Immigration, Diversity and Ethnic Relations in Quebec », *Canadian Ethnic Studies/ Études ethniques au Canada*, 34 (3), p. 5-27.
- (2002b). « Les migrations : des enjeux mondiaux aux enjeux locaux », *Cahiers québécois de démographie*, 31 (1), p. 1-6.

- (2008). « Les travailleurs migrants, nouveaux non-citoyens du monde », *Possibles*, 32 (3-4), p. 41-51. [en ligne] [http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Piche_Non-citoyens.pdf] (consulté le 21-01-2011)
- (2012). « In and Out the Back Door : Canada's Temporary Worker Programs in a Global Perspective », in Martin Geiger et Antoine Pécoud (éd.), *The New Politics of International Mobility : Migration Management and Its Discontents*, IMIS – Beiträge, Osnabrück (Allemagne), p. 113-132. [en ligne] [<http://oppenheimer.mcgill.ca/In-and-Out-the-Back-Door-Canada-s>] (consulté le 12-02-2015)
- (2013). « Les fondements des théories migratoires contemporaines », in Victor Piché (éd.), *Les théories de la migration*, INED (Collection Les Manuels, Série des Textes Fondamentaux), Paris, p. 15-60. [en ligne] [<http://oppenheimer.mcgill.ca/Les-fondements-des-theories?lang=en>] (consulté le 06-11-2014)
- PICHÉ, Victor et Jean RENAUD (2002). « Immigration et intégration économique: peut-on mesurer la discrimination? », in Roch Côté et Michel Venne (éd.), *L'annuaire du Québec 2003*, Éditions Fides, Québec, p. 146-152.
- PICOT, Garnett, Feng HOU et Theresa QUI (2014). *Le modèle de sélection selon le capital humain et les résultats économiques à long terme des immigrants*. documents de recherche. Division de l'analyse sociale Direction des études analytiques, Statistique Canada, Document de recherche no. 11F0019M au catalogue, no.361, 44 p. [en ligne] [www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2014361-fra.htm] (consulté le 10-12-2014)
- PORTER, Sam (1993). « Critical Realist Ethnography: The Case of Racism and Professionalism in a Medical Setting », *Sociology*, 27 (4), p. 591-609. [en ligne] [<http://soc.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/4/591>] (consulté le 01-01-2009)
- (1996). « Contra-Foucault: Soldiers, Nurses and Power », *Sociology*, 30 (1), p. 59-78. [en ligne] [<http://soc.sagepub.com/cgi/content/abstract/30/1/59>] (consulté le 05-02-2009)
- PORTES, Alejandro (1998). « Social capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology », *Annual Review of Sociology*, 24, p. 1-24.
- PORTES, Alejandro, Patricia FERNANDEZ-KELLY et William J. HALLER (2003). *Segmented Assimilation on the Ground: The New Second Generation in Early Adulthood*. Working Papers Series, Center for Migration and Development, Princeton University, 54 p. [en ligne] [<http://cmd.princeton.edu/papers/wp0311.pdf>] (consulté le 25-03-2004)
- POTT, Andreas (2001). « Ethnicity and Social Mobility: The Case of Turks in Germany », *Journal of International Migration and Integration / Revue de l'intégration et de la migration internationale*, 2 (2), p. 169-187.
- POTTER, Stephanie (1999). *The Social Resources of Immigrants: Effects on the Integration of Independent and Family Class Immigrants to Toronto, Canada from South Asia*. Doctoral thesis en Sociology, University of Toronto, Toronto, 238 p. [en ligne] [<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/12612>] (consulté le 02-01-2004)
- RAO, Nyapati R., Milton KRAMER, Ramotse SAUNDERS, Stuart W. TWEMLOW, James W. LOMAX, Mantosh J. DEWAN, Michael F. MYERS, Jeff GOLDBERG, George CASSIMIR, Brunhild KRING et Othmane ALAMI (2007). « An Annotated Bibliography of Professional Literature on International Medical Graduates », *Academic Psychiatry*, 31 (1), p. 68-83.
- RAZAK KADER, Dilzar et Zharghoona TANIN (2004). « Views and experiences of refugee doctors: a long and painful journey to start again », in Neil Jackson et Yvonne Carter (éd.), *Refugee doctors. Support, development and integration in the NHS*, Radcliffe Publishing, Oxford, San Francisco, p. 39-52.

- RECRUTEMENT SANTÉ QUÉBEC (2014). « Exercer la médecine au Québec », Gouvernement du Québec. [en ligne] [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?exercer-au-quebec]
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (2010). *Tableau SM.25. Nombre de médecins et montant moyen selon le mode de rémunération, la classe des paiements, la catégorie de médecins, le groupe de spécialités et la spécialité. Données de 2009*. Services médicaux, 28 p. [en ligne] [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/statistiques/index.shtml] (consulté le 20-10-2011)
- REITZ, Jeffrey G. (2013). « Closing the Gaps Between Skilled Immigration and Canadian Labor Markets: Emerging Policy Issues and Priorities », in Triadafilos Triadafilopoulos (éd.), *Wanted and Welcome? Policies for Highly Skilled Immigrants in Comparative Perspective*, Springer, New York, p. 165-198.
- REMENNICK, Larissa et Gila SHAKHAR (2003). « You Never Stop Being a Doctor: The Stories of Russian Immigrant Physicians Who Converted to Physiotherapy », *Health*, 7 (1), p. 87-108.
- RENAUD, Jean (1999). « Barrières et premier établissement en emploi: quelques exemples à partir d'enquêtes », *Département de sociologie et Centre d'études ethniques. Université de Montréal. Atelier sur les barrières à l'emploi, quatrième conférence internationale de Metropolis, Washington, D.C., décembre*. 9 p.
- RENAUD, Jean et Tristan CAYN (2006). *Un emploi correspondant à ses compétences? Les travailleurs sélectionnés et l'accès à un emploi qualifié au Québec*. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), Gouvernement du Québec, 53 p.
- RENAUD, Jean, Lucie GINGRAS, Sébastien VACHON, Christine BLASER, Jean-François GODIN et Benoît GAGNÉ (2001). *Ils sont maintenant d'ici! Les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989*. Les Publications du Québec, Sainte-Foy, 197 p.
- RENAUD, Jean, Victor PICHÉ et Jean-François GODIN (2003). « L'origine nationale et l'insertion économique des immigrants au cours de leurs dix premières années au Québec », *Sociologie et sociétés*, XXXV (1), p. 165-184.
- RIBEIRO, Joana Sousa (2008). « Gendering migration flows: physicians and nurses in Portugal », *Equal Opportunities International*, 27 (1), p. 77-87.
- ROBERT, Yves (2008). « La mobilité de la main-d'oeuvre: le thème politique de l'automne 2008 », *Le collègue*, 48 (4), p. 6-8. [en ligne] [www.cmq.org/publications-pdf/p-5-2008-10-01-en-automne-2008.pdf]
- SAIEED, Kamila (2011). « Kamila's reflection », in Earle H. Waugh, Olga Szafran et Rodney A. Crutcher (éd.), *At the interface of culture and medicine*, University of Alberta Press, Edmonton, Alberta, p. 69-73.
- SAILLANT, Francine (2004). « Constructivismes, identités flexibles et communautés vulnérables », in Francine Saillant, Michèle Clément et Charles Gaucher (éd.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Nota bene, Québec, p. 19-42.
- (éd.) (2009). *Réinventer l'anthropologie? Les sciences de la culture à l'épreuve des globalisations*. Liber, Montréal, 252 p.
- SAILLANT, Francine et Serge GENEST (éd.) (2005). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Presses de l'Université Laval, St-Nicolas, 467 p.
- SAINSAULIEU, Renaud (1977). *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, 486 p.
- (1977b). « Identités collectives et reconnaissance de soi dans le travail », in Renaud Sainsaulieu (éd.), *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, p. 302-343.
- (1997). *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*. 2e éd. revue et mise à jour, Presses de sciences po, Paris, 476 p.

- SALAFF, Janet et Arent GREVE (2003). « Gendered structural barriers to job attainment for skilled Chinese emigrants in Canada », *International Journal of Population Geography*, 9 (6), p. 443-456.
- SÉCHET, Raymonde et Despina VASILCU (2012a). « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Norois*, 2 (223), p. 63-76. [en ligne] [www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=NOR_223_0063] (consulté le 16-09-2014)
- (2012b). « Les mobilités des médecins en Europe. Genre, médecins, mobilités », *HAL, archives-ouvertes.fr*, p. 1-13. [en ligne] [<http://hal.univ-nantes.fr/halshs-00759872/document>] (consulté le 16-09-2014)
- SERVICE D'IMMIGRATION DU QUÉBEC (2004). *Déclaration de médecin diplômé à l'étranger*. Gouvernement du Québec, publication officielle, D 04 Médecin.doc 2004/01/27, 1 p.
- SHARIEFF, Waseem et David ZAKUS (2006). « Resource Utilization and Costs borne by International Medical Graduates in their Pursuit for Practice License in Ontario, Canada », *Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly*, 22 (2), p. 110-115. [en ligne] [www.pjms.com.pk/issues/aprjun06/article/article3.html] (consulté le 28-07-2007)
- SHUVAL, Judith T. (1997). « Migrant physicians in post-industrial societies », in Judith T. Shuval et Judith H. Bernstein (éd.), *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*, Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, p. 3-18.
- (1998). « Credentialling immigrant physicians in Israel », *Health & Place*, 4 (4), p. 375-381. [en ligne] [www.sciencedirect.com/science/article/B6VH5-3VCC8H0-7/2/bcbad6f02a16c132c0bfbd73bf1eafb7] (consulté le 24-06-2007)
- (2000). « The reconstruction of professional identity among immigrant physicians in three societies », *Journal of Immigrant Health*, 2 (4), p. 191-202.
- SHUVAL, Judith T. et Judith H. BERNSTEIN (1996). « The dynamics of professional commitment: Immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel », *Social Science & Medicine*, 42 (7), p. 965-974.
- (éd.) (1997a). *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*. Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, 200 p.
- (1997b). « Migrant physicians in three societies: a comparative analysis », in Judith T. Shuval et Judith H. Bernstein (éd.), *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*, Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, p. 155-175.
- SIMARD, Myriam et Nicolas VAN SCHENDEL (2004). *Médecins immigrants et non immigrants en région éloignées au Québec: processus d'insertion globale et facteurs de rétention. Rapport final*. Institut de la recherche scientifique Urbanisation, Culture et Société, avril, 230 p.
- SIMICH, Laura, Morton BEISER, Miriam STEWART et Edward MWAKARIMBA (2005). « Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions », *Journal of Immigrant Health*, 7 (4), p. 259-268.
- SIMMONS, Alan B. (2002). « Mondialisation et migration internationale : tendances, interrogations et modèles théoriques », *Cahiers québécois de démographie*, 31 (1), p. 7-33. [en ligne] [<http://id.erudit.org/iderudit/000422ar>] (consulté le 08-05-2006)
- SMITH, Michael P. et Adrian FAVELL (éd.) (2006). *The human face of global mobility : international highly skilled migration in Europe, North America and the Asia-Pacific*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ, 314 p.
- Sow, Doudou (2010). « Un autre discours sur l'intégration des médecins diplômés à l'étranger est possible ». Montréal. [en ligne] [<http://doudousow.wordpress.com/2010/11/17/un-autre-discours-sur-l%E2%80%99integration-des-medecins-diplomes-a-l%E2%80%99etranger-est-possible/>]

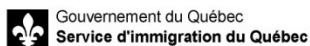
- STATISTIQUE CANADA (2003b). *Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada: le processus, les progrès et les perspectives*. no.89-611 XIF au catalogue, 54 p. [en ligne] [www.statcan.ca/francais/freepub/89-611-XIF/free_f.htm] (consulté le 15-04-2004)
- (2006a). *Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : Perspective régionale des expériences sur le marché du travail 2003*. Ministre de l'Industrie, gouvernement du Canada, no. au catalogue 89-616-XIF2006001, 44 p. [en ligne] [www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub_f.cgi?catno=89-616-XIF2006001] (consulté le 15-02-2006)
- (2006b). « Étude : La dynamique de la surqualification », *Le Quotidien, Gouvernement du Canada*(Le jeudi 6 avril 2006), 2 p. [en ligne] [www.statcan.ca/Daily/Francais/060406/q060406c.htm] (consulté le 15-04-2006)
- (2013). *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada. Enquête nationale auprès des ménages, 2011*. Division de la statistique du, Gouvernement du Canada, no 99-010-X2011001 au catalogue, 24 p. [en ligne] [<http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf>] (consulté le 09-12-2014)
- STEWART, Emma (2002). « Refugee doctors in the United Kingdom », *British Medical Journal*, 325 (Careers Focus), p. s166-167.
- (2003). *A bitter pill to swallow: obstacles facing refugee and overseas doctors in the UK*. New issues in refugee research, Working Paper no.96, UNHCR, The UN Refugee Agency, Evaluation and Policy Analysis Unit, Octobre, 23 p. [en ligne] [www.unhcr.org/research/RESEARCH/3fbb94a32.pdf] (consulté le 21-11-2008)
- (2005). *Employment and integration of refugee doctors in Scotland*. Global migration perspectives, Global Commission on International Migration (GCIM), 16 November, 20 p. [en ligne] [www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/gmp/gmp49.pdf] (consulté le 21-11-2008)
- SUÁREZ-HERRERA, José Carlos (2010). *L'intégration organisationnelle de la participation: des enjeux locaux pour une santé publique globale*. Doctorat en Santé publique, Université de Montréal, Montréal, 406 p.
- SUÁREZ-HERRERA, José Carlos, Marie-Jeanne BLAIN et Gilles BIBEAU (2013). « Perspectives socioanthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale », in Juan Luis Klein et Mathieu Roy (éd.), *Pour une nouvelle mondialisation. Le défi d'innover*, Presses de l'Université du Québec, Montréal, p. 65-83.
- SULLIVAN, Alina (2008). « Foreign-trained versus British-trained: Exploring the identity of non-Australian trained medical professionals in the Australian print media », in Michael Haugh et Susana Eisenclas (éd.), *Griffith Working Papers in Pragmatics and Intercultural Communication. Special issue: The Ethnopragmatics of Australian English*. Vol. 1, School of Languages and Linguistics, Griffith University, Nathan, Australia, p. 48-58. [en ligne] [www.griffith.edu.au/__data/assets/pdf_file/0017/70037/Issue1-all-papers.pdf#page=52] (consulté le 20-12-2008)
- TABOADA-LEONETTI, Isabelle (1994). « Intégration et exclusion dans la société duale. Le chômeur et l'immigré », *Revue internationale d'action communautaire*, 31 (71), p. 93-103.
- (2002 [1990]). « Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue », *Stratégies identitaires*, 4e éd., Presses Universitaires de France, Paris, p. 43-83.
- TARRIUS, Alain (1995). « Territoires circulatoires des entrepreneurs commerciaux maghrébins de Marseille: du commerce communautaire aux réseaux de l'économie souterraine mondiale », *Journal des anthropologues*, 59, p. 14-35.

- (2000). « Leer, describir, interpretar las circulaciones migratorias: conveniencia de la noción de "territorio circulatorio". Los nuevos hábitos de la identidad », *Relaciones*, 21 (83), p. 37-66.
- (2001). « Au-delà des États-nations : des sociétés de migrants », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 17 (2), p. 37-61. [en ligne] [www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/remi_0765-0752_2001_num_17_2_1778] (consulté le 10-11-2010)
- (2010). « Territoires circulatoires et étapes urbaines des transmigrant(e)s », *Regards croisés sur l'économie*, 2 (8), p. 63-70. [en ligne] [www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2010-2-page-63.htm] (consulté le 13-12-2013)
- (2014). « Quand les territoires circulatoires des transmigrants traversent des quartiers enclavés de villes moyennes françaises », *Revue européenne des migrations internationales*, 30 (2), p. 169-192. [en ligne] [www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=REMI_302_0169] (consulté le 02-01-2015)
- TROTTIER, Louise-Hélène, Marc-André FOURNIER, Charles Patrick DIENE et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal, juillet 2003, 142 p. [en ligne] [www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R03-03.pdf] (consulté le 10-05-2009)
- TÜREGÜN, Adnan (2011). *What Do Immigrants Do When They Can't Practise Their Professions? Immigrant Professionals in the Ontario Settlement Service Sector*. Ryerson University) Mehrunnisa A. Ali (School of Early Childhood Education, CERIS – The Ontario Metropolis Centre, décembre, 43 p.
- TURRITTIN, Jane, Rebecca HAGEY, Sepali GURUGE, Enid COLLINS et Mitzi MITCHELL (2002). « The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism? », *International Journal of Nursing Studies*, 39 (6), p. 655-667.
- VAPOR, Victor R. et Yu XU (2011). « Double Whammy for a New Breed of Foreign-Educated Nurses: Lived Experiences of Filipino Physician-Turned Nurses in the United States », *Research and Theory for Nursing Practice*, 25 (3), p. 210-226. [en ligne] [www.ingentaconnect.com/content/springer/rtnp/2011/00000025/00000003/art00007] (consulté le 19-05-2012)
- VATZ-LAAROUSSI, Michèle (2001b). *Le familial au coeur de l'immigration : les stratégies de citoyenneté des familles immigrantes au Québec et en France*. L'Harmattan, Paris, Montréal, 279 p.
- VERTOVEC, Steven (2002). « Transnational Networks and Skilled Labour Migration », *Ladenburger Diskurs 'Migration'*, Gottlieb Daimler - und Karl Benz-Stiftung, Ladenburg, 14-15 February 2002. Migration und Entwicklung - GTZ (Migration and Development). 15 p. [en ligne] [<http://www2.gtz.de/migration-and-development/download/steven-vertovec.pdf>] (consulté le 03-04-2003)
- VISSANDJÉE, Bilkis, Karine BATES, François VIALLA et Jonathan KUNTZ (2013). « Expérience d'immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité: une question de justice sociale », *Alterstice-Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 3 (1), p. 67-84. [en ligne] [https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Vissandjee_Alterstice3%281%29]
- WAUGH, Earle H., Olga SZAFRAN et Rodney A. CRUTCHER (éd.) (2011). *At the interface of culture and medicine*. University of Alberta Press, Edmonton, Alberta, 296 p.
- WONG, Anne et Lynne LOHFELD (2008). « Recertifying as a doctor in Canada: international medical graduates and the journey from entry to adaptation », *Medical Education*, 42 (1), p. 53-60.

- XU, Dan (2006). *Job-Hunting Experiences of Immigrant Women in Canada: A Study of Professional Women from the People's Republic of China*. PCERII Working Paper Series, Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration and the University of Alberta, 27 p. [en ligne] [<http://pcerii.metropolis.net/WorkingPapers/DanXu.pdf>] (consulté le 02-09-2007)
- YOUNG, Rosalie F., Kate SCHECTER et Marilyn M. ROSENTHAL (1997). « A study of Soviet immigrant physicians in the United States », in Judith T. Shuval et Judith H. Bernstein (éd.), *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the United States*, Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London, p. 133-152.
- ZIETSMA, Danielle (2010). *Immigrants exerçant des professions réglementées*. L'emploi et le revenu en perspective, Statistique Canada, 31 p. [en ligne] [www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2010102/article/11121-fra.htm] (consulté le 25-08-2012)
- (2010b). *Immigrants working in regulated occupations*. Perspectives on Labour and Income, Statistics Canada, 28 p. [en ligne] [www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2010102/pdf/11121-eng.pdf] (consulté le 25-08-2012)
- ZUBIN, Austin et Marie ROCCHI-DEAN (2006). « Bridging education for foreign-trained professionals: the International Pharmacy Graduate (IPG) Program in Canada », *Teaching in Higher Education*, 11 (1), p. 19-32.

Annexes

Annexe 1 « Déclaration de médecin diplômé à l'étranger » (v.2004)



Déclaration de médecin diplômé à l'étranger

Je, soussigné(e) _____ déclare par la présente être informé(e) des difficultés que je rencontrerai, à titre de diplômé(e) en médecine hors du Canada et des États-Unis, afin de répondre aux exigences requises pour obtenir un permis d'exercice de la médecine au Québec.

Je comprends parfaitement :

- que l'obtention d'un Certificat de sélection du Québec ne garantit aucunement que j'obtiendrai l'autorisation d'exercer la médecine au Québec;
- que le diplôme d'une faculté de médecine de mon pays ou d'un autre pays ou que le permis d'exercice de mon pays, d'un autre pays ou encore d'une autre province ou d'un territoire du Canada ne me donne pas automatiquement le droit d'exercer la médecine au Québec.

Je suis informé(e) :

- que pour exercer la médecine au Québec, je dois obtenir un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec et que pour obtenir ce permis, je dois notamment :
 1. satisfaire aux exigences de scolarité en obtenant la reconnaissance de l'équivalence de mon diplôme par le Collège. Je suis également informé(e) que pour que mon diplôme soit reconnu équivalent, je dois réussir les examens prescrits ou approuvés par le Collège et que la réussite d'un examen de connaissance de la langue française sera exigée si je ne peux pas fournir la preuve que j'ai effectué mes études* en français;

*conformément à l'article 35 de la Charte de la langue française

Je suis conscient(e) que si je dois poursuivre des études en médecine pour satisfaire aux exigences en vue d'obtenir un permis d'exercice, le nombre de places dans le programme de formation doctorale en médecine est très limité par rapport au nombre de demandes d'admission.
 2. réussir ensuite la formation post-doctorale ou résidence d'une durée de deux ans en médecine de famille ou de cinq à six ans en spécialité. Je suis également informé(e) que je suis tenu(e) de répondre aux exigences d'admission des facultés de médecine du Québec;
 3. réussir les examens professionnels requis en médecine de famille ou en spécialité;
 4. satisfaire aux autres conditions exigées par le Collège des médecins du Québec.
- que je dois communiquer avec le Collège des médecins du Québec si je souhaite exercer la profession de médecin au Québec. Les coordonnées du Collège et plus de renseignements se trouvent à la fiche *Exercer la profession de médecin* à l'adresse Internet suivante : www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/francais/publications/pdf/professions_regies/Medecin.pdf.

Signé à _____ le _____.

Signature : requérant ou requérante

Annexe 2 « Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis » (v.2012)

Immigration
et Communautés
culturelles

Québec 

Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada
et des États-Unis

A-0527-KF
(2012-08)

Je soussigné ou soussignée, _____, déclare :

Nom du candidat ou de la candidate

- avoir pris connaissance des démarches à réaliser et des conditions à satisfaire pour obtenir un permis d'exercice la médecine au Québec, qui sont présentées dans le site Internet du Collège des médecins du Québec (CMQ) : www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux
- être informé ou informée de la difficulté pour les diplômés ou diplômées en médecine hors du Canada et des États-Unis, de satisfaire aux exigences requises pour l'obtention du permis d'exercice de la médecine au Québec.

Je comprends :

- que l'obtention d'un certificat de sélection du Québec ne garantit aucunement que j'obtiendrai l'autorisation d'exercer la médecine au Québec;
- que je dois communiquer le plus rapidement possible avec le CMQ si je souhaite exercer la profession de médecin au Québec;
- que le diplôme d'une faculté de médecine de mon pays ou d'un autre pays ne me donne pas automatiquement le droit d'exercer la médecine au Québec;
- que le permis d'exercice de mon pays, d'un autre pays ou encore d'une autre province ou d'un territoire du Canada ne me donne pas automatiquement le droit d'exercer la médecine au Québec;
- que, pour exercer la médecine au Québec, je dois obtenir un permis d'exercice du CMQ et que, pour obtenir ce permis, je dois notamment :

1. satisfaire aux exigences de scolarité en obtenant la reconnaissance de l'équivalence de mon diplôme par le CMQ ou en obtenant le diplôme québécois prévu par règlement;

Pour que mon diplôme soit reconnu équivalent, je dois réussir les examens requis par le CMQ.

Si je souhaite plutôt obtenir le diplôme québécois de docteur en médecine, je dois réussir le programme de formation doctorale en médecine offert par l'une des facultés de médecine québécoises. Je pourrais avoir de la difficulté à être admis ou admise dans une faculté de médecine québécoise, le nombre de places dans ce programme étant nettement inférieur au nombre de demandes d'admission.

2. réussir ensuite une formation postdoctorale (ou résidence) d'une durée minimale de douze (12) mois en médecine de famille ou en spécialité;

Il n'est aucunement garanti que je sois admis ou admise dans un programme de formation postdoctorale, même si j'ai préalablement obtenu la reconnaissance de l'équivalence de mon diplôme par le CMQ, le nombre de places dans ces programmes étant déterminé par le gouvernement et la décision d'admettre ou non un candidat dans un programme donné étant une prérogative de l'université concernée. De plus, il n'est aucunement garanti que je sois admis ou admise dans la spécialité que je souhaite exercer.

Je dois satisfaire aux exigences d'admission des facultés de médecine du Québec pour être admis ou admise en formation postdoctorale.

3. réussir les examens en médecine de famille ou en spécialité menant à la délivrance du permis d'exercice;
4. réussir l'examen de connaissance de la langue française, si je ne peux pas fournir la preuve, conformément à l'article 35 de la Charte de la langue française, que je possède une connaissance appropriée de cette langue
5. satisfaire aux autres conditions exigées par le CMQ.

Signé à _____ le _____

Ville Date

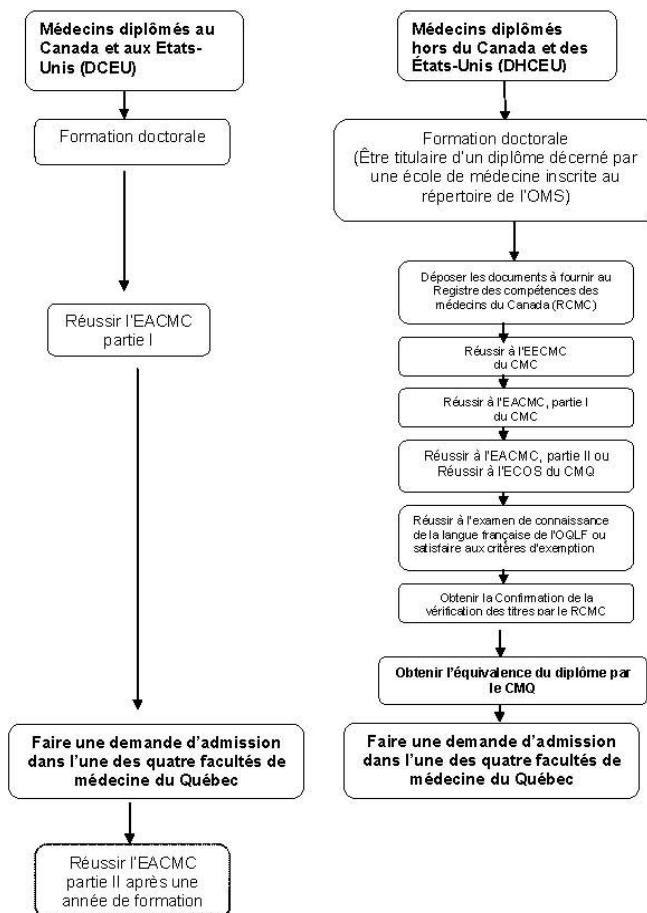
Signature du requérant ou de la requérante

Veillez signer et retourner la déclaration originale avec votre dossier et garder une copie

Annexe 3 « Parcours comparatifs entre les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) et les médecins diplômés au Canada et aux États-Unis (DCEU) pour l'accès à un poste en résidence en 2007 »



Parcours comparatifs entre les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) et les médecins diplômés au Canada et aux États-Unis (DCEU) pour l'accès à un poste en résidence en 2007



Acronymes :

CMC : Conseil médical du Canada
 CMQ : Collège des médecins du Québec
 EACMC : Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada
 ECOS : Examen clinique objectif structuré
 EECMC : Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada
 OMS : Organisation mondiale de la Santé
 OQLF : Office québécois de la langue française
 RCMC : Registre des compétences des médecins du Canada

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE DU QUÉBEC (CDPDJ) (2010). Victimes d'un traitement discriminatoire, les médecins formés à l'étranger n'ont pas un accès réel aux postes en résidence. Annexe. Gouvernement du Québec, 1 p. [en ligne] [www2.cdpdj.qc.ca/communiqués/Documents/tableau%20cheminement15nov.pdf] (consulté le 02-01-2011)

Annexe 4 « Guide d'entrevue auprès des DIM »

Signature du formulaire de consentement (et retour sur les objectifs de la recherche)

Laïus de départ (vision d'ensemble du guide)

Fonctionnement de l'entrevue (4 volets)

- [AVANT LA MIGRATION : CHOIX PROFESSIONNEL]. Nous débutons au tout début de votre vie professionnelle, avant votre immigration, comment le choix de la médecine s'est fait, un peu pour comprendre vos motivations à l'époque, et l'importance de la profession à vos yeux, la pratique que vous avez eue là-bas et si vous pensiez exercer votre profession toute votre vie.
- [PROCESSUS D'IMMIGRATION]. Ensuite, nous regardons le processus d'immigration, ce qui vous a amené à choisir le Canada – si c'était un choix -, s'il y avait d'autres alternatives à l'époque, les préparations que vous aviez fait avant de venir, si vous saviez qu'il y avait des démarches à faire pour la profession médicale et les conseils que vous avez reçu à l'époque.
- [TRAJECTOIRE D'INTÉGRATION]. Et ensuite, ici au Québec, votre trajectoire d'intégration, les différentes étapes, le support que vous avez reçu, pour votre profession, mais aussi au sens large pour vous établir... la maison, la famille... si vous avez consulté des organismes, si vous aviez des collègues immigrants qui vous ont orientés... L'objectif est de voir les ressources que vous avez utilisées, tous les conseils que vous avez reçus, que ce soit sur le plan des institutions, des organisations, sur le plan personnel, dans le temps donc, avant même d'arriver et ensuite ici au fur et à mesure,
- [PERCEPTIONS, PROJETS, VISION DE L'AVENIR]. Nous terminons sur vos perceptions sur différentes choses, vos projets, votre vision de la situation, des pistes de solution, votre vision de l'avenir.
- L'entrevue dure en général 1h30, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, l'important pour moi est de recueillir ce que vous avez vécu et ce que vous pensez. Aussi, c'est un entretien ouvert, avec des questions larges, il est possible que vous répondiez vous-mêmes à plusieurs questions du guide, ne soyez pas inquiet si je ne vous arrête pas, c'est votre parole qui est importante.

GUIDE ENTREVUE (MDÉ au Québec)

1. CHOIX DE LA PROFESSION MÉDICALE

- a. comment le choix s'est posé, qu'en pensaient la famille et les amis, comment eux percevaient ce choix à l'époque)
- b. études complétées à l'étranger (et si trajectoires d'études)
- c. expérience professionnelle à l'étranger et choix de carrière à l'époque (est-ce que vous pensiez travailler toute votre vie comme médecin; pour vous, qu'est-ce que représentait un avancement professionnel à l'époque, quels étaient vos objectifs professionnels?)

2. TRAJECTOIRE MIGRATOIRE

- a. comment la décision de migrer s'est prise?
 - i. C'était le choix de qui? Y avait il différentes possibilités quant au choix du pays? Connaissiez déjà des gens au Québec ou au Canada? (dont des médecins ou personne travaillant dans le milieu)
- b. Est-ce qu'on vous avait déjà parlé de la pratique médicale pour un immigrant au Québec ou au Canada? Des démarches à faire?
- c. Aviez-vous reçu des conseils avant de migrer?

3. TRAJECTOIRE D'INTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE

- a. Racontez-moi votre trajectoire d'intégration professionnelle
- b. Quelles sont les démarches effectuées et les contacts établis pour acquérir un emploi
 - i. Le permis de pratique?
 - ii. des études?
 - iii. Les conseils reçus et services consultés : y a-t-il une personne clé ou un organisme qui vous a orienté?
 1. organisations (gouvernementales, associations, groupes de pairs)
 2. familles/amis (et groupes religieux?? Groupes ethniques?)
 3. « perceptions » sur la profitabilité des conseils reçus
 - iv. Comment s'est fait le choix de la SPÉCIALITÉ
 - v. d'après vous, qu'est-ce qui vous a aidé ou au contraire nuit dans votre parcours? (Identification des éléments facilitant et des barrières)
 - vi. Et la famille (et amis) dans tout ça... quand pensent-ils? Quel a été leur rôle? (et au PO)
 - vii. Aviez-vous des économies en arrivant pour vous permettre de vivre qqes tps?
 - viii. Auriez-vous été prêt à aller en région?
 - ix. À partir de quel moment avez vous commencé à vous sentir confortable? À vous sentir bien?
 - x. Avec le recul, comment voyez-vous le chemin que vous avez parcouru?

3.B LEUR EMPLOI OU LEURS ÉTUDES ACTUELLES

- c. Pouvez-vous me parlez de votre emploi actuel? Répond-il à vos attentes? Comment sont vos relations avec les collègues? Comptez-vous occupez cet emploi longtemps?
 - i. Si emploi déclassé, les collègues savent-ils qu'ils étaient md
 - ii. Qu'est-ce que vous aimez particulièrement dans votre emploi?

4. PROJETS FUTURS, PERCEPTIONS DU FUTUR

- a. perceptions liées à leurs trajectoires d'insertion
 - i. importance de réintégrer leur profession à leurs yeux
 - ii. vision de la réorientation professionnelle, (si connaît autre mdé que chgmt d'emploi)
 - iii. Connaissiez-vous des md immigrants qui ont réintégré la profession? Ou non?
 - iv. accessibilité des services,
 - b. perceptions des services et du milieu de travail,
 - c. pratique en région? / réceptivité des milieux d'accueil, etc.,
- projets futurs, vision de l'avenir et perception du chemin parcouru. (retour au PO?)
 - recommandations?

Note personnelle / Objectifs guidant les relances :

Comprendre les trajectoires d'insertion différenciées (MD ou non-MD) à partir :

- des choix de carrière (et identité professionnelle)
- des facteurs personnels (genre, âge, responsabilité familiale, scolarité et spécialisation)
- ressources détenues (sociales, financières, symboliques)
 - les conseils reçus et le rôle des pairs (groupes professionnels, familles-amis, associations, groupes ethniques ou religieux)
 - les services utilisés pour intégration socioprofessionnelle et perceptions de la « profitabilité » de ceux-ci
- stratégies mis en pratique pour intégration (comment ont réussi là où ils sont)

Mettre en parallèle avec :

- trajectoire migratoire et catégories d'immigration
- mobilité de la personne (transnationale, pancanadienne et régionale)

Annexe 5 « Formulaire d'information et de consentement à l'adresse des médecins diplômés à l'étranger »



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
à l'adresse des MÉDECINS DIPLÔMÉS À L'ÉTRANGER



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants



Université
de Montréal

TITRE DE L'ÉTUDE

Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de médecins diplômés à l'étranger
et résidant au Québec

CHERCHEURS

Marie-Jeanne Blain, chercheure principale

Doctorante en anthropologie, Université de Montréal
Stagiaire au centre de recherche, CHU Sainte-Justine
3175, Côte-Sainte-Catherine, local 7928
Montréal (Québec) H3T 1C5

Tél. (514) 345-4931 poste 4352
Mj.blain@umontreal.ca

Chercheurs responsables au CHU Sainte-Justine

Sylvie Fortin, Ph. D., département d'anthropologie - Université de Montréal et
département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine. Directrice de recherche.

Fernando Alvarez, MD, Département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine. Codirecteur de
recherche.

SOURCE DE FINANCEMENT

Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), bourse d'études
supérieures (doctorat)

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes une personne immigrante ayant été diplômée en médecine hors du Canada et des États-Unis et résidant au Québec depuis 3 à 10 ans. Cette recherche vise à documenter votre trajectoire d'insertion socioprofessionnelle, les choix et options qui ont balisé votre parcours et les facteurs en jeux.

1. Objectifs de la recherche.

Cette étude est destinée à mieux comprendre le processus d'intégration sociale et professionnelle de médecins diplômés à l'étranger qui se sont établis au Québec (depuis 3 à 10 ans). Par une approche qualitative, je souhaite documenter les parcours d'intégration en emploi et la façon dont ceux-ci sont vécus, tant sur les plans professionnels que personnels. Je m'intéresse tant à ceux qui ont réintégré la médecine qu'à ceux qui se sont réorientés professionnellement. Les trajectoires seront par ailleurs mises en relation avec le contexte sociétal actuel. Cette étude s'inscrit dans le cadre de mon projet de doctorat en anthropologie de l'Université de Montréal.

Cette recherche inclut 4 volets complémentaires de collecte de données (un répondant pourra participer à l'un ou l'autre selon la pertinence, ses disponibilités et son souhait) :

- | | |
|---------|---|
| VOLET 1 | Questionnaires non nominatifs visant à documenter les trajectoires d'insertion de médecins diplômés à l'étranger (MDÉ) (objectif : 100); |
| VOLET 2 | Entretiens individuels avec des médecins diplômés à l'étranger (objectif : 30); |
| VOLET 3 | Entretiens individuels avec des personnes clés des milieux institutionnels ou communautaires (objectif : 10). (Non applicable pour les MDÉ) |
| VOLET 4 | Observations ethnographiques lors d'activités des MDÉ ou d'événements pertinents à cette recherche. |

Par cette étude, je souhaite :

- Documenter les trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de médecins diplômés à l'étranger et résidant au Québec et identifier les facteurs en jeux;
- Appréhender les stratégies élaborées par ces migrants dans le contexte québécois, les modes de décisions qui auront influencé leurs parcours professionnels;
- Recueillir les perceptions de ces migrants quant à leurs trajectoires d'insertion, notamment leur vision des services d'aide à l'intégration, de leur milieu de travail et de la réorientation professionnelle.

2. Participation à la recherche

Modalités de participation à l'étude

Une entrevue semi-dirigée – enregistrée avec votre autorisation – d'une durée d'environ 1h30 aura lieu avec la chercheuse principale. Les lieux et moments de l'entrevue seront à votre choix. Aussi, nous demanderons aux participants intéressés l'autorisation d'assister à certaines activités informelles afin de mieux comprendre leur expérience socioprofessionnelle. Le choix de ces activités informelles sera à votre discrétion et convenance. Les contacts avec la chercheuse dans le cadre de cette étude pourront s'échelonner entre le 8 septembre 2009 et le 20 mai 2011.

Les conditions à l'étude sont :

- Être volontaire
- Avoir complété des études universitaires en médecine hors du Canada et des États-Unis
- Être né(e) à l'extérieur du Canada
- Vivre au Québec et y résider depuis 3 à 10 ans (arrivé entre 1999 et 2006)
- Parler le français de façon fonctionnelle
- Être en emploi (médecin ou autre profession), aux études ou en recherche d'emploi.



Marie-Jeanne Blain

Page 2 sur 5

« Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de MDÉ résidant au Québec » / formulaire de consentement : MDÉ



Avantages et bénéfices à participer

Vous ne retirerez pas de bienfaits directs en participant à cette étude. Les résultats de cette étude pourront bénéficier à de futurs migrants. Une meilleure compréhension de leurs trajectoires permettra éventuellement d'améliorer les services d'aide à l'intégration qui leur sont offerts. Les résultats pourront en outre alimenter une réflexion critique sur la place des médecins diplômés à l'étranger dans le marché du travail québécois et la possibilité qu'ils ont de faire reconnaître leur expertise.

Inconvénients et risques

L'étude ne comporte aucun inconvénient, ni aucun risque prévisible. Lors des entretiens, je prendrai soin de respecter les limites que vous désirez préserver. Vous pouvez décliner toute question. Néanmoins, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse qui pourra vous référer à une personne-ressource.

Responsabilité des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. Vous ne libérez pas les investigateurs et les promoteurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice.

3. Confidentialité

Les informations recueillies sont confidentielles. Afin que votre confidentialité soit respectée, la chercheuse sera la seule personne à détenir les informations pouvant vous identifier (nom et adresse). Dans le cadre de cette étude, quelle que soit la méthode de collecte de données, les noms de chaque participant seront changés et un code sera attribué, séparant ainsi toute information nominative ou personnelle permettant d'identifier le répondant. Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un magnétophone et les observations seront notées à même un carnet. Les données audio seront effacées une fois les transcriptions effectuées. Aucune information nominative ne sera transmise à des tiers.

Conservation et utilisation des données

Les diverses informations recueillies seront conservées par la chercheuse à son bureau du CHU Sainte-Justine, ces informations seront détruites cinq ans après la fin de la recherche. Cependant, aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche consulte les données de recherche. Par ailleurs, **les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués lors de congrès scientifiques et des séminaires destinés aux décideurs ou aux professionnels de la santé et des sciences sociales, mais aucune information pouvant vous identifier ne sera dévoilée.**

4. Droit de retrait

Participation volontaire

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, dans ce cas, à votre demande, les données et les enregistrements à votre sujet pourront être détruits. Vous devrez informer verbalement la chercheuse de votre décision. Vous serez avisé, tout au long de l'étude, de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre décision de participer à l'étude.

Si vous avez des questions...

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez appeler le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Ste-Justine au (514) 345-4749 ou l'ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100 (appels à frais virés acceptés). Pour toutes informations concernant la recherche, vous pouvez contacter :

- **Marie-Jeanne Blain**, doctorante en anthropologie, Université de Montréal. Bureau au CHU Sainte-Justine : (514) 345-4931 #4352; mj.blain@umontreal.ca

Marie-Jeanne Blain

Page 3 sur 4

« Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de MDÉ résidant au Québec » / formulaire de consentement : MDÉ

CONSENTEMENT

- Je déclare avoir compris le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche.
- Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision
- J'autorise l'enregistrement des entrevues individuelles sur magnétophone numérique.
- J'accepte de participer à cette recherche en toute liberté et je sais que je peux cesser d'y participer à tout moment.
- En signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux, ni ne libère le chercheur ou l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.
- Je recevrai une copie signée de ce formulaire de consentement.

Nom et titre : _____

Signature : _____ Date : _____

J'ai expliqué au participant tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je lui ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

MARIE-JEANNE BLAIN

Nom du chercheur
(Lettres moulées)

Signature

Date



Marie-Jeanne Blain

Page 4 sur 4

« Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de MDÉ résidant au Québec » / formulaire de consentement : MDÉ

Annexe 6 « Formulaire d'information et de consentement à l'adresse des acteurs institutionnels et des milieux communautaires »



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
à l'adresse des ACTEURS INSTITUTIONNELS ET DES MILIEUX COMMUNAUTAIRES



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

TITRE DE L'ÉTUDE

Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de médecins diplômés à l'étranger
et résidant au Québec

CHERCHEURS

Marie-Jeanne Blain, chercheure principale

Doctorante en anthropologie, Université de Montréal
Stagiaire au centre de recherche CHU Sainte-Justine
3175, Côte-Sainte-Catherine, local 7928
Montréal (Québec) H3T 1C5

Tél. (514) 345-4931 poste 4352
Mj.blain@umontreal.ca

Chercheurs responsables au CHU Sainte-Justine

Sylvie Fortin, Ph. D., département d'anthropologie – Université de Montréal et
département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine. Directrice de recherche.

Fernando Alvarez, MD, Département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine. Codirecteur de
recherche.

SOURCE DE FINANCEMENT

Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), bourse d'études
supérieures (doctorat)



Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes un acteur clé du milieu institutionnel ou communautaire et que votre expertise ou expérience nous permettra de mieux comprendre les trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec. Cette étude vise à documenter leurs trajectoires d'insertion socioprofessionnelle, les choix et options qui ont balisé leurs parcours et les facteurs en jeux.

1. Objectifs de la recherche.

Cette étude est destinée à mieux comprendre le processus d'intégration sociale et professionnelle de médecins diplômés à l'étranger qui se sont établis au Québec (depuis 3 à 10 ans). Par une approche qualitative, je souhaite documenter les parcours d'intégration en emploi et la façon dont ceux-ci sont vécus, tant sur les plans professionnels que personnels. Je m'intéresse tant à ceux qui ont réintégré la médecine qu'à ceux qui se sont réorientés professionnellement. Les trajectoires seront par ailleurs mises en relation avec le contexte sociétal actuel. Cette étude s'inscrit dans le cadre de mon projet de doctorat en anthropologie de l'Université de Montréal.

Cette recherche inclut 4 volets complémentaires de collecte de données, principalement auprès des médecins diplômés à l'étranger eux-mêmes (qui pourront participer à l'un ou l'autre des volets) mais aussi auprès d'acteurs clés du milieu (cf. volet 4). Ces entrevues auprès d'acteurs clés visent à bonifier mes connaissances sur l'organisation formelle et informelle du milieu médical en ce qui a trait aux lois et procédures, sur les processus d'embauche et les programmes de requalification existant ainsi que sur l'évolution des politiques liées à la migration de personnels de la santé.

- | | |
|---------|--|
| VOLET 1 | Questionnaires non nominatifs visant à documenter les trajectoires d'insertion de médecins diplômés à l'étranger (MDÉ) (objectif : 100); |
| VOLET 2 | Entretiens individuels avec des médecins diplômés à l'étranger (objectif : 30); |
| VOLET 3 | Entretiens individuels avec des personnes clés des milieux institutionnels ou communautaires (objectif : 10). |
| VOLET 4 | Observations ethnographiques lors d'activités des MDÉ ou d'événements pertinents à cette recherche. |

Par cette étude, je souhaite :

- Documenter les trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de médecins diplômés à l'étranger et résidant au Québec et identifier les facteurs en jeux;
- Appréhender les stratégies élaborées par ces migrants dans le contexte québécois, les modes de décisions qui auront influencé leurs parcours professionnels;
- Recueillir les perceptions de ces migrants quant à leurs trajectoires d'insertion, notamment leur vision des services d'aide à l'intégration, de leur milieu de travail et de la réorientation professionnelle.

2. Participation à la recherche

Modalités de participation à l'étude

Une entrevue semi-dirigée – enregistrée avec votre autorisation – d'une durée de 30 à 90 minutes -- aura lieu avec la chercheuse principale. Les lieux et moments de l'entrevue seront à votre choix. Les contacts avec la chercheuse dans le cadre de cette étude pourront s'échelonner entre le 8 septembre 2009 et le 20 mai 2011.

Les conditions à l'étude sont :

- Être volontaire
- Être en lien direct ou indirect avec la population à l'étude (soit : médecins diplômés à l'étranger - hors du Canada et des États-Unis-, né(e)s à l'extérieur du Canada, arrivés au Québec entre les années 1999 et 2006, en emploi [médecin ou autre profession], aux études ou en recherche d'emploi).

Marie-Jeanne Blain

Page 2 sur 4

« Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de MDÉ au Québec » / formulaire de consentement / Acteurs institutionnels ou des milieux communautaires

Avantages et bénéfices à participer

Vous ne retirerez pas de bienfaits directs en participant à cette étude. Les résultats de cette étude pourront bénéficier à de futurs migrants. Une meilleure compréhension de leurs trajectoires permettra éventuellement d'améliorer les services d'aide à l'intégration qui leur sont offerts. Les résultats pourront en outre alimenter une réflexion critique sur la place des médecins diplômés à l'étranger dans le marché du travail québécois et la possibilité qu'ils ont de faire reconnaître leur expertise.

Inconvénients et risques

L'étude ne comporte aucun inconvénient, ni aucun risque prévisible. Lors des entretiens, je prendrai soin de respecter les limites que vous désirez préserver. Vous pouvez décliner toute question.

Responsabilité des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. Vous ne libérez pas les investigateurs et les promoteurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice.

3. Confidentialité

Les informations recueillies sont confidentielles. Afin que votre confidentialité soit respectée, la chercheuse sera la seule personne à détenir les informations pouvant vous identifier (nom et adresse). Dans le cadre de cette étude, quelle que soit la méthode de collecte de données, les noms de chaque participant seront changés et un code sera attribué, séparant ainsi toute information nominative ou personnelle permettant d'identifier le répondant. Les entrevues seront enregistrées à l'aide d'un magnétophone et les observations seront notées à même un carnet. Les données audio seront effacées une fois les transcriptions effectuées. Aucune information nominative ne sera transmise à des tiers.

Conservation et utilisation des données

Les diverses informations recueillies seront conservées par la chercheuse à son bureau du CHU Sainte-Justine, ces informations seront détruites cinq ans après la fin de la recherche. Cependant, aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche consulte les données de recherche. Par ailleurs, **les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués lors de congrès scientifiques et des séminaires destinés aux décideurs ou aux professionnels de la santé et des sciences sociales, mais aucune information pouvant vous identifier ne sera dévoilée.**

4. Droit de retrait**Participation volontaire**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, dans ce cas, à votre demande, les données et les enregistrements à votre sujet pourront être détruits. Vous devrez informer verbalement la chercheuse de votre décision. Vous serez avisé, tout au long de l'étude, de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre décision de participer à l'étude.

Si vous avez des questions...

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à un projet de recherche, vous pouvez appeler le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Ste-Justine au (514) 345-4749 ou l'ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100 (appels à frais virés acceptés). Pour toutes informations concernant la recherche, vous pouvez contacter :

- **Marie-Jeanne Blain**, doctorante en anthropologie, Université de Montréal. Bureau au CHU Sainte-Justine : (514) 345-4931 #4352; mj.blain@umontreal.ca



Marie-Jeanne Blain

« Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de MDÉ au Québec » / formulaire de consentement / Acteurs institutionnels ou des milieux communautaires

Page 3 sur 4

CONSENTEMENT

- Je déclare avoir compris le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche.
- Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision
- **J'autorise l'enregistrement des entrevues individuelles sur magnétophone numérique.**
- J'accepte de participer à cette recherche en toute liberté et je sais que je peux cesser d'y participer à tout moment.
- En signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux, ni ne libère le chercheur ou l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.
- Je recevrai une copie signée de ce formulaire de consentement.

Nom et titre : _____

Signature : _____ Date : _____

J'ai expliqué au participant tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je lui ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

MARIE-JEANNE BLAIN

Nom du chercheur
(Lettres moulées)

Signature

Date



Marie-Jeanne Blain

« Trajectoires d'insertion socioprofessionnelle de MDÉ au Québec » / formulaire de consentement / Acteurs institutionnels ou des milieux communautaires

Page 4 sur 4

